

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

**Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей»
Минздрава России**

Пенза, 27 октября 2016 г.



Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Электронное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

*Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей» Минздрава России*

Пенза, 27 октября 2016 г.

Пенза
Издательство ПГУ
2016

УДК 616-071-08-036.868
ББК 53.4/5
А43

А43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XVIII Межрегион. науч.-практ. конф. ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые, граф. дан. (3102 Кб). – Пенза : Изд-во ПГУ, 2016. – 293 с. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: ПК с процессором 486+ ; оперативная память 256 Мб ; внешняя память 15 Мб ; Windows XP SP3 и выше, Linux при использовании Wine ; дисковод CD-ROM, PDF-редактор.

ISBN 978-5-906913-06-7

В сборнике представлены материалы XVIII Межрегиональной научно-практической конференции ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, проходившей 27 октября 2016 г. в г. Пензе. Освещены актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

**УДК 616-071-08-036.868
ББК 53.4/5**

Редакционная коллегия:

Кислов А. И. – отв. редактор; **Мельникова Л. В.** – зам. ответственного редактора; Баранова И. П., Бартош Л. Ф., Васильков В. Г., Ивачев А. С., Моисеенко В. А., Молотиллов Б. А., Починина Н. К., Сопина Н. В., Струков В. И.

Оргкомитет конференции:

Кислов А. И., Мельникова Л. В., Ивачев А. С., Баранова И. П., Бартош Л. Ф., Струков В. И., Виноградова О. П., Баулина О. А., Емелина М. В.

*Любое воспроизведение данного текста
разрешается только с указанием источников*

Номер государственной регистрации электронного издания

ISBN 978-5-906913-06-7

© ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Российской Федерации, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Абляскин Р. Р. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БУВАНЕСТИН» ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ	16
Агафонов Д. В. ВРЕМЕННЫЙ МЕДИАЛЬНЫЙ ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	18
Албутова М. Л., Измайлова Ф. А. ВОЗДЕЙСТВИЕ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА У СТУДЕНТОВ УЛЬЯНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА	20
Алексеева Н. Ю., Козина А. И., Костина Е. М. ИММУНОТЕРАПИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ	23
Алексеева Н. Ю., Молотилев Б. А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	25
Алленова Ю. Е., Галеева Р. Т., Долгушкина Г. В., Астафьева А. Н. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТРИМЕДАТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	27
Альмяшев А. З. ОПУХОЛИ И КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ. К 150-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ УСПЕШНОЙ ОПЕРАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И НАШ ОПЫТ	28
Альмяшев А. З. ОПУХОЛИ И КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ: МОРФОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	33
Андреев П. С., Давыдова О. Е., Каторкин С. Е., Исаев В. Р., Андреев И. С. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	34
Антонов О. Н., Черепанин А. И., Негребов М. Г., Баулина Е. А., Шеров Р. Р. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА	36
Артемова О. И., Виноградова О. П. К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТАКТИКЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ИСХОДАХ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	38

Астафьева А. Н., Струков В. И., Долгушкина Г. В., Галеева Р. Т., Искандярова Л. Р., Лирова О. В., Тюгунова А. С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНТЕРОСГЕЛЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	40
Байтяков В. В. ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ.....	42
Баранова И. П., Чижова О. В., Коннова О. А., Лесина О. Н., Никольская М. В., Краснова Л. И., Зыкова О. А., Карнеева Ж. Н. ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ, ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ	44
Барташевич Б. И., Маринчев В. Н. АЛГОРИТМ ПЕРЕДАЧИ ПАЦИЕНТА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	46
Баулина О. А., Баулин А. А., Баулин В. А. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	47
Безрукова Е. В., Гришаева А. И., Темарцева И. И. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОТОРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	48
Беляев А. Н., Родин А. Н. ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ НА ФОНЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КАРНИТИНА ХЛОРИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	50
Беляев А. Н., Родин А. Н. ИЗМЕНЕНИЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ ПРИ РЕГИОНАРНОМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕКСИДОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	52
Беляев А. Н., Родин А. Н. КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕГИОНАРНОМ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	53
Беляев А. Н., Костин С. В., Беляев С. А., Козлов С. А. КОРРЕКЦИЯ ОЗОНОМ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	55
Беляев А. Н., Родин А. Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАРНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	57

Бирючкова О. А., Виноградова О. П. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	59
Бисерова Н. Н., Тришина Т. А., Дунилина Е. В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ.....	61
Бисерова Н. Н., Твердык Е. С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МИФЕПРИСТОНА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С «НЕЗРЕЛОЙ» И «СОЗРЕВАЮЩЕЙ» ШЕЙКОЙ МАТКИ	62
Болотина Т. П., Сергеева-Кондраченко М. Ю. ВАРИАНТЫ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РАЗНЫМИ СТЕПЕНЯМИ ОЖИРЕНИЯ.....	65
Болотина Т. П., Сергеева-Кондраченко М. Ю. КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	66
Бофанова Н. С., Ермолаева А. И., Баранова Г. А., Артюшина Н. В. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	67
Бочкарева Ю. В., Голованова Е. Н., Пигеева И. В., Фадина Е. О. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЗАПОРОМ.....	69
Бочкарева Ю. В., Ушакова С. В., Гриднева Е. В. Губенко И. С., Долгушева В. В., Ильина Ю. А. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ РАСЧЕТНОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	72
Бочкарева Ю. В., Голованова Е. Н., Пигеева И. В., Фадина Е. О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛОФОРТА В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА.....	73
Бунтин С. Е., Максимов В. А., Филимонов Р. М., Животоцук В. С., Бунтина В. Г., Мысенкова Е. Е., Самарцев К. Н. ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ АВТОНОМНЫМ ЭЛЕКТРОННЫМ СТИМУЛЯТОРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	77

Вартик В. Д. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОРСАЛГИЕЙ МЕТОДОМ АКУПУНКТУРЫ	80
Васильев Е. В. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ	82
Васильев В. В., Перекусихин М. В., Чарыкова М. В. РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	84
Васильев В. В., Евстигнеев С. В. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	86
Васильков В. Г., Осинькин Д. В., Сафронов А. И. СИМУЛЯЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ	88
Вачев А. Н., Корытцев В. К., Антропов И. В., Щербатенко В. Ю. ВРЕМЯ ВОЗМОЖНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	89
Власов А. П., Зайцев П. П., Власов П. А., Васильев В. В., Кумар Н. НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.....	91
Волкова Е. В., Уткин Ю. А., Адмаева С. В., Амплеев А. К. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ - НАРКОЛОГОВ.....	92
Воронина Д. Д., Куликов А. Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ	94
Гуликян Г. Н., Карапетян Г. Э. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	96
Давыдова О. Е., Андреев П. С., Каторкин С. Е. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	97
Долгушкина Г. В., Галеева Р. Т., Астафьева А. Н., Смирнова О. К., Кокурочникова Г. Н. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	100

Евстигнеев С. В., Васильев В. В. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА	101
Евстифеев С. В., Кулаев М. Т., Бегоулов И. В. ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ВУЛЬВЫ С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОМ «ФОТОСЕНС»	103
Ермолаева А. И., Баранова Г. А., Белякова Я. И. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ	104
Животоцук В. С., Командирова О. К., Лазарева Э. Н., Архипов А. Б., Юрина Н. В. РАЦИОНАЛЬНАЯ КОРПОРАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	106
Журавлев А. В., Каторкин С. Е., Чернов А. А., Шамин А. В., Разин А. Н., Тулупов М. С., Краснова В. Н. ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ	108
Зайцева Т. Н., Куликов А. Г. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОЗА I–II СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ.....	109
Захватов А. Н., Беляев А. Н., Кузнецов С. И., Козлов С. А. КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИОЦИТОГРАММЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СИНОВИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА	111
Зыкова О. А., Свистунова Н. В., Коннова О. А., Курмаева Д. Ю. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H1N1) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ В СЕЗОНЕ 2015–2016 гг.	113
Ильинов А. В., Винник Ю. С., Абарникова О. В. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕТУБЕРКУЛЁЗНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ В XXI в.	114
Ирышков Д. С., Оганян Г. Г., Дурдыева Д. Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО	116
Карнеева Ж. Н., Баранова И. П., Митрофанова А. В., Яшина Е. М. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛИСТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	117
Карпицкая С. А. АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ	119

Карташева Н. С., Тузов С. Л., Мусатова Л. А., Котовский А. В., Бекетова И. А., Ганина М. Б., Асеев В. Г., Гришанович Г. М., Этингер Л. С., Ситникова И. Е., Ерушова В. В., Еськина Т. Б., Куликова Т. Н., Гаврилова Г. В. ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОГО ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА «НАРИНЭ» В ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	121
Каторкин С. Е., Разин А. Н. НОВЫЙ СПОСОБ ПРОКТОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ.....	123
Каторкин С. Е., Тулупов М. С., Журавлёв А. В., Исаев В. Р., Чернов А. А., Шамин А.В., Разин А.Н., Андреев П.С. ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	125
Каторкин С. Е., Кушнарчук М. Ю., Жуков А. А. ПРИМЕНЕНИЕ SHAVE THERAPY В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	126
Каторкин С. Е., Журавлев А. В., Чернов А. А., Краснова В. Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ – ОПЕРАЦИИ LIFT (THE LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT)	127
Кириллова Т. В, Еремина Н. В., Посметная Т. В., Исмаилова О. А. ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	129
Комиссарова Е. В., Сергеева-Кондраченко М. Ю. КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	130
Корейба К. А. БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	132
Корейба К. А. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	134
Коротин И. Ю., Костина Е. Ю., Типикин В. А., Носанов П. П., Бондаренко Т. М. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)	136
Котовский А. В., Удалова Т. А., Тузов С. Л., Карташева Н. С., Мусатова Л. А. ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ У ДЕТЕЙ 1–12 МЕСЯЦЕВ.....	138

Краснянская О. И. ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ.....	139
Кривошеков Е. П., Дмитриева И. А., Романов В. Е., Губанова Т. А. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	140
Крымская Р. П., Починина Н. К., Киреева С. С., Сержантова Н. А., Дуплянский А. Л. ГИРУДОТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ.....	142
Кузнецов С. Л., Логунов Д. В. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНСТАНТЫ А ДЛЯ ОБЪЕМОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ	143
Кузнецов С. Л., Воронкова А. В. ЯЗВА МУРЕНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	145
Кузнецова О. Ю., Горшенина А. П. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕРПЕНОКСА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ.....	147
Кулюцина Е. Р., Сорокина Л. А., Дружинина Т. А., Кривченкова Е. В., Рыжскина Л. Л. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	148
Кулюцина Е. Р., Крылова Т. В., Шапошникова И. В., Дружинина Т. А., Кривченкова Е. В. ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	153
Купцова М. Ф., Гришин А. А., Чернова Т. В. ВЫБОР МЕТОДА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	157
Купцова М. Ф., Васильков В. Г., Попова И. С., Прохорова М. В., Шольчева А. А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ВЫБОР НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	160
Купцова М. Ф., Васильков В. Г., Гришин А. А., Аракчеев А. В. ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ	164
Купцова М. Ф., Чернова Т. В., Гаврилова К. В. ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	166

Курашвили Л. В., Лавров А. Н. МОЧЕВАЯ КИСЛОТА В ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ	171
Кухтевич И. И., Алешина Н. И. ЗНАЧЕНИЕ ДЕТАЛЬНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ДЛЯ ЖИЗНЕННОГО ПРОГНОЗА.....	174
Лапо Е. И., Исаева Н. В., Пахомова Р. А., Кочетова Л. В. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	176
Левашова О. А., Золкорняев И. Г., Алешина Н. И. АНАЛИЗ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И АССОЦИИ ГЕНОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЕГО МЕТАБОЛИЗМ И РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	178
Лесина О. Н., Баранова И. П., Коннова О. А., Никольская М. В., Зыкова О. А., Карнеева Ж. Н. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ НА ТЕМУ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗАНТЕМНЫХ ИНФЕКЦИЙ» (МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ)	180
Мазурова Е. В. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	182
Максимова М. Н., Струков В. И., Радченко Л. Г. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D, ПАРАТГОРМОНА, КАЛЬЦИТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ НЕОНАТАЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	184
Максимова М. Н., Струков В. И., Радченко Л. Г., Галеева Р. Т., Филина Е. О., Перестань В. С., Попылькова Т. В., Рамжаева М. И., Агеева Н. В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА С РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	186
Малова И. А., Баранова И. П., Баранова Н. И. ПОКАЗАТЕЛИ СПОНТАННОГО И ИНДУЦИРОВАННОГО γ – ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И РЕСПИРАТОРНО -СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	187
Маринчев В. Н., Васильков В. Г., Осинькин Д. В. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	189

Маркелова Н. М., Соловьева Н. С., Кузнецов М. Н., Гуликян Г. Н. ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	191
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Леонтьев А. Е., Терюшев А. А., Куранов А. А., Казарина Н. В. АЛЛЕРГИЯ И ДЕРМАТОЗЫ – КАК СЛЕДСТВИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ.....	192
Мартынов В. Л., Семенов А. Е., Леонтьев А. Г., Казарина Н. В., Куранов А. А., Терюшев А. А. БАУГИНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ	194
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Казарина Н. В., Леонтьев А. Е., Терюшев А. А., Куранов А. А. НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ.....	196
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Курилов В. А., Леонтьев А. Е., Терюшев А. А., Куранов А. А. УРОВЕНЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА	198
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Леонтьев А. Е., Казарина Н. В., Терюшев А. А., Куранов А. А. РОЛЬ БАУГИНОПЛАСТИКИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	200
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Терюшев А. А., Леонтьев А. Е., Казарина Н. В., Куранов А. А. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВЛИЯНИЯ БАУГИНОПЛАСТИКИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА.....	202
Мартынов В. Л., Семенов А. Г., Казарина Н. В., Леонтьев А. Е., Терюшев А. А., Куранов А. А. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА	204
Мелихов Я. П. ОБУЧЕНИЕ ПЛАВАНИЮ СТУДЕНТОВ С АБЛУТОФОБИЕЙ В ОРЕНБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	206
Меркулова И. У., Ковалев А. А., Меркулова И. Ю. АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА	207
Моисеенко В. А., Кислов А. И., Салаев А. В., Гатин А. В. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕПОЗИЦИИ КРАНИАЛЬНОГО БЛОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАЛОТРАКЦИЕЙ АТЛАНТОАКСИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ	208

Молотиллов Б. А., Костина Е. М. КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА	210
Нафталиева Н. А., Баишкатова Н. И., Мнацаканова Г. Н., Левкова Е. Ю. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	211
Никольская М. В., Коннова О. А., Рыбалкин С. Б. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	213
Нузейли М., Маринчев В. Н., Хурейби Я. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АМФЕТАМИН И ПСЕВДОЭФЕДРИН	215
Осипов К. О., Сафронов А. И. АППАРАТНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ НА ОСНОВЕ ТЕРМОЭЛЕМЕНТОВ ПЕЛЬТЬЕ	217
Полич А. С. ИНФУЗОМАТНАЯ ТЕХНИКА ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ПЕРИ- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ	219
Прибытков А. А., Лемясова Р. Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	220
Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е., Негребов М. Г., Ба М. Р., Александров Л. В., Антонов О. Н., Орлов А. А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	222
Радченко Л. Г., Струков В. И., Максимова М. Н., Долгушкина Г. В., Шербакова Ю. Г., Митрофанова А. В., Волик Е. Г., Филатова О. А., Камардина Л. В., Линёва Л. С. МАЛЬТОФЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	224
Радченко Л. Г. Струков В. И., Максимова М. Н., Прокофьев, И. А., Дерябина Г. П., Камардина Л. В., Немоляева И. К., Яшина Е. М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАХИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	226
Рудакова М. Н., Рябов М. Н. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	229

Рябов К. Ю, Рудакова М. Н., Громова М. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	231
Салаев А. В., Моисеенко В. А., Кислов А. И., Гатин А. В. КОМБИНИРОВАННЫЙ ЧРЕСКОСТНЫЙ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ.....	232
Сарвилина И. В. МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОМЕД ФОРТЕ» ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ	233
Сафронов А. И., Васильков В. Г. ВОЗМОЖНОСТИ СИНДРОМНОГО МОНИТОРИНГА В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	236
Сафронов А. И. ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ 170 ЛЕТ	238
Семенов А. Г., Мартынов В. Л., Терюшев А. А. КИШЕЧНЫЙ АДАПТЕР ДЛЯ ОТРАБОТКИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА	240
Сергацкий К. И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЛАСТИКИ КОЖИ МОШОНКИ И ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА	242
Сергацкий К. И., Баланюк К. В. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	243
Симончик М. С., Карага В. И. ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ И КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ	245
Синюта Р. С., Меркулова И. У., Виноградова О. П. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКО- ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	247
Сопина Н. В., Саксонова Г. А., Иванов Д. А. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 1995–2015 гг.	248
Сопина Н. В., Бекренева Н. Н. МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	251

Сопина Н. В., Стрючков В. А., Рожкова Г. П. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	253
Сопина Н. В., Феоктистов Д. Е. ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ КОРРУПЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	255
Станина С. В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	257
Струков В. И., Кислов А. И., Елистратов Д. Г., Струкова-Джонс О. В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА	259
Татарченко П. Ю., Чугайнова О. С. ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ЗАСТОЙНЫЕ ДИСКИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	261
Трушина Е. Ю., Типикин В. А., Назарова Н. В., Автамонова Ю. Р., Бушуева Т. Г., Панова Е. Ю. БОЛЬНЫЕ С «OVERLAP-СИНДРОМОМ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА	263
Тутуров А. О. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ПРОТЯЖЁННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕРВОВ, ИХ СУЩНОСТЬ, НЕДОСТАТКИ И ПРЕИМУЩЕСТВА	264
Тюякпаев М. В., Боликов М. Н., Низовцев В. А. ОСОБЕННОСТИ И ОПАСНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	266
Федин А. В. Зиновьев Д. Ю., Недоваров В. Г., Починина Н. К., Середин С. А., Филин Д. Г., Танюшкина И. В., Тараканова С. Б., Галахов Д. М., Шкурова Н. А., Лапишова И. Ю., Кусакина А. В., Стукалова Е. А., Нугаева А. И. К 35-ЛЕТИЮ ОТДЕЛЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ИМЕНИ В.А. КУЗНЕЦОВА КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 6 ИМЕНИ Г. А. ЗАХАРЬИНА	269
Федин А. В., Шкурка С. И., Коновалова Ю. Н., Симонова А.В. РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ФРОНТО-ЭТМОИДАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ.....	271
Федотов В. В., Казаева М. А. РАДИОВОЛНОВАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ В МОРДОВИИ	273
Филиппова Л. А., Аракчеев А. В., Калганова О. С. КИСЛОРОДНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	275

Филиппова Л. А., Аракчеев А. В., Галаева Л. А., Алленова А. А. КРИТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ.....	279
Цокуренок В. И. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ОСНОВА БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЯ.....	282
Шамин А. В., Исаев В. Р., Каторкин С. Е., Журавлев А. В., Чернов А. А., Разин А. Н., Андреев П. С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДЛЕННО ТРАНЗИТНОГО ЗАПОРА.....	283
Шитов И. Е. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ.....	285
Шляпников М. Е., Белоконев В. И., Прохорова Л. В., Афанасьева Л. В., Зикеева Н. В., Кияшко И. С., Головина О. В., Мамонтова И. В., Шестакова Н. Н. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....	288
Шпичка А. И., Королева А. В., Тимашев П. С. ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ФИБРИНОВОГО ГИДРОГЕЛЯ К СТИМУЛИРОВАНИЮ ВАСКУЛОГЕНЕЗА В КЛЕТОЧНЫХ СОВМЕСТНЫХ КУЛЬТУРАХ.....	291

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БУВАНЕСТИН» ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Р. Р. Абляскин

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5», г. Пенза

Безопасность оперативного вмешательства при спинальной анестезии (СА) остается актуальной проблемой. СА основана на введении раствора местного анестетика (МА) в субарахноидальное пространство ниже уровня L₂ (места окончания спинного мозга). Мощность МА при субарахноидальном введении в 10–15 раз больше, чем при эпидуральном, а двигательная блокада выражена сильнее. Применение современных МА создаёт новые возможности для профилактики и коррекции возможных побочных эффектов и осложнений во время операции и в послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность препарата бупиванестин (бупивакаин), производства ОАО «Биосинтез», при проведении СА.

Материалы и методы исследования: исследование проведено на базе отделения анестезиологии – реанимации ГБУЗ «Клиническая больница № 5» с марта по апрель 2015 г.

Обследовано вошло 95 пациентов на условиях добровольного информированного согласия. Из них 67 мужчин и 28 женщин. Средний возраст больных составил 54,71±3,75 года.

По нозологии и времени выполнения операции пациенты были распределены следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика пациентов, участвующих в исследовании

Вид оперативного вмешательства	Количество пациентов	Средняя длительность операции, ч
1. Ампутация нижних конечностей	9 (9,7 %)	1 час 30 мин
2. Аппендэктомия	14 (14,7 %)	1 час 20 мин
3. Грыжесечение	10 (10,5 %)	2 часа
4. Трансуретральная резекция простаты	4 (4,2 %)	50 мин
5. Аденомэктомия	3 (3,2 %)	1 час 10 мин
6. Эпицистостомия	5 (5,3 %)	40 мин
7. Гидроцеле	2 (2,1 %)	30 мин
8. Контактная литотрипсия	34 (35,8 %)	40 мин
9. Пластике влагалища	9 (9,7 %)	2 часа
10. Удаление кист бартолиновых желез	5 (5,3 %)	35 мин
11. Итого	95 (100 %)	1 час 10 мин

Оценка эффективности терапии проводилась по следующим критериям: субъективное снижение всех видов чувствительности, необходимость повтор-

ного применения анестетика или сосудосуживающих препаратов, время развития эффекта и его длительность.

Оценка безопасности терапии осуществлялась по количеству и степени выраженности побочных эффектов во время операции, через 1 час и спустя 24 часа после введения препарата.

Результаты исследований

Результаты оценки эффективности и безопасности представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Эффективность и безопасность бупивакаина
при проведении спинальной анестезии**

Вид операции	Средняя доза, мл	Время развития анестезии, мин	Длительность анестезии, ч	Необходимость использования вазоконстриктора, %
1. Ампутация нижних конечностей	2–3 мл	5–20 мин	3–4 часа	22,2
2. Аппендэктомия	3–4 мл	5–20 мин	3–4 часа	7,2
3. Грыжесечение	3–4 мл	5–20 мин	3–4 часа	–
4. Трансуретральная резекция простаты	2–3 мл	5–20 мин	3–4 часа	–
5. Аденомэктомия	2–4 мл	5–20 мин	3–4 часа	33,3
6. Эпицистостомия	2 мл	5–20 мин	3–4 часа	20
7. Гидроцеле	2–3 мл	5–20 мин	3–4 часа	–
8. Контактная литотрипсия	2,5 мл	5–20 мин	3–4 часа	5,9
9. Пластика влагалища	2,5 мл	5–20 мин	3–4 часа	11,1
10. Удалении кист бартолиновых желез	2,5 мл	5–20 мин	3–4 часа	–

При гипотонии (у 9 пациентов) стабилизация гемодинамики достигалась увеличением объема и темпа инфузии с введением малых доз мезатона (до 0,25 мг). Брадикардия (у 4 пациентов) купировалась введением атропина в дозе 0,5 мг. При ознобах (2 пациента) эффективным являлось в/в введение реланиума в дозе 5 мг. Постпункционные головные боли (в 2-х случаях) купировали по общепринятой методике.

Выводы: бупивакаин 0,5 % – 4 мл (ОАО «Биосинтез», Пенза) является препаратом выбора для спинальной анестезии при операциях ниже пупка. Он обладает хорошим анальгетическим эффектом с продолжительным действием. Отмечено меньшее количество осложнений и побочных эффектов у препарата, а также длительная послеоперационная аналгезия. В послеоперационном периоде у всех пациентов после СА отсутствовала тошнота и рвота.

ВРЕМЕННЫЙ МЕДИАЛЬНЫЙ ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Д. В. Агафонов

ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Варусные или вальгусные искривления коленных суставов являются нередкой причиной обращения родителей к ортопеду. У новорожденных варусная деформация нижних конечностей является физиологической, уменьшающейся к концу первого года жизни. Если ребенок на первом году перенес рахит, то деформация и сроки ее исправления могут увеличиваться. После года физиологическое варусное положение нередко меняется на вальгусное вследствие того, что ребенок ставит стопы при ходьбе широко, приводя коленные суставы. Если в 1 год 4 мес. у ребенка сохраняется варусная деформация нижних конечностей более 10° , то необходимо проводить обследование для исключения рахита. К возрасту 5–7 лет вальгусный бедренно-большеберцовый угол не должен отличаться от нормального угла у взрослых – $4\text{--}7^\circ$, но не более 9° (М. Fakoog, 2010). Такая динамика изменения бедренно-большеберцового угла при нормальном физическом развитии ребенка определяется соотношениями массы тела, развития мускулатуры и связочного аппарата, а также интенсивностью эпифизарного роста костей скелета. Прогрессирование деформаций коленных суставов после 5–7 лет свидетельствует о нарушении синхронности между ростом костей и мускулатуры. Причинами таких нарушений могут быть: дисплазия тазобедренных суставов, приводящая к вторично компенсированным искривлениям в коленном суставе; идиопатические деформации; рахитические искривления; искривления вследствие нарушений эпифизарного роста костей; посттравматические; после перенесенного остеомиелита; паралитические деформации и врожденные искривления. Вальгусная деформация коленных суставов может быть симметричной, но чаще встречаются асимметричные формы. Деформации коленных суставов всегда сочетаются со слабостью боковых связок. Часто отмечают торсия костей голени, плоскостопие и пяточно-вальгусные стопы. Выбор метода лечения вальгусной деформации проводят в зависимости от возраста и степени вальгусной деформации. Выделяют три степени вальгусной деформации: I ст. легкая – угол отклонения 15° , II ст. средняя – угол отклонения $16\text{--}20^\circ$, III ст. тяжелая – угол отклонения более 20° . При I степени применяются, как правило, консервативные методы лечения: гипсование, использование туторов, брейсов и ортопедической обуви. При II и III степенях – консервативное лечение сочетают с хирургическими методами лечения. Известно, что самостоятельного исправления вальгусных деформаций II–III ст. у детей 5–7 лет не происходит. Среди хирургических методов лечения вальгусных деформаций применяются корригирующие остеотомии с одномоментным исправлением деформации. Однако, данный метод травматичен, нередко дает рецидивы. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов является эффективным методом лечения угловых деформаций нижних конеч-

ностей, но сопряжен с необходимостью длительного ношения аппарата. Это заставило ортопедов искать малотравматичные и малоинвазивные методы лечения больных с искривлениями коленных суставов (P.Castaneda, 2008). Наибольшее применение приобретают операции, не связанные с непосредственным вмешательством на ростковой зоне, а основанные на законе Hueter – Volkmann, заключающемся в создании механического блока с одной стороны зоны роста, в то время, как противоположная сторона остается свободной и продолжает расти, исправляя ось конечности (A. Arkin, 1956).

В 2011 г. в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова находились на лечении 2 детей с вальгусными деформациями нижних конечностей. Первый ребёнок наблюдался с 1 года с диагнозом: Д – зависимый рахит, варусная деформация нижних конечностей, плоско-вальгусные стопы. Ребенок постоянно принимал Рокальтрол: с 1 года 7 мес. до 2,5 лет в дозе 0,25 4 раза в день, затем по 0,25 2 раза в день. К возрасту 5 лет варусная деформация нижних конечностей изменилась на вальгусную: справа 25°, слева 28°. Перед операцией в течение 3 лет проводилось консервативное лечение. Ребёнку проведена операция медиальный дистальный гемиепифизеодез обеих бедренных костей и проксимальный гемиепифизеодез обеих большеберцовых костей при помощи 2-х дырочных пластинок Лена и спонгиозных винтов. Через 8 мес. на контрольных рентгенограммах отмечалось исправление оси правой нижней конечности и веерообразное расхождение винтов. Пластины удалены. Через 10 мес. отмечалось исправление оси левой нижней конечности и также веерообразное расхождение винтов. Пластины удалены. Во время лечения в течение 10 мес. дополнительной иммобилизации и охранительного режима не проводилось. Ребенок жил обычной для его возраста жизнью.

Второй ребенок наблюдался с 7 лет по поводу идиопатической вальгусной деформации коленных суставов. Проводилось консервативное лечение: этапное гипсование, ношение ортезов, ортопедической обуви и стелек. К 14 годам отмечался быстрый рост ребенка и усиление деформации коленных суставов – слева до 22°, справа до 25°. При обследовании патологии со стороны минерального обмена и эндокринной системы не выявлено. Ребенку также проведена операция медиальный дистальный гемиепифизеодез бедренных костей и медиальный проксимальный гемиепифизеодез большеберцовых костей. Эпифизеодез в этом случае проводился укороченными пластинами с угловой стабильностью, закрепленными на 2-х винтах через минимальные доступы под контролем ЭОП с использованием спиц – направителей. Применение пластин с угловой стабильностью повысило эффективность эпифизеодеза. Применение ЭОП позволило более точно установить винты и пластины. Через 6 мес. проведено удаление винтов и пластин из левой нижней конечности, через 8 мес. удалены винты и пластины из правой нижней конечности, создан небольшой запас – 2–3° варусной деформации с целью компенсации возможного рецидива, так как ребенок не закончил расти. Рост ребенка составлял 180 см. На контрольных рентгенограммах ось конечности исправлена, веерообразного расхождения винтов не отмечалось. В течение 8 мес. лечения ребенок вел обычный образ жизни: ходил в школу, занимался физкультурой.

Таким образом, первый опыт применения гемиэпифизедеза в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова для лечения вальгусных деформаций показывает хорошие перспективы для дальнейшего его использования в детской ортопедии. Применение пластин с угловой стабильностью в качестве стабилизирующего элемента увеличивает эффективность эпифизедеза и сокращает сроки лечения больных.

ВОЗДЕЙСТВИЕ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА У СТУДЕНТОВ УЛЬЯНОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

М. Л. Албутова, Ф. А. Измайлова

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск

Введение. Успех современной медицины позволяют сохранить жизнь и здоровье населения России только при выявлении болезни на ранних стадиях и использовании современных терапевтических технологий для предупреждения прогрессирования патологических процессов.

Главное предназначение Корректоров Функционального Состояния – изменение структуры водных растворов, и структурирование воды является определяющим фактором нормального взаимодействия биоорганических соединений. Структурированная вода способствует доставке кислорода в клетки, транспортирует питательные вещества, обеспечивает гидратацию клеток, регулирует температуру тела, вымывает токсины, предотвращает адгезию клеток, служит смазкой для суставов.

Целью исследования явилось воздействие структурированной воды на состояние гомеостаза у студентов УлГУ медицинского факультета.

Материал и метод исследования: структурированная вода, КФС (корректор функционального состояния) – пластины Кольцова антипаразитарный № 1, детокс № 2, сыворотка крови у 10 студентов.

Пластина Кольцова – устройство, содержащее две внешние пластины из магнитного пластика, не содержащие в своем составе токсичных материалов. По углам внутри этих пластин расположены четыре одинаковых устройства в виде четырехслойных пластин прямоугольной формы, изготовленных из высококачественной магнитной резины.

Когда мы структурируем воду на КФС, ей задается информация и частота вибраций первородной воды, содержащейся в теле абсолютно здорового человека, его здоровых органов и систем. Поэтому, от употребления воды, структурированной на КФС, происходят, совершенно замечательные процессы исцеления.

Три основных направления работы прибора КФС: коррекция функционального состояния, структурирование воды, защита организма от воздействия электромагнитных излучений.

Так же материалом исследования явилась биологическая жидкость – кровь: У всех студентов брали натощак кровь из вены, центрифугировали, сы-

воротку крови капали на предметное стекло. Высохшую каплю «фацию» (исходную и суточную) смотрели под микроскопом Лейка с разными увеличениями до начала воздействия КФС лечения структурированной водой и после воздействия КФС и лечения структурированной водой.

Методика: Все студенты пили структурированную воду в зависимости от веса: 30 мл на кг веса в течение 14 дней.

Пили структурированную воду Корректором № 1 (антипаразитарный) до 16 00, после 16 00 – структурированную воду Корректором № 2 (детокс). Делали перекрестные прокачки 1 раз в день. Для активизации всех процессов в организме и усиления эффекта действия КФС необходимо ежедневно делать так называемые «прокачки»: прокачку всех энергетических центров (чакр) (рис. 1).

Результаты и обсуждения. Средний возраст обследованных составил 21,5. Перенесенные заболевания в анамнезе на первом месте ОРВИ и грипп – 80 %, краснуха, ветряная оспа распределились равномерно в 50 % случаев.

Среди экстрагенитальных заболеваний на первом месте хронические гастриты – 60 %, хронический тонзиллит в 30 % случаев, хронический гайморит, хронический аднексит, бронхиальная астма, сахарный диабет, вегетососудистая дистония, врожденный порок сердца в 10 %. Студенты в процессе наблюдения вели дневники о изменении в организме и в повседневной жизни.

Клинические эффекты из дневников студентов: улучшился сон, хорошее самочувствие, настроение в 60 % случаев. В 40 % случаев видели яркие сны, 30 % улучшилось состояние и тургор кожи. У остальных наблюдалось исчезновение запора, уменьшение головных болей, исчезли боли в области желудка, боли в области шеи и спины в 10 % случаев (рис. 2).



Рис. 1



Рис. 2

Клинические эффекты нами подтверждались исследованием самоорганизацией биологических жидкостей-сыворотки крови.

В фациях сыворотки крови мы наблюдали за состоянием гомеостаза: состояние гомеостаза до лечения в 70 % случаев наблюдалось патологическое устойчивое, 20 % физиологическое не устойчивое, 10 % патологическое не устойчивое. После лечения состояние гомеостаза изменилось, в 40 % случаев наблюдали физиологическое устойчивое, физиологическое неустойчивое и патологическое устойчивое распределились одинаково и составили 30 % (рис. 3).

В фациях сыворотки крови до начала лечения, нами были выявлены патологические структуры, свидетельствующие о системном нарушении и болезни организма (рис. 4).



Рис. 3



Рис. 4

На первом месте преобладали языковые поля, свидетельствующие о воспалительных процессах в организме 90%, трехлучевые трещины в центральной зоне свидетельствующие о признаках гипоксии головного мозга – 60 %, гребешковые структуры у половины студентов свидетельствующие о ангиоспазме, нарушении микроциркуляции, трехлучевые трещины в промежуточной зоне свидетельствующие о венозном застое головного мозга у 30 % случаев (рис. 5, 6).



Рис. 5



Рис. 6

Патологические структуры на фоне приема струтурированной воды и ежедневных прокачек изменились в лучшую стороны, это подтверждается наличием уменьшения структур как языковых полей в 40% случаев, трех лучевые трещины в центральной зоне 40% случаев (представлены рис.7, рис.8).

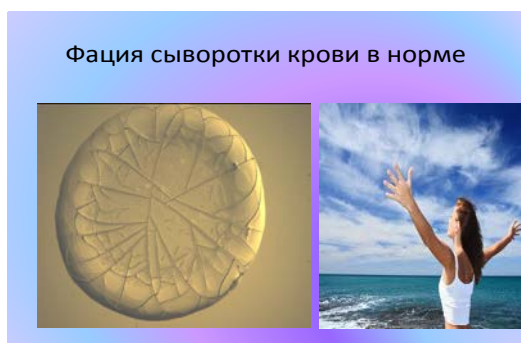


Рис. 7



Рис. 8

Заключение.

Таким образом, после воздействия структурированной водой на организм меняется состояние гомеостаза в сторону – физиологическое устойчивое, исчезают и уменьшаются маркеры патологических структур как языковые поля, маркеры гипоксии головного мозга, признаки ангиоспазма, исчезают клинические проявления болезней, улучшается самочувствие, происходит нормализация сна, нормализация обмена веществ, выведение токсинов, балансирование артериального давления, улучшается состояние кожи, улучшения со стороны ЖКТ.

Воздействие структурированной воды благоприятно влияет на состояние организма. Совместно используя метод самоорганизации биологической жидкости можно определить пред болезни и способствовать предупреждения прогрессирования патологических процессов и начать профилактические мероприятия.

ИММУНОТЕРАПИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ

Н. Ю. Алексеева, А. И. Козина, Е. М. Костина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Часто болеющие дети (ЧБД) – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения. Это дети с функциональными отклонениями в различных органах и системах с признаками нарушений в иммунной системе, дисбаланс в которой указывает на необходимость проведения иммунотерапии, так как дети имеют высокую предрасположенность к инфекциям дыхательных путей и Лор-органов. У большинства детей нет генетически обусловленных первичных дефектов иммунитета, однако, у 50 % из них отмечалось повышение уровня общего IgE и сенсibilизация к пищевым, бытовым, пылевым аллергенам.

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) сегодня является единственным наиболее эффективным методом лечения больных с аллергическими заболеваниями. В последние годы, благодаря внедрению новых форм аллергенов «Sevapharma» (Чешская Республика), «Stallergenes» (Франция) и аллергоиды «Lofarma» (Италия), возможности АСИТ значительно расширились. Многие из этих аллергенов делают возможным проведение АСИТ сублингвальным методом, что особенно важно в детской практике. Однако, данный метод лечения требует серьезной подготовки больных перед началом лечения.

На нашей кафедре был разработан комплексный поэтапный метод лечения ЧБД. Суть метода заключается в том, что на первом этапе достигается снижение или устранение антигенного воздействия на организм путем создания соответствующей обстановки, назначения противомикробных препаратов, а для восстановления адекватного ответа иммунной системы на инфекционные

агенты целесообразно на этом этапе применение иммуномодуляторов. Главным звеном второго этапа является проведение АСИТ, что становится возможным после вышеуказанной многофакторной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 150 ЧБД в возрасте от 5 до 12 лет с аллергическими заболеваниями. Среди детей у 75 выявлен аллергический круглогодичный ринит, у 45 детей атопическая бронхиальная астма легкого персистирующего течения и у 30 детей поллиноз. Сложность проведения АСИТ этим детям заключалась в том, что они часто до 5 раз в году и более заболевали различными инфекциями, из которых, ведущее место – 70 % (105 из 150) занимали острые респираторные вирусные инфекции. Лечение начинали в период ремиссии инфекционного процесса и проводили строго по схемам, изложенным в инструкции на препарат. Разумеется, в период проведения АСИТ, в зависимости от состояния больного и переносимости препарата приходилось корректировать вводимую дозу и интервалы приема препарата. При обострении инфекционного процесса лечение аллергенами прекращали и вновь начинали через 10–14 дней после выздоровления с дозы, которую больной получил до начала обострения или ее уменьшали на 2–3 порядка. Часто лечение аллергенами начинали на фоне приема антигистаминных препаратов.

В результате проведенного иммунологического обследования были выявлены нарушения в системе иммунитета у 90 (60 %) из 150 обследованных детей. При этом, в большинстве случаев изменения касались способности Т-клеток к продукции γ IFN, она была снижена у 45 (30 %) пациентов.

Несомненный интерес представляло изучение местного иммунитета у детей и, в первую очередь, определение sIgA в слюне. Он оказался сниженным у 30 (20 %) детей. Всем детям с нарушенным иммунным статусом до начала проведения АСИТ назначали иммунокорректирующую терапию в зависимости от характера нарушений. Все иммунокорректоры назначали строго в соответствии с указанной схемой лечения на данный препарат.

Эффективность АСИТ по нашим данным составила 75 % с учетом хороших и отличных результатов. Наряду с клиническими данными, важным критерием эффективности АСИТ является динамика показателей иммунного статуса после проведенного лечения. Анализируя показатели клеточного иммунитета у детей до и после проведенного лечения особо следует отметить значительное повышение функциональной активности Т-клеточного звена иммунитета, что сопровождалось усилением Т-клеток к продукции γ IFN. Важно подчеркнуть, что проведение АСИТ у детей способствовало значительному повышению sIgA и лизоцима. Безусловно, эти показатели позволяют судить о важности механизмов местного иммунитета в процессе сублингвальной АСИТ и его роли в защите ребенка от частых инфекций со стороны верхних дыхательных путей.

Таким образом, АСИТ является достаточно эффективным методом лечения и у часто болеющих детей, однако, всем этим детям перед началом аллергенспецифической иммунотерапии необходимо проводить оценку иммунного статуса и коррекцию выявленных нарушений с использованием различных иммуномодуляторов.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Н. Ю. Алексеева, Б. А. Молотил

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) занимают одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний, и особенно, среди хирургических инфекций. Так в структуре хирургической патологии гнойно-воспалительные заболевания (остеомиелит, пиодермии) и осложнения составляют 35 %, т.е. встречаются у каждого третьего больного как основной патологический процесс или как осложнение различных болезней или операций (Ю. А. Козлов, 2005, В. А. Гостищев, 2007). В этиологии ХГВЗ ведущее место занимают стафилококки, идентифицируемые в очагах воспаления до 90 % случаев. Ухудшение экологической обстановки и, как следствие, увеличение числа больных с дисфункцией иммунной системы, повышение резистентности микроорганизмов к антибиотикотерапии ведет к увеличению числа гнойно-воспалительных заболеваний и хронизации гнойно-воспалительных процессов. Поэтому иммуномодуляторы, активирующие собственные силы организма, сохраняют свою нишу в лечении гнойно-воспалительных заболеваний.

Полимурамил – новый природный иммуностимулятор бактериального происхождения, его действующую основу составляют высоко-очищенная смесь трех активных компонентов, выделенных из пептидогликана клеточной стенки грамотрицательных бактерий. Полимурамил, разработан в результате сотрудничества биотехнологической инновационно-внедренной компании КОРУС ФАРМ и ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России». Препарат включен в государственный реестр лекарственных средств за номером ЛП-002069 от 16 мая 2013 г.

Целью нашего исследования является изучение эффективности препарата Полимурамил для оптимизации патогенетической терапии и достижения долговременной иммунореабилитации больных с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями (пиодермии, остеомиелит).

Под нашим наблюдением находилось 78 больных с хроническим рецидивирующим фурункулезом и 56 – с хроническим остеомиелитом в возрасте от 16 до 65 лет.

Пациенты 1 группы 78 пациентов с пиодермией из них: 1-а группа 18 человек, которые получали курс Полимурамила внутримышечно в дозе 200 мкг/0,5мл ежедневно в течение 5 дней. Контрольную группу составили пациенты, 1-б, которые получали только базисную антибактериальную терапию с учетом чувствительности высеянной из очага микрофлоры.

Пациенты 2 группы – 56 пациентов с остеомиелитом из них: 2-а группа 10 которые, получали Полимурамил внутримышечно в дозе 200 мкг/0,5 мл ежедневно в течение 5 дней. Для сравнения взята контрольная группа – 2б, пациен-

ты, с таким же характером воспалительного процесса, в то же время проходивших лечение, но без использования иммуномодуляторов. Лечебные мероприятия у больных включали стандартный набор средств и методов хирургического и консервативного лечения (антибактериальная терапия с учетом чувствительности высеянной из очага микрофлоры).

Критериями оценки эффективности лечения явилась динамика клинических, лабораторных и иммунологических показателей. Клинический эффект от проведенной терапии оценивали в соответствии с 4-х балльной шкалой.

В группе больных ХРФ, поступивших в стадии обострения, получавших полимурамил, клинический эффект характеризовался значительным улучшением у 88,8 % пациентов. При катанамнестическом наблюдении у 67 % пациентов наблюдалась стойкая ремиссия в течение 12 мес (период наблюдения), у 28 % больных ремиссия сохранялась в течение 6 мес., в течение 3 мес – у 6 % больных.

В группе больных с остеомиелитом, поступивших в фазе обострения и получивших полимурамил, установлен следующий клинический эффект: значительное улучшение наблюдалось у 60 %, улучшение у 30 %. При катанамнестическом наблюдении у 49 % больных наблюдалась стойкая ремиссия в течение 12 мес., у 40 % больных ремиссия сохранялась 6 мес., у 20 % – в течение 3 мес.

Анализ иммунограммы показал, что со стороны гуморального иммунитета до лечения отмечено было повышение всех групп иммуноглобулинов IgA, M, G (доказывает наличие воспалительного процесса), применение Полимурамила привело к нормализации иммуноглобулинов у всех пациентов. Отмечено положительное влияние препарата на показатели местного иммунитета: содержание – секреторного иммуноглобулина IgA(слюна) до лечения составляла от 516 до 794 мг/л, после лечения показатели снизились до 285 мг/мл (норма 115–299 мг/мл). Так же, после лечения Полимурамилом оценивали аллергический статус пациентов у лиц с повышенным показателем общего IgE. Из 8 пациентов данный показатель был повышен у 5 больных. Отмечено снижение общего IgE у всех пациентов с фурункулезом. У одного 1 пациента с хроническим вялотекущим непрерывно-рецидивирующим течением фурункулеза, общий IgE до лечения составил 12015 МЕ/мл, после лечения через 3 месяца общий IgE снизился до 3175 МЕ/мл.

У всех пациентов с ХГВЗ оценивали влияние полимурамила после лечения на степень бактериальной сенсибилизации. Оценивали специфические IgE антитела к стафилококку до и после лечения. Через 3 мес после прекращения применения препарата Полимурамила выявлено достоверное снижение специфических IgE антител к стафилококку особенно у пациентов из группы с повышенным иммуноглобулином E. Отмечено снижение общего IgE у всех пациентов с ХГВЗ.

Полимурамил является эффективным и хорошо переносимым иммуномодулирующим препаратом, благоприятно влияющим на клиническое течение, длительность ремиссии иммунологические показатели больных ХГВЗ, что позволяет рекомендовать его в комплексной терапии больных с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями (фурункулез, остеомиелит).

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТРИМЕДАТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ю. Е. Алленова¹, Р. Т. Галеева², Г. В. Долгушкина², А. Н. Астафьева²

¹ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Актуальность. Среди многообразных заболеваний кишечника важное место занимают различные клинические формы его функциональных расстройств (функциональная диарея, функциональный запор и др.), когда ни одним из используемых в современной клинике методов диагностики не удастся обнаружить морфологический субстрат болезни. Наиболее распространенным из них (17–22 % общей популяции) является так называемый синдром раздраженного кишечника (СРК).

СРК – это функциональное расстройство кишечника, при котором боль или неприятные ощущения (дискомфорт) в животе связаны с дефекацией, изменением частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, СРК рассматривается как нозологическая форма, хотя этиологические моменты этой патологии до настоящего времени до конца не изучены. Продолжается также и изучение патогенетических механизмов формирования СРК. В его развитии основную роль отводят нарушению двигательной активности и висцеральной чувствительности (висцеральная гипералгезия) желудочно-кишечного тракта. Несомненно, важна роль и психосоциальных факторов, участвующих в формировании СРК. В последние годы наблюдается рост данной патологии у детей.

Цель исследования: оценка клинической эффективности применения препарата «тримедат» при лечении СРК у детей: влияние на выраженность абдоминального болевого синдрома и на динамику диспептических симптомов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились дети с различными вариантами СРК (согласно Римским критериям III), 67 чел., в возрасте от 12 до 18 лет. Были выделены 3 группы наблюдения: I группа – 24 чел., дети с СРК с запорами; II группа – 23 чел., дети с СРК с диареей; III группа – 20 чел., дети со смешанной формой СРК. Тримедат дети получали в дозе по 100 мг 3 раза в день в течение 1 месяца. Анализ результатов исследования проводился на базе ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова по данным первичного гастроэнтерологического приема в период с 2011–2015 гг.

Результаты. На фоне лечения тримедатом у 92,1 % детей отмечена устойчивая положительная динамика клинических проявлений СРК на первой неделе лечения. В первую очередь купировались боли в животе: выраженной интенсивности боли исчезли на 6–7 день лечения, средней и слабой интенсивности – на 3–4 день. Подобная динамика наблюдалась при всех вариантах СРК.

Раньше всего из диспептических жалоб купировались метеоризм, урчание в кишечнике: у подавляющего большинства больных детей вышеуказанные жалобы исчезли на 4–5 день. Достоверных различий в сроках в зависимости от клинических вариантов СРК не выявлено. Несколько позже отмечена положительная динамика в опорожнении кишечника. У детей с СРК с преобладанием диареи у 87,4 % частота стула уменьшилась до 1–2 раз в среднем на 10–11 день, у остальных детей четкий эффект отмечен на 12–14 день лечения. При СРК с запорами ежедневный самостоятельный стул установился у 76,8 % детей на 10–12 день лечения, у 21,3 % детей – на 17–18 день. У 1,9 % детей устойчивого эффекта не было (в данной категории оказались дети от 16 до 18 лет). Побочные действия в процессе лечения тримедатом нами не отмечено.

Выводы.

1. Тримедат – эффективное средство для лечения абдоминального болевого и диспептического синдромов у детей, больных различными вариантами синдрома раздраженного кишечника. Данный вывод подтверждает, что тримедат является универсальным регулятором моторики и висцеральной чувствительности желудочно-кишечного тракта.

2. Детям в возрастной категории от 16 до 18 лет вероятно имеется необходимость назначения комплексной терапии, учитывая длительность заболевания и повышенные психоэмоциональные нагрузки в этом возрасте. Для получения четкого и устойчивого эффекта при синдроме раздраженного кишечника тримедат в возрасте от 16 до 18 лет целесообразно назначать в суточной дозе 600 мг.

**ОПУХОЛИ И КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ.
К 150-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ УСПЕШНОЙ ОПЕРАЦИИ.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И НАШ ОПЫТ**

А. З. Альмяшев

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Известный французский хирург Жюль Пеан первый успешно выполнил спленэктомия по поводу кисты селезенки (1867). Кисты селезенки наблюдаются редко. Паразитарные кисты обычно являются эхинококковыми, значительно реже цистицерк и исключительно редко – альвеококк. Значительно чаще выявляют непаразитарные кисты, которые включают дермоидные, эпидермоидные, эпителиальные, лимфоэпителиальные и ложные кисты, образовавшиеся в результате травмы. К истинным кистам относят: врожденные дизонтогенетические и приобретенные кисты. Встречаются они обычно у детей, подростков и лиц молодого возраста. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки на внутренней ее поверхности (чаще плоскоклеточной или мезотелиальной, с возможным включением в стенке лимфоид-

ной ткани с герминальными центрами, реже цилиндроклеточный призматический или кубический эпителий). Кисты обычно не содержат придатков кожи, редко – муцин. Могут быть многокамерными.

В отличие от ложных кист истинные кисты обычно больших размеров не достигают и нередко являются случайной находкой во время операции. Они могут быть ассоциированы с добавочной селезенкой.

Ложная киста (псевдокиста, цистойд) наблюдается более часто – 75 % непаразитарных кист селезенки. Она образуется после травмы селезенки (редко акушерской), которая обычно сопровождается очаговым некрозом ткани и кровоизлияниями, инфекционных заболеваний или как следствие перенесенного инфаркта селезенки. Кисты могут быть одиночными и множественными. Их объем варьирует от нескольких десятков миллилитров до 5 л и более. Стенки ложной кисты представляют собой уплотненную брюшину и фиброзную ткань и в отличие от истинной кисты изнутри не имеют эпителиальной выстилки, а представлены грануляционной гиалинизированной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и некротическими тканями (детритом). Характер жидкого содержимого бывает различным: это серозный или гнойный экссудат, содержащий примесь измененной крови и сгустков. Ложная киста больших размеров может распространяться в различных направлениях: вперед и вверх, оттесняя печень и желудок, в сторону желудочно-ободочной связки, смещая желудок вверх, а поперечную ободочную кишку книзу. Клинические проявления непаразитарных кист разнообразны. У некоторых пациентов жалоб нет (асимптомные формы). Ряд больных отмечают тупые постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в левое плечо и надплечье. При больших размерах кисты боли могут значительно усиливаться, появляются симптомы сдавления и оттеснения соседних органов брюшной полости (желудка, толстой кишки). При физикальном исследовании можно выявить выбухание в левом подреберье, некоторую асимметрию живота, пропальпировать увеличенную гладкую безболезненную селезенку. При локализации кисты в нижнем полюсе селезенки можно обнаружить симптом флюктуации. В диагностике кист селезенки используют УЗИ, РКТ. В паренхиме селезенки выявляют четко очерченное объемное образование низкой плотности – бессосудистая зона, оттесняющая ее интраорганные сосуды. Показано наличие связи между существованием истинной эпидермоидной кисты селезенки с плоскоклеточной метаплазией и повышением уровня сывороточных опухолевых маркеров СА 19-9 и РЭА. Позитивен иммунологический маркер на цитокератин, негативные – CD 31 и CD 34. После удаления кисты их уровень нормализуется. Спонтанный разрыв кисты селезенки может стать причиной массивного гемоперитонеума. Лечение: хирургическое (спленэктомия), реже выполняют лапароскопическую резекцию кист селезенки. Воспалительная псевдоопухоль селезенки наблюдается крайне редко. По мнению Hirofumi Noguchi et al. (2000), в литературе описано 39 таких случаев. Этиология и патогенез не известны. При обследовании выявляется гиповаскулярная опухоль в селезенке, могут быть кальцинаты. Лечение – спленэктомия. Гистологически выявляют воспалительные клеточные элементы:

нормальные лимфоциты, плазматические клетки, нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты, гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, гиалиноз и фиброз в лимфатических фолликулах, очаги грануляционной ткани и некроза, патогенной флоры не выявляется. Выделяют 3 типа: ксантогранулема, плазмоклеточная гранулема, склерозирующая псевдоопухоль. Некоторые классифицируют ее как миофибробластическую опухоль. В литературе описано не более 10 случаев этого заболевания у детей и 50 – у взрослых. Чаще встречается у женщин. Ассоциируется с лихорадкой неясного генеза (т.н. «инфекционный тип»). Макро- и микроскопически проявляется: спленомегалия, размер опухоли variabelен (до 11 см), обычно бывает солитарной (может быть множественной). Узел имеет участки геморрагий и некроза, в процесс вовлекается красная пульпа, имеется склероз, встречаются ксантогранулемы, различные лимфоциты (Т-клетки), эозинофилы, нейтрофилы, гистиоциты, миофибробластоподобные клетки (могут присутствовать фолликулярные дендритные клетки), иммунобласты, плазмоциты. Позитивные маркеры: CD 68, гладкомышечный актин, часто EBV. Негативные маркеры: ALK, CD 21, CD 35. Дифференциальный диагноз: фолликулярная дендритноклеточная опухоль (CD 21 «+», CD 35 «+», гладкомышечный актин «–»), микобактериальная инфекция у иммунокомпроментированных больных (веретеновидные клетки, формирующие узелки в красной пульпе селезенки, CD 68 «+», наличие бацилл).

К доброкачественным опухолям селезенки относят ангиомы, гемангиомы, лимфангиомы, гамартомы, эндотелиомы. Частота их на аутопсийном или операционном материале составляет 0,007 %. Средний возраст больных с ангиомой селезенки составляет 49 лет. Опухоль экспрессирует эндотелиальные и гистиоцитарные антигены. В 50 % случаев заболевание протекает со спленомегалией, ассоциируется с гиперспленизмом, тромбоцитопенией, анемией, болезнью Крона, раком ободочной кишки и поджелудочной железы, поликистозом почек. Макро- и микроскопически в селезенке выявляют узел (кисту). Клетки имеют эндотелиальное строение, в цитоплазме встречаются эозинофильные гранулы, присутствует гемафагоцитоз. Позитивные маркеры: фактор VIII, CD 31, CD 68, variabelьны S 100 и CD 21. Негативные маркеры: CD 8, CD 34 (чаще). Дифференциальный диагноз: ангиосаркома селезенки. Гемангиома селезенки – одна из самых частых опухолей органа. Обычно имеет размер менее 2 см, реже – больше. Ангиоматоз селезенки – казуистика. Процесс может быть ассоциирован с гемангиоматозом в других областях и органах, анемией, тромбоцитопенией, синдромом Kasabach-Merritt (тромбоцитопения, вызванная секвестрацией и деструкцией тромбоцитов в крупных кавернозных гемангиомах – встречается чаще у детей, реже у взрослых), спонтанным разрывом селезенки. Макро- и микроскопически: спленомегалия, кавернозная опухоль, представленная одноклеточными кровеносными сосудами. Позитивные маркеры: фактор VIII, CD 31, CD 43, CD 68 (при диффузном гемангиоматозе). Негативные маркеры: CD 8, CD 21. Дифференциальный диагноз: гамартома (CD8«+»). Гамартома (спленомегалия, спленоаденома) редкая опухоль селезенки, обычно представлена узловым поражением органа различного размера. Может быть гетеротопической: ткань,

являющаяся красной пульпой селезенки, локализуется в строме нормального яичника, других ретроперитонеальных органах. Крайне редко за опухоль селезенки может быть принята эктопическая миелолипома (новообразование, представленное жировой и гемопоэтической тканями), поражающая, в основном, надпочечник. Ассоциируется с тромбоцитопенией, гиперспленизмом. Обычно является случайной находкой. Макро- и микроскопически выявляют дезорганизацию красной пульпы, фиброз, вариабельный гематопоз, нет фолликулов, нет дендритных фолликулярных клеток. Позитивные маркеры: CD 8, фактор VIII, CD 31, коллаген IV типа. Негативные маркеры: CD 21, CD 68 (редко позитивен). Дифференциальный диагноз: гемангиома (CD 8 негативен). Лимфангиомы селезенки могут существовать в рамках распространенного лимфангиоматоза или как солитарное поражение органа. Их традиционно описывают как субкапсулярное мультикистозное поражение, чаще встречающееся у детей. Лимфангиомы селезенки могут имитировать мезотелиальные кисты. Макро- и микроскопически это субкапсулярная многокамерная опухоль (киста), имеющая эндотелиальную выстилку (возможны мелкие папиллярные разрастания), не содержит клеток крови. Первичные новообразования селезенки встречаются очень редко, не имеют характерной клинической симптоматики. По мере развития опухоли появляются боли в левом подреберье с иррадиацией в левое плечо и надплечье. Как казустика описаны случаи гастриномы, эктопированной в ткань селезенки с развитием синдрома Цоллингера-Эллисона и пептических язв ЖКТ.

К злокачественным опухолям относят различные типы сарком (фибросаркома, лимфосаркома, эпителиоидная гемангиоэндотелиома, гемангиоперцитомы, ангиосаркома и др.). Редко встречаются цистаденокарциномы (в том числе и многокамерные), злокачественные фиброзные гистиоцитомы селезенки. Ангиосаркома – самая частая первичная злокачественная нелимфоидная опухоль селезенки. Она служит причиной спонтанного разрыва селезенки в 13 – 33 % всех случаев. Встречается редко. Не обнаружена связь ангиосаркомы селезенки (в отличие от ангиосаркомы печени и некоторых других опухолей) с экзогенными канцерогенами и токсинами: ртутью, диоксидом тория, ацетатом винилхлорида. Ангиосаркома селезенки ассоциируется с микроангиопатической анемией, тромбоцитопенией, коагулопатией потребления. Возраст пациентов колеблется от 29 до 85 лет (средний – 59–63 года). Процесс течет агрессивно – медиана выживаемости составляет 6 мес. Опухоль метастазирует в печень, кости, костный мозг, реже в лимфоузлы и головной мозг. Клинически протекает с болями в животе (75 %), анемией. Макро- и микроскопически выявляют: спленомегалия (85 %), на разрезе новообразование может быть представлено саркоматозным узлом, кистозными полостями с папиллярными разрастаниями, полями некроза и кровоизлияния или диффузным поражением органа. Опухоль представлена геморрагической тканью, дилатацией капилляров, содержащих эритроциты, атипическими эндотелиальными гиперхромными клетками с цитоплазматическими гиалиновыми включениями, встречается гемосидероз, экстрамедуллярный гематопоз, гемафагоцитоз. Описаны случаи развития ангио-

саркомы селезенки через 9 лет после ПХТ по поводу фолликулярной лимфомы, вариант ангиосаркомы селезенки, сходный с саркомой Капоши, содержащий веретенообразные пролиферирующие клетки и ассоциированный с герпесвирусом человека 8-го типа. Позитивные маркеры: основными являются маркеры сосудистой дифференцировки – фактор VIII, CD 31, CD 34, CD 68, S 100 (показатель вариабелен), рецептор 3 сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGFR 3). Негативные маркеры: гладкомышечный актин, цитокератин (местами может быть позитивен). Гемангиоперицитомы очень редкая опухоль селезенки. Гемангиоэндотелиома селезенки представлена эпителиоидной и веретеновидноклеточной формами. Описаны случаи поражения детей 3-х и 9-ти летнего возраста, развитие массивной спленомегалии и гипоспленизма. Заболевание ассоциируется с хронической анемией, тромбоцитопенией. Макро- и микроскопически: спленомегалия, атипические округлые эпителиоидные клетки имеют крупное ядро. Имеются множественные клетки в сосудистых полостях (в отличие от гемангиомы), которые редко имеют признаки атипии (в отличие от ангиосаркомы). Митозы редки. Позитивные маркеры: антиген фактора VIII, виментин. Негативные маркеры: белок S100, кератин, актин, десмин. Эти опухоли характеризуются довольно бурным ростом со скудной клинической картиной на ранних стадиях болезни. По достижении опухолью больших размеров появляются симптомы интоксикации, кахексия, асцит, метастазы в печень, костный мозг. Но эти опухоли чрезвычайно редки и почти не играют никакой роли в повседневной клинической практике. Удивляет также небольшая частота метастазирования в селезенку (2–7,1 %) из злокачественных новообразований других органов. По данным К. Y. Lam, V. Tang (2000), вторичные нелимфоидные (метастатические) опухоли селезенки встречаются на аутопсии в 0,6 % случаев, при спленэктомии – 1,1 %. Авторы за 25-летний период выявили 92 пациента с метастазами в селезенку (58 мужчин и 34 женщины). Средний возраст больных – 60 лет. У 8% пациентов опухоль селезенки была симптомная – чаще у пациентов молодого возраста, женщин. Отмечены случаи спонтанного разрыва метастатической селезенки. У 95 % больных метастатическая опухоль была карциномой. Первичный очаг чаще всего локализовался в легком – 21 %, желудке – 16 %, поджелудочной железе – 12 %, печени – 9 %, ободочной кишке – 9 %. Редко раковая опухоль выявлялась в молочной железе, пищеводе, назофарингеальной области, была представлена хорионкарциномой или меланомой. Метастатическая селезенка чаще всего легко диагностировалась макроскопически (80 %). Процесс обычно поражает капсулу органа, может быть солитарным (5,3 %), множественным или диффузным, вовлекая паренхиму селезенки. Средний срок между выявлением первичной опухоли и диагностированием селезеночных метастазов составил 6,7 мес. Основные принципы диагностики опухолей селезенки такие же, как и при неопухолевых поражениях. Лечение хирургическое – спленэктомия. При доброкачественных опухолях спленэктомия или органосохранные операции, в т.ч. и лапароскопические, приводит к излечению. При значительных размерах и распространенности злокачественной опухоли спленэктомия чаще является паллиативным вмешательством.

В докладе нами представлен опыт лечения 4 б-х с опухолями и кистами селезенки различного морфологического строения в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер». Описаны диагностические приемы и методы диагностики и лечения данной патологии.

ОПУХОЛИ И КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ: МОРФОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А. З. Альмяшев

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Задача исследования. Изучить эффективность комплексной диагностики и лечения пациентов с очаговым поражением селезенки.

Материал и методы. Морфологически диагноз верифицирован у всех больных при спленэктомии.

Результаты. С 2005 г. по август 2016 г. в ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер» было выявлено 9 случаев первичного и вторичного очагового изолированного поражения паренхимы селезенки: злокачественная неходжкинская лимфома – 3, лимфома Ходжкина – 1, эхинококк – 1, инфаркт с образованием соединительнотканного рубца или кисты – 2, солитарные метастазы при ранее радикально пролеченных колоректальном раке – 1, раке почки – 1.

Выводы. Проблемы диагностики и лечения злокачественных новообразований кроветворной и лимфоидной ткани (в т.ч. с вовлечением селезенки) принадлежат к числу приоритетных направлений клинической медицины во всем мире. Первичные опухоли и кисты селезенки характеризует отсутствие специфических симптомов болезни, не только на ранних стадиях, но и при развернутой клинической картине, делая их диагностику весьма затруднительной при проведении стандартной лучевой комплексной программы (УЗИ, РКТ). Основными факторами, влияющими на выбор тактики лечения, являются морфологический вариант опухоли (включая обязательное иммуногистологическое исследование с панелью маркеров на В- и Т-лимфоциты, эпителиальные и др. антигены), преимущественная локализация процесса и факторы прогноза, к которым относятся: возраст пациента, величина спленомегалии, отсутствие регионарных и отдаленных метастазов, иммунодепрессия и сопутствующая патология.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

П. С. Андреев, О. Е. Давыдова, С. Е. Каторкин, В. Р. Исаев, И. С. Андреев

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. Распространенность неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки в настоящее время в индустриально развитых странах значительно увеличилась. В целом, заболеваемость язвенным колитом (ЯК) в мире определяется параметрами от 50 до 80 человек на 100 000 населения [1]. При неэффективности консервативной терапии или развитии осложнений этого заболевания оперативные вмешательства выполняются у 10–20 % пациентов [2]. Послеоперационные осложнения по поводу ЯК при плановых операциях не превышают 10 %, а после экстренных вмешательств до настоящего времени доходят до 60–80 % при летальности от 12 до 50 % [3].

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов язвенным колитом.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии СамГМУ с 2010 по 2015 г. под наблюдением находился 542 больной язвенным колитом в возрасте от 18 до 75 лет. Всем пациентам кроме стандартных клинических и лабораторных обследований выполняли ректороманоскопию, фиброколоноскопию с множественной биопсией, ирригоскопию, энтерографию, фистулографию (при наличии свищей), ультрасонографию [4, 5]. Степень тяжести ЯК оценивали по критериям S. C. Truelove и L. J. Witts (1955). Легкая форма ЯК была выявлена у 253 (46,6 %) больных, среднетяжелая – у 182 (33,6 %), тяжелая – у 107 (19,8 %). Дистальный колит диагностирован у 171 (31,4 %) пациента, левосторонний – у 186 (34,4 %), субтотальный – у 84 (15,5 %), тотальный – у 101 (18,7 %) человека. Внекишечные проявления ЯК отмечены у 98 (18%) больных. Чаще всего отмечались артропатия и гангренозная пиодермия. Гормонорезистентная форма ЯК была у 22 (4 %) пациентов, а гормонозависимая – у 14 (2,6 %). Осложнения ЯК развивались при резистентности к гормональной терапии и были выявлены при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания у 22 (4%) больных.

Все пациенты получали комплексное лечение, направленное на купирование активности процесса, предупреждение рецидива и прогрессирование заболевания, а также на профилактику осложнений.

Терапия включала базисные препараты 5-АСК, стероидные гормоны – преднизолон, гидрокортизон, а также симптоматические средства (спазмолитики, антидиарейные препараты). При среднетяжелой и тяжелой формах, гормональной резистентности и осложнениях ЯК считаем показанной антибактериальную терапию (ципрофлоксацин, метронидазол и цефалоспорины III поколения), так как при этом развивается дисбиоз и нарушается барьерная функция толстой кишки. При тяжелой форме ЯК и выраженной анемии – 24 (4,4 %) пациентам выполнена трансфузия свежзамороженной плазмы, 11 (2 %) – эритроцитарной взвеси.

Из 542 больных ЯК оперировано 48 (8,9 %), в том числе 23 (4,3 %) мужчины и 25 (4,6 %) женщин – 44,9 % от тяжелых форм ЯК.

В связи осложнениями ЯК оперировано экстренно 14 (2,6 %) пациентов, а при резистентности к консервативной терапии операции выполнены у 34 (6,3 %) человек. При тяжелых распространенных формах ЯК прибегали к субтотальной резекции ободочной кишки с формированием илеостомы – 33 пациента. В последующем трем больным выполнены реконструктивные операции. У одного после илеоанального анастомоза в послеоперационном периоде развилась кишечная непроходимость, анастомоз был ликвидирован и вновь сформирована илеостома. После ранее перенесенной субтотальной колэктомии оперировано 2 пациента: у одного выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, у второго – экстирпация культи прямой кишки. Ранних послеоперационных осложнений у этих больных не было. Из 48 оперированных больных ЯК умерло 5 (10,4 %) больных ЯК – 3 – от гнойного перитонита вследствие образования множественных абсцессов брюшной полости на фоне тяжелого течения ЯК с тотальным поражением толстой кишки, 2 – от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы

1. При тяжелой форме ЯК и тотальном поражении толстой кишки оптимальным объемом вмешательства следует считать колопротэктомию с формированием илеостомы.

2. При тяжелых, распространенных формах ЯК необходимо постоянно оценивать эффективность консервативного лечения и своевременно ставить показания к оперативному вмешательству. В этом плане большое значение имеет совместная работа гастроэнтеролога и колопроктолога.

Список литературы

1. Андреев, П. С. Опыт лечения пациентов с язвенным колитом / П. С. Андреев, В. Р. Исаев, С.Е. Каторкин // Актуальные вопросы хирургии : материалы Всерос. науч.- практ. конф. с междунар. участием, посвященной 85-летию НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза ОАО «РЖД» [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые, граф. дан. (5329 Кб). – Пенза : Изд-во ПГУ, 2015. – С. 29–31.

2. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: принципы консервативного и оперативного лечения / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, П. С. Андреев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов // Врач – аспирант. 2010. – Т. 42, № 5.1. – С. 121–127.

3. Воробьев, Г. И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Г. И. Воробьев, И. Л. Халиф. – М. : Миклош, 2008. – 400 с.

4. Опыт лечения больных с осложненным течением язвенного колита / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов, П. С. Андреев // Колопроктология. – 2011. – № 1. – С. 28–30.

5. Комплексное лечение неспецифического язвенного колита с применением эндолимфатической терапии / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, П. С. Андреев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов // Новости хирургии. – 2012. – № 2. – С. 49–54.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

О. Н. Антонов, А. И. Черепанин, М. Г. Негребов, Е. А. Баулина, Р. Р. Шеров

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва*

52–71 % пациентов со стенозирующими язвами пилородуоденальной зоны имеют одновременно и другие осложнения язвы, в том числе 3–19,8 % прободение язвы. Послеоперационная летальность при сочетанных осложнениях достигает 34% и тенденции к ее снижению в настоящее время не наблюдается.

Мы изучили результаты лечения 125 пациентов со стенозирующими перфоративными пилородуоденальными язвами: 95 мужчин и 43 женщины в возрасте от 16 до 75 лет. Язвенный анамнез выявлен у 116 (92,8 %) пациентов. 7 пациентов страдали язвенной болезнью более 20 лет, у 9 пациентов язвенный анамнез отсутствовал. 111 пациентов неоднократно получали противоязвенное лечение. 12 пациентов были ранее оперированы по поводу перфоративной язвы (ушивание перфоративной язвы). У 20 человек было в анамнезе кровотечение из язвы. Сопутствующий пилородуоденальный стеноз в стадии компенсации диагностирован у 25 пациентов (20 %), в стадии субкомпенсации – у 76 пациентов (60,8 %) и стадии декомпенсации – у 24 пациентов (19,2 %). Пилородуоденальный стеноз и перфорация у 36 пациентов (28,8 %) сочетались с пенетрацией язвы в соседние органы. Клинически значимые сопутствующие заболевания выявлены у 97 (77,6 %) пациентов. У 102 пациентов (81,6 %) длительность язвенного анамнеза превышала 5 лет. Продолжительность ремиссии у 85 пациентов (68 %) составляла от 3 месяцев до 1 года.

Постоянным симптомом была боль, которая встретила в 100 % случаев наблюдений, но различалась по интенсивности. Внезапные «кинжальные» боли возникли у 71 поступившего пациента (56,8 %), постепенно нарастающая боль отмечена в 35,2 % (44 пациента). Стандартное рентгенологическое исследование позволило выявить свободный газ в брюшной полости у 83 пациентов (66,4 %), 42 пациентам было применено рентгеноэндоскопическое исследование, позволившее выявить свободный газ еще у 39 пациентов. 3 пациентам удалось установить диагноз при помощи диагностической видеолапароскопии.

Основными критериями для определения характера оперативного вмешательства являются исходное состояние пациента, степень выраженности перитонита, тяжесть сопутствующей патологии, возраст, характер изменений в пилородуоденальной зоне.

Ушивание перфоративного отверстия мы выполнили вынужденно 16 пациентам. Надо отметить, что это вмешательство не воздействует ни на один из патогенетических механизмов язвообразования и характеризуется высокой частотой рецидивного язвообразования (34–85 %). Ушивание перфоративной язвы выполнено у крайне тяжелых пациентов при разлитом гнойном перитоните, ОАР IV ст. по ASA и наличии местных разрешающих факторов – диаметр перфоративного отверстия менее 1,5 см, компенсированный или субкомпенсиро-

ванный ПДС без явлений расширения желудка, отсутствие грубых морфологических изменений в пилородуоденальной зоне и пенетрации.

Применение селективной проксимальной ваготомии при осложненных дуоденальных язвах имеет ограниченное применение. СПВ занимает большую продолжительность времени, подавляя первую фазу секреции, практически не влияет на вторую и при наличии нарушений эвакуации в послеоперационном периоде есть опасность застоя пищи в антральном отделе желудка, что может способствовать удлинению второй фазы пищеварения с увеличением продукции гастрина и свободной соляной кислоты.

Различные виды пилоропластик были использованы в лечении 45 пациентов. У 64 пациентов выбор был в пользу пилороантрумэктомии и резекции 2/3 желудка, условиями выполнения которых были отсутствие высокой степени ОАР, распространенного гнойного перитонита, с давностью заболевания не более 6 часов. Эти вмешательства показаны при сочетании субкомпенсированного и декомпенсированного пилородуоденального стеноза и перфорации больших каллезных язв, повторных перфорациях, при длительном язвенном анамнезе, при наличии пенетрации язвы в соседние органы.

После пилоропластики послеоперационный парез разрешался чуть раньше – на 2 сутки после операции. В эти сроки пациентов начинали энтерально кормить через капиллярный зонд: 500–800 мл физиологического раствора и затем питательную смесь «Нутрикомп» (Nestle), капельно в течение суток из расчета 1000 ккал/сут. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка после пилоропластики наблюдалось к 5–6 суткам, что подтверждалось характером и количеством желудочного отделяемого. С этого срока переходили на оральный прием пищи.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 62 пациентов (49,6 %). Достоверно чаще после резекции желудка (64 пациента, 56,2 %), нежели после органосохраняющих вмешательств (64 пациента, 40,6 %) и напрямую зависели от степени ПДС. После органосохраняющих вмешательств встречались моторно-эвакуаторные нарушения в 24,5 % случаев, нагноение послеоперационной раны в 9,9 % случаев, пневмония в 6,6 % случаев, у 1 пациента была несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы. Летальных исходов после органосохраняющих операций не было.

После резекции желудка встречались несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза (3,2 %), несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (9,3 %), послеоперационный панкреатит (6,2 %), нагноение послеоперационной раны (17,1 %), тромбоэмболические осложнения (3,1 %), пневмония (10,9 %), полиорганная недостаточность (3,1 %), у 1 пациента был острый инфаркт миокарда. Летальность после резекционных вмешательств составила 9,3 %.

В программу послеоперационного обследования были включены: рН-метрия, рентгенография желудка с бариевой взвесью, ЭГДС с проведением де-нол теста. По этой программе было обследовано 44 пациента.

У 30 пациентов с дуоденальной локализацией язвы было выявлено повышение уровня кислотности желудочного сока. У всех пациентов с язвами пило-

рического канала показатели кислотопродукции находились в норме. При выполнении рентгенологического исследования у 10 пациентов выявлено наличие компенсированного и у 5 пациентов субкомпенсированного стеноза выходного отдела желудка, главным образом после операции ушивания перфоративной язвы (6 пациентов). Проведенное в последующем консервативное лечение позволило нивелировать явления пилородуоденального стеноза у 9 пациентов (функциональный стеноз). При выполнении рентгенологического исследования у пациентов после пилоропластики по Финнею ни у одного из пациентов не выявлено признаков стеноза выходного отдела желудка.

При выполнении ЭГДС с де-нол тестом положительный результат обсемененности Нр выявлен у 21 из 44 (47,7 %). У 20 пациентов (45,4 %) не было выявлено ни повышения кислотности желудочного сока, ни обсемененности Нр.

Средний суточный уровень интрагастральной кислотности у пациентов после пилоропластики составил $18,5 \pm 2,1$ ммоль/л. Отсутствие высоких показателей кислотности желудочного сока у пациентов после пилоропластики говорит о том, что сама пилоропластика улучшая эвакуаторную функцию желудка способствует снижению кислотности желудочного сока на 15–20 %.

Таким образом, использование комплексного метода диагностики, индивидуальный выбор метода операции и применение мер профилактики послеоперационных осложнений позволяют улучшить результаты лечения данной категории пациентов и снизить летальность до 4,8 %. Своевременная диагностика сочетания перфорации и пилородуоденального стеноза позволила у большинства пациентов (109) избежать паллиативной операции (87,2 %). Сравнительная оценка функции выходного отдела желудка после различных вариантов органосохраняющих операций свидетельствует о несомненных функциональных преимуществах этих вмешательств перед ушиванием перфоративного отверстия, и в целом органосохраняющих операций перед резекционными.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТАКТИКЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ИСХОДАХ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

О. И. Артемова¹, О. П. Виноградова²

¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) остаются одними из наиболее распространенных причин обращения пациенток к врачу акушеру-гинекологу. И не смотря на появление новых технологий, имеет место тенденция к генерализации и хронитизации воспалительных процессов, приводящих к развитию серьезных патоморфологических изменений, которые влекут за собой патологические процессы в иммунной и репродуктивной системах.

В последнее время отмечается возрастание частоты воспалительных заболеваний органов малого таза у женского населения как типичного проявле-

ния выраженных нарушений в системе иммунного ответа. Но данные заболевания по-прежнему остаются мультифакториальными и полисимптоматичными, и сопровождаются, зачастую, стертой клинической формой и атипичным течением.

Строгое соблюдение клинических рекомендаций при лечении ВЗОМТ направлено, в первую очередь, на борьбу с очагом инфекции в момент обращения. Несвоевременное лечение воспалительных процессов органов малого таза в дальнейшем может приводить к рецидивам или к возникновению бесплодия.

Актуальность изучения гинекологических и акушерских перспектив женщин, перенесших воспалительные заболевания органов малого таза, определяется частотой и высокими показателями заболеваемости. Все это заставляет искать новые пути повышения эффективности терапии и реабилитации после ВЗОМТ.

Востребованность данного направления исследования обуславливается наличием возможности развития патологических процессов, которые при несвоевременном выявлении оказывают отрицательное влияние на перспективы репродуктивного здоровья женщины.

Цель исследования – оценить эффективность лечения и реабилитационного периода у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза и наличие отдаленных последствий перенесенной патологии.

При лечении ВЗОМТ реабилитационный период может включать в себя комплекс мероприятий, в который входят медикаментозные и немедикаментозное воздействие. Под вторым подразумеваются различные виды физиотерапевтического воздействия в условиях женских консультаций и поликлиник после окончания основных лечебных мероприятий. Фармакотерапия же назначается строго индивидуально в зависимости от сопутствующих патологий и может носить комплексный характер.

В ходе данной работы проведен ретроспективный анализ 36 пациенток, перенесших ВЗОМТ в возрасте от 21 до 35 лет, из которых 75,6 % прошли реабилитацию, а 24,4 % по неуточненным причинам от постстационарного лечения отказались.

В первой группе 8,3 % прошли комплексный подход: физиотерапевтическое лечение в полном объеме в сочетании с гормональной терапией, а 50 % ограничились исключительно медикаментозным этапом.

Частота рецидивов в течение 6 лет после перенесенной патологии в первой группе 2,5 %, а во второй группе, где реабилитация не проводилась вовсе, 19,4 %.

При оценке репродуктивных способностей пациенток после ВЗОМТ учитывалось наступление желанной беременности в течение до 5 лет после перенесенной патологии. В первой группе женщин желанная беременность наступила у 44,4 %, в числе которых все пациентки после комплексного реабилитационного периода. Во второй группе лишь у 5,5 % обследуемых.

Согласно оценке данных течения и исходов репродуктивных возможностей, частоты рецидивов у пациенток с перенесенным ВЗОМТ отмечается наиболее высокая частота наступления беременностей у женщин, прошедших

реабилитационный период, особенно после комплексного подхода, включающего физиотерапевтический и медикаментозный этапы.

Частота рецидивов во второй группе значительно превысила аналогичный показатель в группе с проводившейся реабилитацией.

Программа комплексного оздоровления пациенток после тяжелой гинекологической патологии с использованием медикаментозного и немедикаментозного реабилитационного периода способствует значительному снижению возникновения рецидивов, а также наиболее благоприятным желанным репродуктивным исходам.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что целостная оценка репродуктивных возможностей женщины немыслима без углубленного изучения прошлой гинекологической патологии. Полученные в процессе ретроспективного анализа данные позволяют оценить эффективность реабилитационного периода после проводимого лечения ВЗОМТ, а также репродуктивные возможности женщины после перенесенного хирургического лечения. Все больше ухудшается и без того не благоприятная демографическая ситуация. Все это заставляет искать новые пути повышения уровня оказания комплексной гинекологической помощи, особенно при патологиях, со столь отдаленными репродуктивными последствиями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНТЕРОСГЕЛЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

***А. Н. Астафьева¹, В. И. Струков¹, Г. В. Долгушкина¹, Р. Т. Галеева¹,
Л. Р. Искандярова², О. В. Лирова², А. С. Тюгунова²***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Актуальность. Проблема инфекций мочевой системы у детей до настоящего времени остается достаточно актуальной. Согласно литературным данным, распространенность инфекций мочевой системы, включая пиелонефрит, составляет около 18–22 на 1000 детского населения (А. В. Папаян, Н. Д. Савенкова, 1997; В. В. Длин, И. М. Османов, О. Л. Чугунова, А. А. Корсунский, 2011). Ведущее место в структуре нефрологической патологии детей занимает пиелонефрит – 40–70 % (А. Ф. Возианов, В. Г. Майданик, В. Г. Бидный, И. В. Багдасарова, 2002; Н. А. Коровина, 2007). В последние годы, несмотря на широко проводимую ту или иную антибактериальную терапию, нередко заболевания приобретают хроническое течение, склонное к рецидивированию. Повторные курсы антимикробной терапии порой приводят к развитию устойчивости микробной флоры и различным осложнениям – грибковой суперинфекции, иммуносупрессии и т.д. В связи с этим, одним из альтернативных подходов в лечении хронических рецидивирующих инфекций мочевой системы является назначение комплексной терапии, включающей в том числе энтеросорбирую-

щие препараты, связывающие и выводящие из организма эндо- и экзогенные токсические вещества: бактерии, вирусы, их токсины, тем самым уменьшая токсическое воздействие на органы мочевой системы. В качестве такого препарата нами использован препарат энтеросгель (полиметилсилоксан, полигидрат), сорбирующей в том числе избыток мочевины, холестерина, не влияющий на всасывание витаминов, микроэлементов и способствующий восстановлению нарушенной микрофлоры кишечника.

Целью работы явилось изучение эффективности использования энтеросгеля в комплексной терапии инфекций мочевой системы у детей.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 19 детей с инфекцией мочевой системы в возрасте от 2 до 17 лет. Диагноз поставлен на основании общепринятых в нефрологии методов исследования. Лечение энтеросгелем, наряду с традиционной терапией, осуществлялось согласно инструкции фирмы-производителя (ООО «ТНК СИЛМА», Россия): детям в возрасте до 5 лет – по 7,5 г (0,5 столовой ложки), от 5 до 14 лет – по 15 г (по 1 столовой ложки), от 14 до 17 лет – по 22,5 г (1,5 столовой ложки) 3 раза в день за 1-2 часа до или после еды и приема других лекарств, запивая водой, курс 10 дней. В качестве контрольной группы - 17 детей, получавших только традиционную терапию.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в результате применения энтеросгеля в комплексной терапии инфекций мочевой системы достоверно быстрее, по сравнению с контрольной группой, исчезли симптомы интоксикации – на 2–3 сутки (у 95,5 %) и купировался мочевой синдром (у 93,5 %) ($p < 0,05$), что позволило сократить у большинства детей (у 17) длительность приема антибактериальной терапии – на 3–4 дня (антибиотиков, уросептиков). Наряду с этим, у 2/3 пациентов улучшилась копрограмма. Побочных действий от приема энтеросгеля не выявлено – у всех детей отмечалась хорошая переносимость препарата.

Заключение. Таким образом, анализ эффективности использования энтеросгеля в комплексной терапии инфекций мочевой системы у детей свидетельствует о целесообразности его применения, в связи с более быстрым купированием симптомов интоксикации, мочевого синдрома, что позволяет сократить длительность курсов антимикробных препаратов, нередко вызывающих различные побочные эффекты, в том числе дисбиоз кишечника. Улучшение копрограммы у большинства детей (у 66,6 %) указывает о восстановлении микрофлоры в кишечнике при приеме энтеросгеля, что также имеет огромное практическое значение.

ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

В. В. Байтяков

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

В ЛОР отделении Детской республиканской клинической больницы (гл. врач О. М. Солдатов.) за 2011–2015 гг. находилось на лечении 19 больных с синуситом с распространением воспалительного процесса на орбиту. Орбита у человека граничит с верхнечелюстной, решетчатой, лобной, околоносовыми пазухами и, как-бы, образована ими (за исключением латеральной стенки, образованной скуловой костью. У новорожденного ребенка имеются решетчатые и верхнечелюстные пазухи. Лобная и клиновидная пазухи формируются к 3–4 годам.

Возраст детей колебался от 8 месяцев до 6 лет. Мальчиков было 10, девочек 9. Все дети до госпитализации перенесли ОРВИ, ОРЗ, острый ринофарингит, что является самой частой причиной острого синусита. У всех детей при общеклиническом и рентгенологическом исследовании диагностирован острый гнойный гайморит, этмоидит.

Инфекция из околоносовых пазух распространяется контактным путем (через тонкие костные стенки), гематогенным (артерии, тромбофлебит мелких вен) и лимфогенным путем. В патогенезе орбитального осложнения имеет значение повышение давления в пазухе – в результате отека слизистой оболочки носа [1, 2].

Различают воспаление мягких тканей века, абсцесс века, отек клетчатки орбиты, периостит орбиты, субпериостальный абсцесс орбиты, абсцесс орбиты и флегмона орбиты. При остром и хроническом риносинусите возникает ретробульбарный неврит зрительного нерва, приводящий к быстрому падению остроты зрения. Всем 19 больным проведена антибиотикотерапия парентерально, противовоспалительная терапия (капли в нос, глаза), общеукрепляющая терапия, постоянное дренирование верхнечелюстной пазухи. Все больные выздоровели.

Представляет интерес следующее наблюдение: Ш. М. Д. 2 г. 11 мес. вес 16 кг поступил 18.09.2015 г. с жалобами на заложенность носа справа, отек век правого глаза. Переболел ОРВИ, неделю назад появился насморк, лечился каплями в нос. С 16.09.15 г. наступило резкое ухудшение. При поступлении общее состояние тяжелое. Общая интоксикация, очень вялый, при осмотре засыпает. Родился в срок. Прививки: полиомиелит, корь. Костно-мышечная система без видимой патологии, Дыхание в лёгких звучное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. Тоны сердца ясные, пульс 116 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий не вздут. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Отёк век, лёгкий экзофтальм справа. Передний отрезок и глазное дно без особенностей. Носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка носа гиперемирована, в верхнем носовом ходе отделяемое.

На R-грамме от 18.09.15 г. гомогенное затемнение гайморовых и решетчатых пазух. Спиральная компьютерная томография головного мозга и околоносовых пазух: структуры мозга не изменены, верхнечелюстные пазухи и ячейки решетчатой пазухи тотально заполнены воспалительным однородным содержимым. В полости правой орбиты определяется мягкотканное образование, прилежащее к решетчатой кости. 18.09.15 г. произведена пункция правой гайморовой пазухи – промылось гнойное отделяемое, введен в пазуху катетер.

Поставлен диагноз: двусторонний острый гнойный гайморит, реактивный отек век, отек ретробульбарной клетчатки справа. Назначено лечение: цефотоксим 1,0 × 2 раза в день в/мышечно и в/вено, метронидазол 70 мл × 2 раза в день в/вено капельно, хлорпирамин 0,2 × 2 раза в день в/мышечно, глюкоза с хлористым калием и магнием, гепарин в/вено капельно, ринорус, изофра в нос, нормакс, левомицетиновые капли в оба глаза. Ежедневный дренаж пазух методом «кукушка» (санация пазух носа методом перемещения).

19.09.15 г. ретробульбарно однократно введен дексиметазон 1 мл.

Консультация окулиста 21.09.15 – ОД – веки и параорбитальная часть сильно отечные и гиперемизированные, при пальпации слегка болезненные. Глазная щель из-за отека сомкнута, при разведении конъюктива века и глазного яблока гиперемизированная, отечная, блещит. Экзофтальма нет. Движения глазного яблока в полном объеме.

24.09.15 носовое дыхание улучшилось, санация пазух носа прекращена. 29.09.15 г. гиперемия и отек век справа уменьшается. Выписан 07.10.15 г. После выписки перенёс ОРВИ и вновь поступил 15.10.15 г. с симптоматикой от 18.09.15 г. и выставлен тот же диагноз. Назначено вышеприведенное лечение. 16.10.15 г. гиперемия и отек век значительно уменьшились. 21.10.15 г. гиперемия и отёк век исчезли. 28.10.15 г. выявлена аллергическая настроенность: (иммуноглобулин) Е – 90 (при норме-до 10), эозинофилия в секрете носа. Выставлен диагноз: инфекционно-аллергический синусит, осложненный отеком век. 30.10.2015 переведен в аллергологическое отделение.

Сравнивая собственные наблюдения 40 летней давности [3], можно констатировать, что частота орбитальных осложнений колеблется на прежнем уровне. 8 больным из 14 (1977) наряду с консервативным лечением произведено вскрытие и дренирование околоносовых пазух со вскрытием гнойника в орбите со стороны пазухи или дополнительным разрезом по краю орбиты.

Заключение: Ранняя консервативная терапия (на стадии реактивного отека клетчатки орбиты и век) и постоянное дренирование пазухи во всех случаях привело к выздоровлению.

Список литературы

1. Богомильский, М. Р. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте. Национальное руководство / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. – М. : ГОЭТАР-Медиа, 2008.
2. Бабияк, В. И. Оториноларингология: Руководство : в 2 т. / В. И. Бабияк, М. Т. Говорун, Я. А. Накатис. – СПб. : ПИТЕР, 2009. – Т. 1. – С. 354–365.

З. Байтяков, В. В. Орбитальные осложнения острых гнойных синуситов / В. В. Байтяков, З. С. Малюгина // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – Киев : Здоровье, 1977. – № 4. – С. 24–26.

**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ
ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ,
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ, ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ**

***И. П. Баранова¹, О. В. Чижова², О. А. Коннова¹, О. Н. Лесина²,
М. В. Никольская¹, Л. И. Краснова¹, О. А. Зыкова¹, Ж. Н. Карнеева¹***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Минздрав Пензенской области, г. Пенза

Компетентность специалистов здравоохранения, качество и доступность медицинской помощи, качество обучения врачей и повышение их квалификации, высокая распространенность инфекционных заболеваний, междисциплинарные аспекты инфектологии находится под пристальным вниманием государства и медицинского профессионального сообщества. Программы для решения этих вопросов находят свое отражение в реализуемых государственных национальных приоритетных проектах. Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» установлено, что в целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, необходимо разработать «...комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров...». В Государственной Программе Российской Федерации «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» отмечено, что её стратегической целью является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. В Подпрограмме-7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» особо подчеркнуто, что «необходимым условием достижения главной цели модернизации здравоохранения – обеспечения равного доступа каждого гражданина к качественной медицинской помощи – является проведение эффективной кадровой политики в отрасли, в том числе построение современной системы непрерывного профессионального образования посредством совершенствования организации профессиональной подготовки, повышения квалификации медицинских

и фармацевтических работников». Требования к особенностям подготовки медицинских работников и фармацевтических работников отражены также в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Цель работы: повышение квалификации врачей «смежных» специальностей по актуальным вопросам инфекционных болезней на основании принципа непрерывного профессионального образования.

Методы: дидактические, организационные, клинические, экспертные.

Основная часть: Междисциплинарный подход становится «знаковым» принципом обучения врачей различных специальностей, особенно в условиях очевидного дефицита во врачах-инфекционистах. Между тем, для совершенствования непрерывного профессионального образования врачей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с инфекционными заболеваниями (особенно на амбулаторном этапе), необходимы системные организационные меры, постоянная работа с врачебными кадрами, междисциплинарный подход в реализации модели обучения; интеграция образовательных и материальных ресурсов клинических баз; подготовка слушателей различных специальностей по разделам «инфекционные болезни». Поэтому кафедра инфекционных болезней проводит циклы повышения квалификации (ПК) для врачей различных специальностей.

На основании решения заседания Правительственной комиссии по вопросам биологической и химической безопасности Российской Федерации от 24.09.2014 (протокол № 13), согласно которому рекомендуется подготовка врачей общей практики, терапевтов, педиатров и врачей скорой медицинской помощи по вопросам инфекционной патологии, кафедра инфекционных болезней и Минздрав Пензенской области реализуют плановое обучение специалистов через организацию и проведение циклов в объеме 72 ч. Разработан цикл «Избранные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-инфекция (вопросы инфекционной безопасности)» при проведении которого рассматриваются вопросы инфекционной безопасности, биотерроризм, противоэпидемические мероприятия в очагах инфекций (в том числе особо опасных), вакцинопрофилактика, противочумный костюм, предупреждение заражения медицинского персонала, чума, холера, лихорадка Эбола, лихорадка Западного Нила, сибирская язва, менингококковая инфекция, ВИЧ-инфекция, гемоконтактные вирусные гепатиты, грипп, в том числе высокопатогенный, коронавирусная инфекция, корь, полиомиелит, энтеровирусные инфекции, диарейные заболевания и другие, а также схемы экстренной профилактики и лечения инфекционных болезней. При реализации цикла, наряду с лекциями, практическими и семинарскими занятиями, используется иллюстративный материал (включая учебные видеофильмы), клинические разборы больных, демонстрация сложных случаев из практики, банк измерительных материалов (тесты, ситуационные задачи); особое внимание обращается освоению практических навыков. В конце цикла врачам-слушателям представляется электронная версия пакета нормативных документов (Порядки оказания медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями, стандарты медицинской помощи, протоколы, санитарные правила,

методические указания, методические рекомендации). В 2015 г. проведено шесть таких циклов, повысили квалификацию 120 врачей (терапевты, педиатры, врачи общей врачебной практики, хирурги, травматологи), в 2016 г. запланировано ещё 6 таких циклов.

Заключение: повышение квалификации врачей различных специальностей по актуальным вопросам инфекционных болезней необходимо для формирования компетентных специалистов, направлено на улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи.

АЛГОРИТМ ПЕРЕДАЧИ ПАЦИЕНТА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Б. И. Барташевич¹, В. Н. Маринчев²

¹ГБУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», г. Воронеж

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Иногда возникает необходимость в передаче пациента от одного врача анестезиолога-реаниматолога другому непосредственно во время проведения анестезии и до окончания оперативного вмешательства. Погрешности во время осуществления этой процедуры могут привести к различного рода осложнениям, особенно если оперативное вмешательство проводится по экстренным показаниям и степень анестезиологического риска высока. Усугубляет положение дел то обстоятельство, что в ежедневной практике интраоперационная передача пациента от одного врача другому является событием относительно редким, сама процедура передачи недостаточно отработана и нет соответствующего алгоритма действий. Данное обстоятельство может стать важным фактором ненадлежащего оказания медицинской помощи, повышения числа осложнений и необоснованного увеличения смертности.

Цель работы. Целью данной работы является оценка возможности улучшения качества оказания анестезиологической помощи путем использования интраоперационного алгоритма передачи пациента от одного врача анестезиолога-реаниматолога другому.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов проведения анестезиологического пособия у 100 пациентов в случаях, когда была необходимость в интраоперационной передаче пациента от одного врача анестезиолога-реаниматолога другому.

Результаты. В ходе данной работы были выявлены и оценены ряд существенных и клинически значимых недостатков проведения анестезиологического пособия при передаче пациента от одного анестезиолога другому. Дефекты и недостатки плана анестезии были выявлены в 5 % случаев. В 2 % случаев был неправильно выбран вид анестезии. Неполный анамнез был собран у 6 % пациентов. Значимые дефекты физикального обследования были выявлены в 2 % случаев. Неполное лабораторное и инструментальное обследования наблюдались у 17 % пациентов. Недостатки мониторингирования пациентов были выявле-

ны в 84 % случаев. Неверная интерпретация и оценка течения анестезии имели место в 2 % случаев. Значимые осложнения наблюдались в 6 % случаев. В 2-х случаях они были предотвратимыми и связанными с погрешностями проведения анестезии. На основании полученных данных проведен анализ и выборка наиболее значимых факторов, способных осложнить течение анестезии и привести к развитию интраоперационных осложнений во время передачи пациента от одного врача анестезиолога-реаниматолога другому. Создан и апробирован алгоритм действий в случае возникновения необходимости интраоперационной передачи пациента, позволяющий эффективно реагировать на развитие любых отклонений состояния последнего в ходе анестезии и оперативного вмешательства.

Выводы. Оказание интраоперационной анестезиоло-реанимационной помощи при передаче пациента во время проведения анестезиологического пособия можно улучшить путем внедрения в клиническую практику соответствующего алгоритма передачи пациента. Выявление объективных и субъективных факторов, приводящих к ненадлежащему оказанию помощи во время передачи пациента, может помочь в разработке комплекса мер по их устранению и тем самым снизить удельный вес неблагоприятных исходов во время возникновения реальных ситуаций.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О. А. Баулина, А. А. Баулин, В. А. Баулин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Неугасающее внимание к проблеме ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) обусловлено широкой распространенностью заболевания среди населения экономически развитых стран, а также прогрессирующим ростом тяжелых осложнений. 20 % пациентов с ГЭРБ страдают тяжелым рефлюкс-эзофагитом (РЭ), вызывающим пищевод Барретта, который может осложниться развитием аденокарциномы.

Цель исследования: разработка диагностической программы, позволяющей вовремя обнаружить и предотвратить развитие опасных осложнений РЭ.

Материалы и методы. Для составления программы использовали Рекомендаций Монреальского консенсуса (2006) и Клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (2012). В основу критериев для анализа были положены: симптомы ГЭРБ и их выраженность по шкале Likert; длительность основного заболевания; сопутствующие заболевания; данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Результаты. Обследование включает: сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные и инструментальные исследования. Внепищеводные симптомы верифицируем путем теста с ингибиторами протонной помпы с по-

следующим консультированием пациента пульмонологом, кардиологом, оториноларингологом и стоматологом. Оценку выраженности симптомов ГЭРБ проводим по 5-ти балльной шкале Likert. Кроме того, изжогу оцениваем по частоте, времени возникновения, длительности. Инструментальные исследования: эзофагогастроудоденоскопия; рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК); электрокардиография; флюорография органов грудной клетки; ультразвуковое исследование органов брюшной полости с целью обнаружения сопутствующей патологии. Видеоэзофагогастроудоденоскопию выполняем с инверсионным осмотром кардии приборами с функцией интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки. Для описания эндоскопической картины используем классификацию РЭ по Savary-Miller, в модификации GJN Tytgat и соавт. (1990) и классификацию недостаточности кардии, разработанную профессором А. А. Баулиным (2010). Полипозиционную рентгеноскопию пищевода, желудка, ДПК проводим с использованием контрастного вещества для определения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ее размеров, характера нарушений моторной и эвакуаторной функции пищевода, желудка и ДПК. Вид грыжи оцениваем по классификации В. Х. Василенко (1971).

Выводы. Использование представленной диагностической программы дает возможность наиболее полно оценить качество жизни пациента, страдающего ГЭРБ; анатомические изменения зоны пищеводно-желудочного перехода; тяжесть поражения слизистой пищевода, вовремя выбрать адекватное лечение (медикаментозное или оперативное), не допуская прогрессирования заболевания.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОТОРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е. В. Безрукова¹, А. И. Гришаева², И. И. Темарцева²

¹ГБУЗ ГКБ № 4, г. Пенза

²ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко, г. Пенза

Крапивница и ангиоотек являются очень распространенными заболеваниями, которые могут наблюдаться у людей в любом возрасте и представляют собой важную медицинскую проблему, значимость которой обусловлена не только недостаточными сведениями о этиологии и патогенезе заболевания, но и существенным влиянием болезни на качество жизни пациентов, трудностями диагностики и лечения.

Перед нами стоит задача довести до медицинской аудитории наиболее частые ошибки в диагностике таких заболеваний, как крапивница и ангиоотек. Рассмотрим некоторые из них.

В отделение аллергологии ГКБ № 4 доставлен (БСМП) пациент М., 26 лет, с предварительным диагнозом – отек Квинке. Больной предъявлял жалобы на отечность рук, ног, лица, которые беспокоят в течение последних 2–3 мес., при дополнительном сборе анамнеза также отмечено значительное снижение рабо-

тоспособности, слабость, снижение либидо, сонливость, замедленность психических процессов (мышления, речи, эмоциональных реакций) снижение настроения. При осмотре обращала на себя внимание пастозность лица, рук, медлительность, отпечатки зубов на языке, сухость, ломкость и выпадение волос. Аллергоанамнез отрицательный. У данного пациента заподозрен гипотиреоз, взята кровь на ТТГ(236мкМЕ\мл) переведен в эндокринологическое отделение. Следующий пациент доставлен к нам также БСМП. Мужчина, 57 лет с предварительным диагнозом – отек Квинке (шеи, грудной клетки). Была травма – ушиб грудной клетки слева, осмотрен хирургом в одной и дежурных больниц, сделана обезболивающая инъекция. Но так как у пациента появилась какая-то отечность в области шеи, направлен с вышеуказанным диагнозом в ГБ № 4. Дежурным врачом вводились СГКС, антигистаминные препараты – без эффекта. Ранее аллергоанамнез не отягощен. При осмотре обращает на себя внимание выраженная одутловатость шеи, грудной клетки, набухание шейных вен, выраженная одышка смешанного характера, сердцебиения, бледность кожи, аускультативно – дыхание резко ослаблено слева, определяется подкожная крепитация при пальпации грудной клетки, шеи, срочно сделан снимок грудной клетки, переведен в реанимацию, вызван торакальный хирург. Диагноз Вам ясен – пневмоторакс.

Другой пациент оказался у нас в отделении в новогодние праздники, доставлен БСМП с предварительным диагнозом отек Квинке всего тела. Мужчина, 58 лет, последние полгода стал отмечать отечность нижних конечностей, лица, слабость. Из анамнеза: аллергические заболевания отрицает, страдает сахарным диабетом, инсулиннезависимым, гипертонической болезнью. В праздничные дни отечность стала нарастать, вызвал скорую помощь, доставлен в ГБ № 4, госпитализирован в аллергологическое отделение. При расспросе и осмотре выявлено: слабость, сухостью во рту, жажда, потеря аппетита, головную боль, тяжесть в пояснице, уменьшение мочеиспускания. Обращало на себя внимание вялость, малоподвижность, бледность кожи; повышенное шелушение и сухость кожи, а в анализах гипопротеинемия, протеинурия более 3,5г\л. Пациент переведен в ГБ № 6 с предварительным диагнозом Нефротический синдром. Другой интересный случай. К аллергологу в поликлинике обратился мужчина, 60 лет с жалобами на отек мошонки, до этого был осмотрен урологом, урологический диагноз был снят и пациент отправлен к аллергологу. Из осмотра и расспроса пациента: аллергоанамнез не отягощен, болен в течение нескольких месяцев – отеки ног, а теперь и мошонки. Точную причину отека указать не может. Был проконсультирован кардиологом, сделано необходимое обследование в условиях поликлиники. Пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом ХСН. Диагноз отека Квинке был снят. Последний случай, о котором мне бы хотелось, рассказать – это молодой мужчина, 26 лет, обратился в скорую помощь с жалобами на резкое жжение, боль, покраснение, отечность, мелкие высыпания на коже в области спины. Доставлен в ГБ № 4 с предварительным диагнозом крапивница, госпитализирован в аллергологическое отделение. При осмотре и опросе пациента аллергоанамнез не отягощен, болен в течение 1–2-х дней, когда появились вышеука-

занные симптомы. На коже спины, по ходу ребер отмечается покраснение, незначительный отек, мелкие пузырьки. Проведенное лечение дежурным врачом СГКС, антигистаминные препараты эффекта не имели. Заподозрен Herpes soster, по согласованию пациент переведен в клинику специализированных видов помощи.

В заключение мне хочется сказать, что аллергология – это не изолированная медицинская дисциплина и, чтобы грамотно поставить диагноз, нужно осматривать, расспрашивать пациентов и иметь определенный багаж знаний или стараться его приобрести и в других медицинских специальностях!

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ НА ФОНЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КАРНИТИНА ХЛОРИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. Н. Беляев, А. Н. Родин

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Одним из основных механизмов в развитии диабетической ангиопатии нижних конечностей является нарушение липидного обмена и активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Избыточное образование продуктов ПОЛ оказывает цитотоксическое действие, способствуя деструкции и дестабилизации фосфолипидных мембран клеток и субклеточных органелл, что приводит к деструктивным метаболическим нарушениям в тканях.

Цель: изучить интенсивность процессов ПОЛ и активность антиоксидантной системы на фоне внутривенного введения карнитина хлорида и оценить результаты комплексного лечения больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: под наблюдением находились 60 больных с инсулиннезависимым сахарным диабетом (СД), средней степени тяжести. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Длительность течения СД составляла от 3 до 20 лет. Все больные были разделены на две группы.

Пациентам I группы (30 человек) проводилась только адекватная традиционная терапия, с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний.

Больным II группы (30 пациентов) наряду с традиционным лечением применяли ежедневное внутривенное введение карнитина хлорида, в дозе 1 г, разведенной в 200,0 мл физиологического 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью 40–60 капель/ мин. в течение 10 дней.

Для оценки интенсивности ПОЛ определяли уровень малонового диальдегида (МДА) плазмы и эритроцитов при спонтанном и железоиндуцированном (Fe МДА) окислении липидов. Состояние антиоксидантной защиты определя-

лось по уровню активности каталазы в плазме и эритроцитах. Исследования проводились при поступлении больных, на 12–14 и 20–25 сутки лечения.

Результаты: при поступлении у больных отмечалась выраженная активация процессов липопероксидации на фоне депрессии антиоксидантной системы. Отмечалось увеличение содержания в МДА плазме крови в 3,5 раза ($P < 0,001$). Концентрация малонового диальдегида в плазме при железоиндуцированном ПОЛ превышала данные у здоровых людей в 2,3 раз ($P < 0,001$). В эритроцитах также было зафиксировано значительное усиление процессов липидной пероксидации. При спонтанном окислении липидов содержание МДА повышалось на 92,3 % ($P < 0,001$), а при Fe-индуцированном окислении – на 90,2 % ($P < 0,001$) относительно нормальных величин.

При поступлении у больных наблюдалось снижение каталазной активности плазмы крови на 69,3 %, каталазы эритроцитов – на 66,7 % ($P < 0,001$).

На 12–14 сутки традиционного лечения, показатели вторичных продуктов липопероксидации и антиоксидантной защиты, по отношению к данным при поступлении, достоверно не изменялись. Так содержание МДА в плазме уменьшилось на 7,3 %, Fe МДА плазмы – на 5,2 %. Показатель МДА эритроцитов понижался на 6,5 %, Fe – МДА эритроцитов – на 4,7 %.

Традиционная терапия способствовала возрастанию содержания каталазы в плазме на 11,1 % ($P_1 > 0,05$), активность каталазы в эритроцитах увеличилась на 6,1 % ($P_1 > 0,05$), по отношению к данным при поступлении.

Внутривенное введение карнитина хлорида у больных с осложненными формами диабетической стопы на 12–14 сутки приводило к уменьшению содержания МДА плазмы крови на 29,6 ($P_1 < 0,01$), показатель МДА плазмы крови в условиях железоиндуцированного перекисного окисления липидов понижался на 22,4 % по отношению к данным при поступлении ($P_1 < 0,01$). Уровень МДА эритроцитов уменьшался на 18,9 % ($P_1 < 0,05$), Fe – МДА эритроцитов – на 19,3 % ($P_1 < 0,05$), по отношению к данным при поступлении.

Активность каталазы в плазме увеличилась на 33,3 % ($P_1 < 0,01$), в эритроцитах – на 31,2 % ($P_1 < 0,001$), относительно данным при поступлении.

На 20–22 сутки традиционного лечения содержание МДА в плазме крови уменьшилось на 18,5 % ($P_1 < 0,05$), Fe – МДА плазмы – на 7,9 % ($P_1 < 0,05$). Уровень МДА в эритроцитах снижался на 10,5 % ($P_1 < 0,05$), Fe – МДА в эритроцитах на 10,2 % ($P_1 < 0,05$). Показатель каталазной активности в плазме увеличился на 24,5 % ($P_1 < 0,05$), в эритроцитах рост активности данного фермента составил 33,5 % ($P_1 < 0,05$) по отношению к данным при поступлении.

Внутривенное введение карнитина хлорида по сравнению с традиционной терапией к 20–22 суткам оказывало более заметное корректирующее воздействие на процессы липопероксидации и каталазную активность, которое подтверждалось динамикой исследуемых показателей.

Показатель МДА в плазме снижался на 36,4 %, ($P_1 < 0,001$), Fe – МДА плазмы – на 28,3 % ($P_1 < 0,001$), МДА эритроцитов при спонтанном и железоиндуцированном окислении липидов на 26,3 % ($P_1 < 0,01$) и 28,5 % ($P_1 < 0,01$), соответственно, по отношению к данным при поступлении.

На фоне снижения интенсивности процессов липопероксидации отмечалось увеличение уровня каталазы в плазме на 48,8 %, каталазы в эритроцитах – на 53,5 % ($P_1 < 0,001$), относительно данных при поступлении.

Заключение. Установлено, что внутривенное введение карнитина хлорида, по сравнению с традиционным лечением оказывало более выраженное ингибирующее действие на процессы липопероксидации, что способствует уменьшению риска сосудистых осложнений.

ИЗМЕНЕНИЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ ПРИ РЕГИОНАРНОМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕКСИДОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Беляев, А. Н. Родин

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Лечение сахарного диабета остается одной из актуальных медико-социальных проблем современности. Широкая распространенность, ранняя инвалидизация и высокая смертность определили сахарный диабет в качестве приоритетов национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира.

Важную роль в патогенезе осложнённых форм диабетической стопы играет нарушение системы гемостаза в виде гиперкоагуляционного синдрома, угнетение фибринолитической активности, гиперагрегации тромбоцитов, повышения вязкости крови. Вследствии данных нарушений гемостаза и реологических свойств крови возникает состояние хронического ДВС-синдрома. Одним из основных механизмов нарушения системы гемостаза является активация перекисного окисления липидов, при котором нарушается равновесие между антитромбогенными и тромбогенными факторами в сторону преобладания последних.

Цель работы. Изучение изменения активности фибринолитической системы при регионарном внутриартериальном и внутрикостном введении мексидола у больных с осложнёнными формами диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 60 пациентов с осложнёнными формами диабетической стопы.

Больным первой группы (60 человек) на фоне адекватной традиционной терапии с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний проводили регионарное внутриартериальное введение мексидола в бедренную артерию поражённой конечности в дозе 400 мг разведённой на 15 мл изотонического раствора натрия хлорида 1 раз ежедневно, в течение 10 дней. Для предупреждения развития гематомы сдавливали место пункции артерии в течение 1–2 мин марлевым тампоном.

Во второй группе (60 человек) на фоне традиционной терапии осуществляли внутрикостное введение мексидола в дозе 400 мг/сутки в течение 10 дней, в пяточную кость поражённой конечности. На нижнюю треть голени, при этом,

накладывали жгут и сохраняли его в течение 15 мин после введения лекарственного препарата.

Активность фибринолитической системы оценивали по определению спонтанного фибринолиза по Б.И. Кузнику, эуглобулинового лизиса после искусственной контактной активации фактора XII каолином (Хагеман-зависимый фибринолиз), эуглобулиновому лизису по Kowarzik, Buluck до и после компрессии манжетой конечности в течении 3-х мин при давлении на 10 мм рт. ст. выше систолического (В. П. Балуда, 1989).

Забор крови для исследования производили из вены локтевого сгиба при поступлении больного в клинику, на 5-е сутки, 10–12-е сутки и 20–22-е сутки лечения.

Результаты исследования. Определяя активность плазминовой системы на момент поступления больных в стационар отмечалась выраженная депрессия литической способности крови. На это указывало угнетение спонтанного фибринолиза на 11 % ($P < 0,001$), Хагеман-зависимого фибринолиза на 69 % ($P < 0,001$) и лизиса эуглобулинов на 25 % ($P < 0,01$).

На 5-е сутки в первой группе спонтанный фибринолиз снижался на 5 %, во второй возрастал на 2 %; на 10–12-е сутки СФ снижался в первой группе на 2 %, во второй возрастал на 4 %; на 20–22-е сутки возрастал в первой группе на 3 %, во второй – на 7 %.

Хагеман – зависимый фибринолиз на 5-е сутки в первой группе возрастал на 4 %, во второй на 16 %; на 10-12-е сутки – на 9 % и на 22 % соответственно; на 20-22-е сутки на 13 % и на 27 %.

Эуглобулиновый лизис на 5-е сутки в первой группе возрастал на 5 %, во второй группе – на 10 %; на 10–12-е сутки – на 7 % и на 12 %, на 20–22-е сутки – на 10 и на 15 %.

Заключение. Таким образом, регионарное внутрикостное введение мексидола у больных с осложнёнными формами диабетической стопы способствует более ранней активации фибринолитической системы по сравнению с внутриартериальным путём введения.

КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕГИОНАРНОМ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Беляев, А. Н. Родин

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Важную роль в патогенезе осложнённых форм диабетической стопы играют нарушения системы свёртывания крови в виде гиперкоагуляционного синдрома, повышения вязкости крови.

Цель работы. Изучить изменения некоторых показателей гемостаза при регионарном внутрикостном введении мексидола у больных с осложненными формами диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 60 пациентов с осложненными формами диабетической стопы.

Больным контрольной группы (30 человек) проводилась только адекватная традиционная терапия с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний. В основной группе (30 человек) на фоне традиционной терапии осуществляли внутрикостное введение мексидола в дозе 400 мг/сутки в течение 10 дней, в пятую кость поражённой конечности. На нижнюю треть голени, при этом, накладывали жгут и сохраняли его в течение 15 мин после введения лекарственного препарата.

Состояние гемостаза оценивали по времени свертывания крови по Ли-Уайту, времени рекальцификации плазмы, каолиновому времени, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), тромбиновому времени, содержанию фибриногена в плазме, уровню протромбинового индекса, активности фибрин-стабилизирующего фактора и антитромбина III. Забор крови для исследования производили из вены локтевого сгиба при поступлении больного в клинику, на 5-е сутки, 10–12-е сутки и 20–22-е сутки лечения.

Результаты исследования. При исследовании крови при поступлении отмечали сдвиги коагулограммы в сторону гиперкоагуляции. Время свертывания крови составляло $6,6 \pm 0,2$ мин, время рекальцификации – $84,6 \pm 0,8$ с, каолиновое время – $68,7 \pm 0,4$ с, тромбиновое время равнялось $18,1 \pm 0,7$ с, АЧТВ – $26,3 \pm 0,3$ с, фибриноген плазмы составил $4,6 \pm 0,08$ г/л, протромбиновый индекс – $94,6 \pm 2,0$ %, активность фибриназы и антитромбина III составляла $54,8 \pm 8$ % и $60,1$ %.

На 5-е сутки лечения в контрольной группе, по сравнению с показателями при поступлении время свертывания крови укорачивалось в 1,1 раза, время рекальцификации плазмы – в 1,05 раза, АЧТВ – в 1,1 раза, тромбиновое время удлинялось в 1,04 раза, укорочение каолинового времени наблюдалось в 1,02 раза, активность фибрин-стабилизирующего фактора и антитромбина III снижалась на 5,7 % и 5,9 % соответственно, уровень фибриногена возрастал в 0,9 раза, протромбиновый индекс увеличивался на 15,5 %.

На 10–12 сутки на фоне традиционного лечения, по сравнению с данными, полученными на 5-е сутки время свертывания крови удлинялось на 2 %, время рекальцификации и каолиновое время на 3,7 %, АЧТВ – на 3 %, укорочение тромбинового времени на 2 %, снижение уровня фибриногена на 9 %, протромбиновый индекс сокращался на 18 %, активность антитромбина III и фибрин-стабилизирующего фактора возрастала на 2,2 % и 0,9 % соответственно.

На 20–25-е сутки в контрольной группе время свертывания крови составило $6,5 \pm 0,2$ мин, время рекальцификации – $104,9 \pm 0,1$ с, АЧТВ – $28,3 \pm 0,4$ с, тромбиновое время – $17,6 \pm 0,1$ с, каолиновое время – $73,6 \pm 1,1$ с, протромбиновый индекс – $89,0 \pm 1,2$ %, активность антитромбина III и фибрин-стабилизирующего фактора приравнивалась к $58,7 \pm 3,3$ % и $54,2 \pm 2,8$ % соответственно, фибриноген плазмы равнялся $3,4 \pm 0,7$ г/л.

В основной группе уже на 5-е сутки лечения, по сравнению с контрольной, отмечалось менее выраженное нарастание коагулирующей активности исследуемой крови. Время свертывания крови удлиннялось в 1,05 раза, время рекальцификации плазмы и каолиновое время – в 1,02 раза, тромбиновое время укорачивалось в 1,03 раза, АЧТВ удлиннялось на 5 %, снижение уровня фибриногена происходило на 9 %, протромбиновый индекс сокращался на 11,6 %, активность антитромбина III и фибрин-стабилизирующего фактора возрастала на 3,9 % и 4 % соответственно.

На 10–15 сутки, на фоне внутрикостного введения мексидола по сравнению с показателями контрольной группы время свертывания крови удлиннялось в 1,2 раза, время рекальцификации плазмы – в 1,04 раза, АЧТВ – в 1,6 раза, тромбиновое и каолиновое время возрастали в 1,02 раза и 1,01 раза соответственно, уровень фибриногена снижался в 1,01 раза, протромбиновый индекс сокращался на 2,5 %, активность антитромбина III и фибрин-стабилизирующего фактора возрастала на 7,8 % и 4,9 % соответственно.

На 20–22-е сутки лечения в основной группе время свертывание крови составило $7,3 \pm 0,1$ мин. Время рекальцификации плазмы – $105,9 \pm 2,4$ с, АЧТВ – $30,3 \pm 0,7$ с, фибриноген плазмы – $3,1 \pm 0,4$ г/л, тромбиновое время – $16,8 \pm 0,5$ с, каолиновое время – $82,3 \pm 0,9$ с, активность антитромбина III и фибрин-стабилизирующего фактора приравнивалась к $66,8 \pm 2,4$ % и $62,7 \pm 1,1$ % соответственно, протромбиновый индекс составил 81,3 %.

Заключение. Таким образом, регионарное внутрикостное введение мексидола у больных с осложненными формами диабетической стопы способствует более ранней стабилизации гиперкоагуляции по сравнению с традиционным лечением.

КОРРЕКЦИЯ ОЗОНОМ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

А. Н. Беляев, С. В. Костин, С. А. Беляев, С. А. Козлов

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Введение. Обтурация холедоха приводит не только к функциональным и морфологическим изменениям печени, но и выраженным нарушениям органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Медицинский озон является универсальным, многокомпонентным средством, влияющим на ключевые звенья патогенеза обтурационного холестаза и в полной мере может быть использован в комплексной терапии данного состояния.

Цель работы состояла в изучении эффективности инфузий озонированного 0,9 % раствора натрия хлорида в коррекции нарушений поджелудочной железы при остром обтурационном холестазе.

Материал и методы исследования. Нами проведены эксперименты на 35 собаках. Исследования проводились в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации о гуманном отношении к животным (2000 г.). Под тиопентал – натриевым наркозом животным моделировали внепеченочный холестаз. При холестазе наиболее выраженные изменения биохимических показателей возникали на третьи сутки, поэтому декомпрессию билиарного тракта производили в эти сроки.

Животные были распределены на 5 серий. В 1 серии экспериментов ($n = 7$) проводили моделирование механической желтухи без удаления лигатуры. Во 2 серии ($n = 7$) на третьи сутки осуществляли удаление лигатурной перетяжки. Выведение из эксперимента животных 1 и 2 серии проводили на 3, 7 и 15 сутки соответственно. В 3 серии ($n = 7$) после выполнения декомпрессии желчевыводящих путей проводили внутривенное капельное (40–60 кап/мин) введение 0,9 % раствора натрия хлорида (ФР) в объёме 20 мл/кг. В 4 ($n = 7$) и 5 ($n = 7$) сериях экспериментов проводили изучение влияния озонированного изотонического раствора натрия хлорида (ОФР). ОФР получали путём барботирования 0,9 % раствора натрия хлорида озono-кислородной смесью, с помощью озонатора АОН-01-Арз. Концентрация озона в озonoкислородной смеси на выходе из озонатора составляла 2500 мкг/л.

Результаты. Выявляемые биохимические нарушения позволяют утверждать о развитии выраженного холестатического, цитолитического и мезенхимально-воспалительного биохимических синдромов, характеризующих данное состояние как механическую желтуху.

У животных первой серии экспериментов, развитие механической желтухи сопровождалось интенсификацией процессов перекисного окисления липидов с одновременным истощением ферментов антиоксидантной защиты, о чём свидетельствовало увеличение значений максимальной интенсивности свечения ($I_{\max}$) и светосуммы (S) определяемых при хемилюминесценции. Показатель $I_{\max}$ увеличивался на 3 сутки эксперимента в 2,7 раза ($p < 0,01$), а на 15 сутки в 4,7 раза ($p < 0,01$) относительно исходного. Светосумма на 3 и 15 сутки холестаза превышала исходные данные в 2,6 и 4 раза ($p < 0,05$).

В морфологической картине поджелудочной железы на третьи сутки обтурации холедоха были отмечены изменения, которые проявлялись в гиперемии кровеносных сосудов междолькового и внутридолькового пространства с явлениями стаза крови. Отмечался выраженный отёк стромы поджелудочной железы. В ациноцитах наблюдались явления вакуольной дистрофии, отмечалась гиперемия капилляров островков Лангерганса.

Декомпрессия холедоха (2 серия) препятствовало развитию дальнейших нарушений гомеостаза, однако не сопровождалось значительным восстановлением маркеров цитолиза гепатоцитов и процессов липопероксидации. Восстановление пассажа желчи по билиарному тракту и внутривенные инфузии 0,9 % раствора натрия хлорида (3 серия) приводило к снижению содержания альфа-амилазы и липазы, оставаясь при этом выше исходного уровня в 1,6 и в 1,9 раза ($p < 0,01$) соответственно.

В ответ на проведение озонотерапии наблюдалось снижение уровня эндотоксикоза у животных 4 и 5 серий экспериментов, более выраженное при внутрипортальном введении озона. Снижение уровня мочевины и креатинина (в 1,5 и 2 раза соответственно) нами рассматривалось как косвенный признак улучшения дезинтоксикационной функции печени.

Внутривенная инфузия ОФР сопровождалась снижением уровня альфа-амилазы и липазы в системном кровотоке на 7 сутки эксперимента, оставаясь увеличенным на 18 и 27 % ($p < 0,01$) при внутривенном и на 12 и 7,5 % ($p < 0,01$) при внутрипортальном введении.

При гистологическом исследовании поджелудочной железы на седьмые сутки введения ОФР на фоне декомпрессии общего желчного протока купировались реактивные нарушения структуры железы. Микроскопическое исследование поджелудочной железы выявляло уменьшение дистрофических явлений в ациноцитах. В строме наблюдались единичные гиперемизированные сосуды с явлениями периваскулярного отёка. Выводные протоки не имели признаков повреждения, купировался отёк межацинарного пространства.

Выводы. 1. Изменения в поджелудочной железе при обтурационном холестазе характеризуются повышением уровней альфа-амилазы, липазы и глюкозы. Морфологические изменения на ранних сроках обтурации холедоха характерны для отёчной стадии острого панкреатита и носят обратимый характер.

2. Введение озонированного 0,9 % раствора натрия хлорида при остром обтурационном холестазе приводят к снижению уровня малонового диальдегида и повышению уровня каталазы относительно третьих суток компрессии жёлчных путей и сопровождаются коррекцией метаболической активности поджелудочной железы.

3. Внутрипортальная инфузионная терапия озонированным физраствором при остром обтурационном холестазе, по сравнению с внутривенной, сопровождается более выраженной коррекцией функционального состояния поджелудочной железы, что проявляется большим снижением уровней альфа-амилазы и липазы, а также улучшением морфологического состояния поджелудочной железы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАРНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Беляев, А. Н. Родин

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Модовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», г. Саранск*

Цель исследования. Оценить выраженность нарушений гемостаза и степень их коррекции при включении регионарного внутриартериального введения мексидола в комплексное лечение осложнённых форм диабетической стопы.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов с осложненными формами диабетической стопы. Больным контрольной группы (30 человек) прово-

дилась только адекватная традиционная терапия с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний. Больным второй группы (30 человек) на фоне традиционной терапии осуществляли внутривенное введение мексидола в дозе 400 мг/сутки в течение 10 дней, разведённой на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида. Больным третьей группы (30 человек) проводили внутриартериальное введение мексидола в бедренную артерию пораженной конечности в течение 10 дней в дозе 400 мг/сутки, разведённой на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Состояние гемостаза оценивали по времени рекальцификации плазмы, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), содержанию фибриногена в плазме, активности антитромбина III, уровню растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК). Активность фибринолитической системы оценивали по определению спонтанного фибринолиза по Б.И. Кузнику, эуглобулинового лизиса после искусственной контактной активации фактора XII каолином (Хагеман-зависимый фибринолиз). Забор крови для исследования производили из вены локтевого сгиба при поступлении больного в клинику, на 5-е, 10–12-е, и 20–22-е сутки лечения.

Результаты. Полученные данные при поступлении у больных с осложнёнными формами диабетической стопы свидетельствовали о повышенной активности коагуляционного гемостаза с выраженной фибриногемией, увеличением уровня РФМК на 68 % ($P < 0,001$) и снижением антитромбина III на 40 % ($P < 0,001$). При изучении плазминовой системы определялась выраженная депрессия литической активности крови: отмечалось снижение спонтанного фибринолиза на 11 % ($P < 0,001$) и Хагеман-зависимого фибринолиза на 69 % ($P < 0,001$).

На 5-е сутки традиционной терапии изменения гемостазиограммы сдвигались в сторону гиперкоагуляции и угнетения антисвёртывающих механизмов. К 10–12-м суткам определялась тенденция к незначительному снижению коагуляционной активности крови, сохраняющаяся к 20–22-м суткам, однако достоверных изменений показателей активности антикоагулянтов и фибринолиза не наблюдалось.

Во второй группе больных отмечалось малозначительное снижение коагулемии и активация противосвёртывающих механизмов. Нами установлено, что на 5-е сутки, относительно данных первой группы, время рекальцификации увеличивалось на 5 % ($P < 0,01$), АЧТВ – на 10,5 % ($P < 0,001$). На протяжении последующего периода наблюдения изучаемые показатели значительно не изменялись. Исследование содержания РФМК показало, что на 5-е сутки лечения их концентрация снижалась на 5 % ($P < 0,01$), достигая к 20–22-м суткам 9 % ($P < 0,001$).

При регионарном внутриартериальном введении мексидола, по сравнению с внутривенным способом введения, изменения коагуляционного гемостаза проявлялись в виде снижения активности начальной фазы свёртывания крови, на что указывало удлинение АЧТВ – на 8 % ($P < 0,001$), 9 % ($P < 0,01$) и 7 % ($P < 0,001$) соответственно на 5-е, 10–12-е и на 20–22-е сутки. При определении

времени рекальцификации плазмы динамика была схожей на протяжении всего периода наблюдения. Снижение уровня фибриногенемии к 20–22-м суткам наблюдения происходило на 6 % ($P < 0,01$).

Снижение уровня РФМК к 10–12-м суткам достигало 16 % ($P < 0,001$), а на 20–22-е сутки – на 23 % ($P < 0,001$).

Ранняя стабилизация коагуляционного каскада подтверждалась ростом активности антитромбина III на 10 % ($P < 0,001$) и 9 % ($P < 0,001$) на 10–12-е и 20–22-е сутки соответственно. Достоверный рост активности системы фибринолиза выявлялся к 10–12-м суткам на 8 % ($P < 0,01$).

Выводы. Метод внутриартериального введения мексидола, по сравнению с внутривенным, сочетая в себе преимущества регионарной терапии, позволяет создать более высокую концентрацию в очаге поражения, что способствует выраженному снижению гиперкоагулемии, активации антикоагулянтной системы и фибринолиза.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

О. А. Бирючкова¹, О. П. Виноградова²

¹ГБУЗ ПОДКБ им Н. Ф. Филатова, г. Пенза

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (ВЗОМТ) – занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости во всем мире.

Нами были обследованы 130 женщин, 90 из которых обратились за помощью в медицинские учреждения города Пензы в период с 2011 по 2015 гг. по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза, и 40 женщин-доноров репродуктивного возраста, обследованных на станции переливания крови.

Тактически важным было отделить пациенток с легкой и средней степенью тяжести воспалительного процесса от пациенток с тяжелой степенью ВЗОМТ. Так как, согласно, приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» гинекологические пациентки с тяжелой степенью ВЗОМТ должны быть госпитализированы в гинекологические стационары для уточнения диагноза и тактики дальнейшего ведения с помощью инвазивных процедур. Пациентки со средней и легкой степенями тяжести воспалительного процесса должны обследоваться и лечиться амбулаторно. Очевидно, что затраты на лечение в условиях стационара гораздо выше, чем затраты на обследование и лечение пациенток в амбулаторно-поликлиническом звене. Поэтому, обоснованная маршрутизация пациенток с ВЗОМТ позволяет не только улучшить лечение, предотвратив хронизацию процесса и

другие негативные последствия воспаления органов малого таза, но и обеспечить грамотное распределение материальных ресурсов, выделяемых на обследование и лечение пациенток с ВЗОМТ.

Проведенное нами лабораторное обследование включало в себя помимо стандартных исследований, предусмотренных приказом № 572Н изучение системы гемостаза (Д-димера, фибриногена, растворимого фибринмономерного комплекса) и некоторых маркеров воспаления (скорости оседания эритроциты, уровня ультрачувствительного С-реактивного белка).

Проанализировав, полученные результаты, мы выявили, что при ВЗОМТ имеет место синдром гиперкоагуляции. Диагностическое значение в оценке степени тяжести заболевания имеет определение уровня Д-димера (при легкой степени от 83,5 до 159,5 нг/мл; при средней степени от 159,6 до 418 нг/мл и при тяжелой степени более 419 нг/мл), РФМК (легкая степень: до 3,525 мг/100 мл; средняя степень: от 3,526 до 5,25 мг/100мл; тяжелая степень более 5,26 мг/100мл) и фибриногена (при легкой степени до 3,15 г/л; при средней степени от 3,16 до 4,15 г/л и при тяжелой степени более 4,16г/л).

Кроме того, в оценке степени тяжести ВЗОМТ имеет значение повышение уровня ультрачувствительного С-реактивного белка в сыворотке крови (при легкой степени от 0,775 до 1,98 мг/л; при средней степени от 1,99 мг/л до 3,56 мг/л и при тяжелой степени более 3,56 мг/л).

Также, в ходе исследования были установлены прямые корреляционные связи между тяжестью заболевания и изменениями содержания в сыворотке крови Д-димера, фибриногена, растворимого фибрин мономерного комплекса, ультрачувствительного С-реактивного белка, скоростью оседания эритроцитов. Таким образом, подтверждена возможность использования маркеров системы гемостаза и маркеров воспаления в диагностике степени тяжести ВЗОМТ.

Для осуществления маршрутизации больных ВЗОМТ с целью исключения необоснованной госпитализации пациенток легкой и средней степенями тяжести воспалительного процесса следует использовать определение маркеров системы гемостаза (Д-димер, фибриноген, растворимый фибрин мономерный комплекс) и воспаления (ультрачувствительный С-реактивный белок).

- Уровни Д-димера (при легкой степени от 83,5 до 159,5нг/мл; при средней степени от 159,6 до 418 нг/мл) – показание для амбулаторного лечения. При уровне Д-димера 418 нг/мл и более показана госпитализация в стационар.

- Уровни РФМК до 3,525 мг/100 мл – легкая степень и от 3,526 до 5,25 мг/100 мл – средняя степень тяжести воспалительного процесса – показание для амбулаторного лечения пациентки; Значение РФМК 5,26 мг/100 мл и более соответствует тяжелой степени ВЗОМТ и требует стационарного дообследования.

- Повышение уровня ультрачувствительного С-реактивного белка в сыворотке крови (от 0,775 до 1,98 мг/л (легкая степень ВЗОМТ) и от 1,99 мг/л до 3,56 мг/л (средняя степень ВЗОМТ) не требует госпитализации в стационар. В то время как, значение ультра СРБ более 3,56 мг/л соответствует тяжелой степени ВЗОМТ и требует госпитализации в отделение гинекологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Н. Н. Бисерова, Т. А. Тришина, Е. В. Дунилина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Ожирение – одна из самых распространенных форм нарушений жирового обмена. Частота его не имеет тенденции к снижению, особенно в экономически развитых странах, где число беременных с этой патологией достигает 15,5–26,9 %. В настоящее время известно, что ожирение отрицательно влияет на функцию различных органов и систем, создавая предпосылки для развития экстрагенитальных заболеваний и снижения сопротивляемости инфекциям, повышающих риск развития патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин.

Цель исследования: выявить особенности течения беременности и родов у женщин, страдающих ожирением различной степени тяжести.

Нами ретроспективно было проанализировано течение беременности и родов у 75 первородящих женщин, страдающих ожирением различной степени тяжести. Степень ожирения определялась по классификации ВОЗ и основывалась на расчете индекса массы тела. Ожирение I ст. (ИМТ 30–34,9 кг/м²) имело место – у 18 (24,0 %), II ст. (ИМТ 35–39,9 кг/м²) – у 36 (48,0 %) и III ст. (ИМТ ≥ 40 кг/м²) у 21 (28,0 %) родивших. Средний возраст обследованных был сопоставим во всех группах и составил 27,7±4,7 лет.

Экстрагенитальные заболевания такие как, как артериальная гипертензия, вегетососудистая дистония, хронический пиелонефрит наблюдались у 8 (44,4 %) беременных с I ст. ожирения, у 13 (36,1 %) – со II ст. и у 7 (33,3 %) – с III ст. Отягощенный гинекологический анамнез выявлен у 54 (72,0 %) родивших. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания женских половых органов: у 3 (16,6 %); 5 (13,9 %) и 8 (38,0 %) женщин соответственно степени тяжести ожирения; аналогично бесплодие: у 2 (11,1 %) – 2 (5,6 %) и 3 (14,3 %) беременных. Высокая частота экстрагенитальных и гинекологических инфекционно-воспалительных заболеваний свидетельствует о снижении иммунологической и неспецифической резистентности организма беременных, что способствует повышению риска перинатального инфицирования и развития послеродовых инфекций у матери и ребенка.

Осложненное течение беременности имело место у всех родивших независимо от степени тяжести ожирения. Основным осложнением была преэклампсия, которая наблюдалась у 20 (26,7 %) беременных. При I ст. ожирения – у 3 (15,0 %), при II и III ст. – у 6 (30,0 %) и 11 (55,0 %) женщин соответственно, т.е. при III ст. ожирения беременность осложнилась преэклампсией почти в 3 раза чаще, чем при I и II ст. Ранние токсикозы наблюдались более чем у половины беременных, независимо от степени тяжести ожирения. Беременность осложнилась угрозой прерывания у 9 (50,0 %) беременных с I ст. ожирения, у 16 (44,4 %) – со II ст. и у 18 (85,7 %) – с III ст. С увеличением степени ожире-

ния у беременных повышалась частота анемии: 8 (44,4 %) – 21 (58,3 %) – 18 (85,7 %) соответственно.

Роды произошли в срок у 18 (83,3 %) родильниц с I ст. ожирения, у 29 (80,6 %) – с II ст. и у 18 (90,4 %) – с III ст. У 71 (94,7 %) женщины роды произошли в головном предлежании, у 4 (5,3 %) – в тазовом. Осложненное течение родов имело место у 63 (84,0 %) родивших и с нарастанием степени тяжести ожирения процент осложнений увеличивался (83,3, 81,0 и 90,3 % соответственно). Дородовое излитие вод наблюдалось при I ст. ожирения – у 8 (53,3 %), при II ст. – у 25 (86,2 %), при III ст. – у 14 (73,7 %) женщин. Слабость и дискоординированная родовая деятельность имели место у 7 (46,7 %), 15 (51,7 %) и 10 (52,6 %) рожениц соответственно.

При II и III степени ожирения отмечен рост числа аномалий родовой деятельности, преэклампсии, требующих интенсивной терапии. Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено в 25,3 % случаев у рожениц со II и III ст. ожирения, причем при II ст. – 7 (46,6 %), при III ст. – 8 (53,3 %). Из них в плановом порядке по совокупности акушерско-гинекологических и экстрагенитальных показаний – 5,3 %. Показаниями к экстренному абдоминальному родоразрешению послужили: упорная слабость родовой деятельности и отсутствие эффекта от родовозбуждения при дородовом излитии околоплодных вод.

Родилось 75 детей: 47 девочек и 28 мальчика. Средняя масса новорожденных была следующая: I степень ожирения – $3238,8 \pm 274,1$ г, II степень – $3540,3 \pm 327,2$ г, III степень – $3803,7 \pm 328,6$ г. С оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов родилось 70 детей, у 5 детей выявлена внутриутробная гипоксия плода (оценка по Апгар 6–7 баллов).

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

- ожирение является отрицательным преморбидным фоном для развития осложнений беременности и родов;
- наиболее неблагоприятным является ожирение III степени, при котором в 3 раза чаще беременность осложняется преэклампсией и клиникой угрозы прерывания беременности;
- при III степени ожирения у каждой второй роженицы роды осложнились аномалиями родовой деятельности. Процент родоразрешения путем операции кесарево сечение составил 8 (53,3 %).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МИФЕПРИСТОНА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С «НЕЗРЕЛОЙ» И «СОЗРЕВАЮЩЕЙ» ШЕЙКОЙ МАТКИ

Н. Н. Бисерова, Е. С. Твердык

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Одной из главных задач акушерства на сегодняшний день является обеспечение благополучного исхода беременности и родов, как для матери, так и

для плода. По мнению ученых и специалистов-практиков почти все беременные женщины нуждаются в подготовке к родам: психопрофилактика, медикаментозная подготовка и др. Это обусловлено большим процентом беременных женщин с экстрагенитальной патологией, первородящих старше 30 лет, женщин с бесплодием анамнезе, у которых выше процент перенесенной беременности.

Своевременная и адекватная подготовка беременных к родам позволяет рассчитывать на достижение «зрелости» шейки матки, на самостоятельное начало родовой деятельности и снижение процента родоразрешения путем операции кесарево сечение.

Препаратом, с помощью которого можно успешно и физиологично подготовить беременную женщину к родам, является антигестаген «Мифепристон». Механизм действия Мифепристона заключается в тормозящем влиянии на прогестерон.

Цель данной работы – оценить эффективность препарата Мифепристон в подготовке родовых путей у первородящих беременных с «незрелой» и «созревающей» шейкой матки.

На базе Перинатального центра г. Пензы были обследованы 40 беременных женщин в возрасте от 18 до 39 лет со сроком беременности от 37 до 42 недель. Все беременные были распределены на 2 группы:

- 1 группа 20 беременных с «незрелой» шейкой матки (0–5 баллов по шкале Бишопа);
- 2 группа 20 беременных с «созревающей» шейкой матки (6–8 баллов по шкале Бишопа).

Беременные обеих групп сопоставимы по гинекологическому анамнезу, наличию экстрагенитальных заболеваний и течению настоящей беременности. Показаниями к подготовке шейки матки явились: необходимость досрочного родоразрешения (умеренная преэклампсия, внутриутробная задержка развития плода 1–2 ст.) и тенденция к перенашиванию.

Всем беременным было проведено полное клинико-биохимическое обследование, УЗИ плода и плаценты, оценка состояния плода по данным КТГ, оценка кровотока мать-плацента-плод по данным УЗДГ. Подготовка родовых путей Мифепристоном назначалась после получения данных об удовлетворительном состоянии плода по данным КТГ.

В 1 группе из 20 беременных подготовка Мифепристоном проводилась однократно у 7 (35 %), двукратно у 13 (65 %) женщин. В результате шейка стала зрелой в 85 % случаев (17 беременных). Эффект отсутствовал у 3 беременных (15 %), из них 1 беременная была прооперирована в связи с выраженными нарушениями состояния плода по данным КТГ, а двум беременным был дополнительно введен препидил-гель в задний свод влагалища, что привело к «созреванию» шейки матки. Таким образом, общий эффект от подготовки родовых путей составил 95 % (19 беременных).

Из 19 беременных роды через естественные родовые пути произошли у 16 (80 %). Из них у 14 беременных (70 %) были проведены программированные

роды (амниотомия с последующим родовозбуждением), у 2 беременных (10 %) произошло родовое излитие околоплодных вод с последующим развитием регулярной родовой деятельности. Средняя продолжительность родового акта составила 6 часов 10 минут. Родоразрешение путем операции кесарево сечение произведено в 3 случаях (15,8 %) – операции были произведены по акушерским показаниям (аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз).

Во 2 группе (20 беременных) подготовка шейки матки Мифепристоном однократно проводилась у 15 беременных (75 %), двукратно у 5 беременных (25 %). Эффект отсутствовал в двух случаях (10 %), что потребовало дополнительного введения препидил-геля в задний свод влагалища, что привело к полному «созреванию» шейки матки.

Таким образом, общий эффект от подготовки шейки матки во 2 группе составил 100 %.

У 15 беременных (75 %) данной группы роды произошли через естественные родовые пути, из них в 5 случаях (66,7 %) были проведены программные роды, у 5 беременных (33,3 %) произошло родовое излитие околоплодных вод с последующим развитием регулярной родовой деятельности. Средняя продолжительность родового акта составила 5 часов 50 минут. У 5 рожениц (25 %) роды закончились оперативным путем. Кесарево сечение произведено по акушерским показаниям (аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз).

Все дети рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов.

Выводы:

1. Препарат Мифепристон высоко эффективен при подготовке шейки матки к родам у первородящих женщин как с «незрелой», так и «созревающей» шейкой матки (85 и 90 % соответственно).

2. Разница в эффективности препарата при «незрелой» и «созревающей» шейке матки не достоверна.

3. У беременных с «незрелой» шейкой матки чаще требуется двукратное применение Мифепристона – 13 беременных (65 %), тогда как при «созревающей» шейке – 5 беременных (25 %)

4. Подготовка родовых путей Мифепристоном не снижает процент родоразрешения путем операции кесарево сечение (20 % в первой группе и 25 % во второй группе)

5. Мифепристон не оказывает отрицательного влияния на внутриутробное состояние плода

ВАРИАНТЫ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РАЗНЫМИ СТЕПЕНЯМИ ОЖИРЕНИЯ

Т. П. Болотина, М. Ю. Сергеева-Кондраченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Цель: изучить эффективность различных вариантов контроля гликемии у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, артериальной гипертензией (АГ) и разными степенями ожирения

Материалы и методы: под динамическим наблюдением находилось 94 пациента с СД 2 типа и АГ, имеющих разные степени ожирения (классификация ВОЗ, 1997 г.). В зависимости от степени ожирения пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с СД 2 типа, АГ и I степенью ожирения – 33 человека, во 2-ю – 31 человек, в 3-ю – 30 человек с СД 2 типа и АГ, имеющие II и III степень ожирения соответственно. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, степени АГ, продолжительности СД 2 типа. Пациенты каждой группы получали сахароснижающие препараты из группы бигуанидов в комбинации с производными сульфанилмочевины. В начале исследования и через 3, 6, 9 и 12 месяцев пациенты проходили обследование, которое включало определение гликированного гемоглобина (HbA1c), уровня артериального давления (АД), веса с подсчетом индекса массы тела (ИМТ), оценку уровня знаний о СД 2 типа. Ежемесячно проводились визиты, на которых с учетом данных дневников самоконтроля давались рекомендации по диетотерапии и физической активности. Исследование гликемии осуществлялось с помощью прибора для непрерывного мониторингирования глюкозы крови – CGMS (Continuous Glucose Monitoring System) аппаратом CGMS System Gold MMT-7102 фирмы Medtronic MiniMed, США в течение 3-х суток на старте и через 48 недель наблюдения. Система CGMS предназначена для непрерывной записи данных о содержании глюкозы в интерстициальной жидкости 288 раз за сутки, причем мониторингирование гликемии происходило в закрытом режиме. Обработка результатов непрерывного мониторингирования гликемии, проводилась с помощью специальной компьютерной программы Minimed Solution Software. Кроме того, больные на протяжении всего периода исследования с помощью портативного глюкометра одной фирмы производителя оценивали состояние компенсации углеводного обмена по гликемическому профилю (тощачовая, пре- и постпрандиальная гликемия). Все данные самоконтроля гликемии заносились пациентом в дневник самоконтроля с графическим отображением полученных результатов. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты: средний возраст обследованных составил $56,5 \pm 4,5$ года, преобладали женщины – 78 %. Средняя продолжительность АГ в исследуемых группах составила $8,3 \pm 1,5$ лет, длительность СД 2 типа – $13,2 \pm 1,5$ года. За период наблюдения у пациентов с высокой приверженностью лечению отмеча-

лось существенное улучшение показателей углеводного обмена, выражающееся в статистически значимом снижении уровня HbA1c, гликемии натощак, а также постпрандиальной гликемии. Кроме того, отмечалось достоверное снижение ИМТ, что вероятно, могло быть связано с жёстким соблюдением рекомендаций по рациональному питанию. По данным непрерывного мониторингирования гликемии были вычислены средние значения гликемии в начале и в конце исследования, они так же достоверно снизились. Более того, средний уровень гликемии, вычисленный по показателям CGMS, практически совпадал со средним уровнем гликемии, вычисленным по данным самоконтроля. Таким образом, если больной контролировал гликемию как минимум 3 раза в день и не менее 14 дней в месяц, то средний уровень гликемии, вычисленный по результатам самоконтроля, не отличался от среднего уровня гликемии по данным CGMS. Таким образом, контроль гликемии был сопоставим в трех группах.

Выводы: учитывая, что средний уровень гликемии, полученный по результатам структурированного визуализированного самоконтроля гликемии не отличается от среднего уровня гликемии по данным непрерывного мониторингирования, таким образом, данный вариант контроля гликемии может быть использован наряду с CGMS.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т. П. Болотина, М. Ю. Сергеева-Кондраченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Цель исследования: оценить эффективность фиксированного комбинированного антигипертензивного препарата (периндоприла аргинин и амлодипина безилат) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа с разными степенями ожирения и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: под динамическим наблюдением находилось 94 пациента с СД 2 типа и АГ, имеющих разные степени ожирения (классификация ВОЗ, 1997 г.). Средний возраст обследованных составил $56,5 \pm 4,5$ года, преобладали женщины – 78 %. Средняя продолжительность АГ в исследуемых группах составила $8,3 \pm 1,5$ лет, длительность СД 2 типа – $12,1 \pm 1,5$ лет. В зависимости от степени ожирения пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с СД 2 типа, АГ и I степенью ожирения – 33 человека, во 2-ю – 31 человек, в 3-ю – 30 человек с СД 2 типа и АГ, имеющие II и III степень ожирения соответственно. Пациенты каждой группы получали сахароснижающие препараты из группы бигуанидов в комбинации с производными сульфаниламочевина. Согласно дизайну исследования, больные не принимали антигипертензивные препараты за 5–7 дней до включения в исследование («отмывочный период»). С целью коррекции АГ пациенты получали комбинацию периндоприла аргинин и амлодипина безилат в одной таблетке в дозах:

5/5, 5/10, 10/5, 10/10 мг на протяжении 12 месяцев. Исходно, через 4, 12, 24 и 48 недель лечения контролировали артериальное давление (АД), состояние углеводного обмена, определяли индекс массы тела (ИМТ). Суточное мониторирование (СМАД) проводили с помощью не инвазивной портативной системы ВРЛАВ, ООО «Петр Телегин», г. Н. Новгород (Россия). Степень компенсации углеводного обмена оценивали по гликированному гемоглобину (HbA1c) исходно и через 3, 6, 9 и 12 месяцев наблюдения. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты: сравнительный анализ показателей СМАД трех групп пациентов с СД 2 типа и АГ, имеющих различные степени ожирения (I, II и III степени – 1, 2 и 3 группы соответственно) на момент включения в исследование, выявил наличие стойкой систоло-диастолической АГ, обращала на себя внимание склонность к тахикардии в течение суток, регистрировалось нарушение двухфазного ритма. На старте, пациенты всех 3-х групп получали комбинированную антигипертензивную терапию в дозе 5/5 мг. На фоне проводимой антигипертензивной терапии, к 48-й неделе наблюдения в 1-й группе 42 % пациентов принимали комбинацию периндоприла аргинин и амлодипина безилат в одной таблетке в дозе 5/5 мг, 27 % – в дозе 10/5 мг, 18 % – в дозе 5/10 мг и 13 % пациентов потребовалась титрация до максимальной дозы 10/10 мг. Во 2-й группе: 38 % пациентов получали дозу комбинированного препарата 5/5 мг, 21 % – 10/5 мг, 17 % – 5/10 мг и 24 % принимали дозу 10/10 мг. В 3-й группе к 48-й неделе наблюдения потребность составила: 12 % – 5/5 мг, 22 % – 10/5 мг, 15 % – 5/10 мг и у 51 % пациентов доза дотитрована до максимальной 10/10 мг. Все пациенты, принимающие участие в исследовании, отмечали хорошую переносимость препарата.

Выводы: наличие ожирения и нарастание его степени увеличивает потребность в дозах анти-гепертензивных препаратов для достижения целевых показателей АД у пациентов с СД 2 типа и АГ. Фиксированная комбинация периндоприла аргинин и амлодипина безилат обеспечивает устойчивый контроль АД в течение 24-х часов, благоприятно влияет на суточный профиль АД, характеризуется хорошей переносимостью и низкой частотой развития нежелательных явлений, связанных с приемом препарата у пациентов с СД 2 типа с разными степенями ожирения и АГ.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н. С. Бофанова, А. И. Ермолаева, Г. А. Баранова, Н. В. Артюшина

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Проведено исследование 130 пациентов с последствиями ЧМТ в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст – $48 \pm 9,2$ лет. По степени тяжести и условиям возникновения черепно-мозговой травмы (ЧМТ) наблюдаемые пациенты были

распределены на три группы: в первую группу вошли пациенты с последствиями черепно-мозговой травмы легкой степени, во вторую – с последствиями черепно-мозговой травмы средней степени тяжести, в третью – с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы. Нейропсихологическое исследование включало краткую шкалу оценки психического статуса, батарею тестов определения лобной дисфункции, тесты рисования часов, связи цифр и букв, «10 слов», литеральных ассоциаций, шкалу депрессии Гамильтона.

Пациенты с последствиями ЧМТ легкой степени имели по шкале MMSE $28,15 \pm 0,64$ балла ($p < 0,001$), пациенты с последствиями ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести соответственно $27,68 \pm 0,98$ и $24,98 \pm 1,45$ балла ($p < 0,001$). В группе контроля данный показатель составил $29,84 \pm 0,62$. Во время проведения теста КШОПС большее количество неверных ответов появлялось при назывании даты, серийном счете, отсроченном воспроизведении не связанных слов. У пациентов с последствиями ЧМТ легкой и средней степени тяжести ошибки имели характер быстрых ответов с самостоятельной коррекцией или коррекцией после обращения внимания на произведенной ошибке. Выявленные нарушения указывают на преобладание дефицита внимания.

При проведении батареи тестов для оценки лобной дисфункции (БТОЛД) получены следующие результаты. Пациенты с последствиями ЧМТ легкой степени имели суммарный балл $17,54 \pm 0,42$, пациенты с последствиями ЧМТ средней степени тяжести – $17,26 \pm 0,74$, тяжелой степени – $16,57 \pm 0,89$ балла ($p < 0,05$). В группе контроля данный показатель составил $17,94 \pm 0,29$. При проведении БТОЛД большее количество ошибочных ответов было получено при усложненной реакции выбора и звуковых ассоциациях. Выполнение субтестов концептуализации, динамического праксиса, простой реакцией выбора, оценке хватательного рефлекса не вызывало у пациентов значительных затруднений.

Снижение внимания, концентрации подтверждалось при проведении теста связи букв и цифр. У пациентов с последствиями ЧМТ легкой степени затраченное время на выполнение теста связи цифр и букв части А и В составило соответственно $39,44 \pm 11,63$ и $84,56 \pm 24,12$ с. Пациенты с последствиями ЧМТ средней степени тяжести имели показатели $51,12 \pm 14,12$ с при выполнении части А и $102,12 \pm 30,52$ с при выполнении части В, пациенты с ЧМТ тяжелой степени – соответственно $76,98 \pm 41,38$ и $208,52 \pm 97,86$ с ($p < 0,01$). В группе контроля данный показатель составил $36,24 \pm 11,67$ и $79,32 \pm 16,84$ с. У пациентов с последствиями ЧМТ легкой степени обнаружено увеличение времени выполнения теста, однако в сравнении с группой контроля данное отклонение было статистически не значимым ($p > 0,05$). Пациенты с последствиями ЧМТ средней и тяжелой степени имели значительно больший показатель выполнения задания части А и В, чем в группе контроля, причем увеличение времени выполнения задания соответствовало тяжести ЧМТ.

Для оценки беглости речи применялся тест литеральных ассоциаций. При анализе полученных результатов можно отметить, что у пациентов с последствиями ЧМТ различной степени тяжести они достоверно отличались от показателей группы контроля. Пациенты с последствиями ЧМТ легкой степени имели результат $15,18 \pm 3,72$ ($p < 0,01$), пациенты с последствиями ЧМТ средней

степени тяжести $-13,64 \pm 3,15$ ($p < 0,01$). Пациенты с последствиями ЧМТ тяжелой степени тяжести, соответственно, $10,76 \pm 3,48$ балла ($p < 0,001$). В группе контроля данный показатель составил $18,64 \pm 1,36$. При выполнении теста у пациентов с последствиями ЧМТ тяжелой степени отмечалась высокая отвлекаемость, и требовалась стимуляция для проведения дальнейшего тестирования.

При оценке зрительно-пространственного гнозиса использовался тест рисования часов. При рассмотрении результатов тестирования выявлены достоверные ($p < 0,01$) отличия у пациентов с последствиями тяжелой ЧМТ ($8,95 \pm 1,03$) от показателей группы контроля; показатели у пациентов с последствиями ЧМТ легкой степени не отличались от группы контроля и составили $10,00 \pm 0,00$. Пациенты с последствиями ЧМТ средней степени тяжести имели результат $9,86 \pm 0,14$ ($p < 0,05$).

Анализ результатов теста «10 слов» у пациентов с последствиями ЧМТ легкой степени результаты практически не отличались от группы контроля при выполнении задания с подсказкой, результат выполнения задания без подсказки был хуже, чем в группе контроля. У пациентов с последствиями ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести воспроизведение как с подсказкой, так и без нее значительно отличалось от группы контроля, причем прослеживалась четкая зависимость от тяжести полученной травмы. Таким образом, нарушения функции памяти у пациентов с последствиями легкой ЧМТ подвергаются более полному восстановлению по сравнению с пациентами с последствиями средней и тяжелой ЧМТ, и особенно с последствиями травмы, полученной в боевых условиях.

У пациентов с последствиями ЧМТ легкой степени средний балл по шкале Гамильтона составил $3,12 \pm 2,15$. Пациенты с последствиями ЧМТ средней степени тяжести имели показатели $6,95 \pm 2,97$ ($p < 0,05$), пациенты с ЧМТ тяжелой степени – $8,34 \pm 4,12$ ($p < 0,01$). В группе контроля данный показатель составил $2,38 \pm 2,6$. Среди пациентов с последствиями тяжелой ЧМТ отмечаются превышения среднего значения, особенно у пациентов с последствиями ЧМТ боевого времени (на 27,2 % выше, чем у пациентов с последствиями ЧМТ мирного времени). Данные изменения требуют дополнительной коррекции, например, занятий с медицинским психологом, что необходимо учитывать при выборе реабилитационной программы.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЗАПОРом

Ю. В. Бочкарева¹, Е. Н. Голованова², И. В. Пигеева³, Е. О. Фадина⁴

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Диагностический центр АО «ППО ЭВТ», г. Пенза

³Медицинский центр «Здоровье», г. Пенза

⁴ЗАО НПП «Медицина для Вас», г. Пенза

Функциональный запор является медико-социальной проблемой, увеличивающей затраты, связанные с диагностикой и лечением пациентов, значительным снижением качества жизни. Этиология функционального запора является гетерогенной, связанной с дисфункцией внешней и внутренней (энте-

ральной) нервной системы, психологическими расстройствами. Основной целью лечения необходимо ставить не только возобновление нормального ритма опорожнения кишечника больного, но и облегчение (по возможности полное устранение) беспокоящих симптомов, улучшение качества жизни.

Цель исследования: оценить качество жизни и его динамику у пациентов, страдающих функциональным запором на фоне медикаментозной терапии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов (11 мужчин и 39 женщин), подписавших информированное согласие на участие в исследовании в возрасте 24–66 лет (средний возраст $41,3 \pm 9,9$ года), причем большая часть участников была в наиболее активном и трудоспособном возрасте от 25 до 45 лет. Все пациенты имели клинические симптомы, характерные для функционального запора, этот диагноз был верифицирован в соответствии с Римскими критериями III (2006) и исключал наличие структурных или биохимических отклонений со стороны кишечника, что было подтверждено комплексным инструментальным и лабораторным обследованием.

Наиболее объективным инструментом оценки клинической картины, частоты стула на фоне терапии являются предоставляемые пациентом данные, которые выражаются в условных единицах/баллах с помощью валидированных шкал. Для оценки клинических проявлений функционального запора и их динамики на фоне терапии использовали следующие шкалы и опросники: ВАШ оценки выраженности симптомов (Visual Analog Scale – Irritable Bowel Syndrome – VAS-IBS), опросник качества жизни (Irritable Bowel Syndrome – Quality of Life – IBS-QoL).

В лечении функционального запора пациенты использовали препарат Колофорт по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 2 недель, затем с 15 дня до 12 недели по 2 таблетки 2 раза в сутки.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистического пакета «STATISTICA 6.0». Из элементов описательной статистики определялись: $M \pm m$ ME [25; 75 %], где M – среднее арифметическое значение, m – стандартное отклонение, ME – медиана, 25 % – нижняя квартиль, 75 % – верхняя квартиль, количество наблюдений – для количественных признаков; доли и проценты пациентов с тем или иным показателем – для качественных признаков. Использовались методы непараметрической статистики, так как количественные признаки имели ненормальное распределение. Сравнение количественных признаков зависимых выборок проводили по методу Вилкоксона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходная частота стула была 1–2 раза в неделю у 96 % пациентов ($n = 48$), 3 раза в неделю – у 4 % ($n = 2$), и в среднем по группе исследования частота стула составила $1,72 \pm 0,54$ раза в неделю. На визите скрининга пациентов беспокоили запоры, оцененные по шкале ВАШ в $7,86 \pm 2,36$ 8,50 [6,00; 10,00] баллов. По Бристольской шкале регистрировался кал 1-го и 2-го типов у 92 % пациентов ($n = 46$), 3-го типа у 8 % обследованных ($n = 4$). Наряду с запорами пациентов беспокоили абдоминальные боли на визите скрининга, оцененные в среднем на $0,52 \pm 0,99$ 0,00 [0,00; 1,00] баллов, метео-

ризм $4,24 \pm 2,46$ $4,50$ [$2,00$; $6,00$] баллов, рвота/тошнота $0,56 \pm 0,73$ $0,00$ [$0,00$; $1,00$] баллов. Пациенты оценивали свое душевное благополучие за последние 4 недели на $5,36 \pm 1,88$ $5,00$ [$4,00$; $7,00$] баллов, проблемы с желудочно-кишечным трактом влияли на повседневную жизнь обследованных на $4,68 \pm 1,97$ $5,00$ [$4,00$; $5,00$] баллов. При анализе шкалы IBS-QoL, позволяющей оценить разные стороны физического и психического здоровья пациента, было продемонстрировано низкое качество жизни пациентов, которое составило $81,48 \pm 19,80$ $80,00$ [$68,00$; $95,00$] баллов.

На протяжении наблюдения за пациентами с функциональными запорами отмечался терапевтический эффект Колофорта по влиянию на паттерн стула (частоту и форму). В результате 3-месячного курса терапии 100 % пациентов имели 3-5 тип стула по Бристольской шкале, в том числе нормальный тип стула (3-й – 16 %, 4-й – 76 %;) и 5-й тип стула – 8 %. Всего за 12 недель терапии частота актов дефекации увеличилась, составив в среднем $5,12 \pm 1,64$ раза за 7 дней. Доля пациентов, у которых произошло увеличение частоты стула на 1 раз и более в неделю, составила 100 %.

Значимое улучшение паттерна стула демонстрирует восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ на фоне лечения Колофортом, и подтверждается результатами анализа данных, полученных с помощью шкалы VAS-IBS. Положительная динамика на фоне применения Колофорта в виде снижения выраженности основных клинических симптомов прогрессивно нарастала на протяжении всего периода наблюдения.

Обращает на себя внимание динамика показателя душевного благополучия и влияния на повседневную жизнь. На фоне лечения Колофортом, значительное улучшение клинической картины заболевания, улучшение паттерна стула, положительно отразились на качестве жизни участников исследования. Использование шкалы IBS-QoL, позволяющей оценить влияние терапии на разные стороны физического и психического здоровья пациента, показала динамику суммарного балла, который изменился при использовании Колофорта в среднем на 35,28 баллов. Применение Колофорта достоверно влияло на показатели физического (уменьшение чувства дискомфорта, метеоризма, вздутия) и психического здоровья (уменьшение раздражительности, повышение настроения) и повышало активность в повседневной, общественной и личной жизни, то есть качества жизни в целом ($p < 0,0000$).

Заключение. В ходе исследования отмечены низкие показатели качества жизни. Однако, терапия Колофортом достоверно положительно влияла на показатели физического и психического здоровья у пациентов с функциональными запорами.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СНИЖЕНИЯ РАСЧЕТНОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

**Ю. В. Бочкарева¹, С. В. Ушакова², Е. В. Гриднева²,
И. С. Губенко², В. В. Долгушева², Ю. А. Ильина²**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5», отделение кардиологии № 2,
г. Пенза

За последние годы возрос интерес к «кардиоренальному синдрому», который объединяет взаимное влияние сердечно-сосудистой системы и почек. В 2002 г. экспертами Национального почечного фонда США была сформулирована концепция хронической болезни почек (ХБП). Результаты международных исследований продемонстрировали достоверную и самостоятельную связь расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек (ОПП). В 2013 г. обновлены рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и Научного общества нефрологов России «Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска», основной целью которых стало внедрение в клиническую практику ключевых подходов к ранней диагностике ХБП, прогнозированию сердечно-сосудистого риска и риска развития терминальной почечной недостаточности, а также принципов эффективной и безопасной терапии больных с кардиоренальной патологией.

Цель исследования: оценить распространенность сниженной расчетной скорости клубочковой фильтрации у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 53 пациента (28 мужчин и 25 женщин), последовательно поступивших в отделение кардиологии с диагнозом острый коронарный синдром, подписавших информированное согласие на участие в исследовании, средний возраст которых составил $68,2 \pm 10,9$ лет. Наиболее объективным методом оценки расчетной скорости клубочковой фильтрации у взрослых является формула СКД-EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, креатинин сыворотки. Расчет СКФ по этой формуле по сравнению с другими формулами (Кокрофта-Голта, MDRD) дает результаты, наиболее точно сопоставимые с данными, полученными при оценке клиренса $^{99m}\text{Tc-DTPA}$, в том числе и при сохранной функции почек.

Результаты и обсуждение. 34 % пациентов курили, 25 % имели в анамнезе сахарный диабет 2 типа (со стажем от 1 года до 14 лет). Большинство пациентов – 91 % страдали артериальной гипертензией, со средней длительностью заболевания $12,8 \pm 8,2$ лет, однако получали постоянную антигипертензивную терапию не все. 70 % пациентов имели по данным липидного спектра дислипидемию – повышение уровня общего холестерина ($5,2 \pm 1,5$ ммоль/л),

ЛПНП ($3,4 \pm 1,2$ ммоль/л). 21 пациент (40 %) имел в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, из них реваскуляризация миокарда выполнена 4 больным. 13 % поступивших в отделение ранее не имели в анамнезе диагноза ишемической болезни сердца. Большинство пациентов были склонны к избыточной массе тела (ИМТ $28,1 \pm 5,4$ кг/м²), имели средние цифры систолического и диастолического артериального давления $143,7 \pm 20,9$ и $85,9 \pm 9,3$ мм рт.ст. соответственно и ЧСС $72,5 \pm 10,9$ уд/мин. Средний показатель рСКФ составил $55,9 \pm 14,1$ мл/мин, при этом у одного пациента показатель рСКФ соответствует терминальной почечной недостаточности, у 2-х обследованных – рСКФ находится в пределах 15–29 мл/л/мин, у 7-ми в пределах 30–44 мл/л/мин и у 21 пациента – в пределах 45–60 мл/л/мин. Таким образом, из 53 обследованных пациентов у 58,5 % отмечается снижение рСКФ.

Заключение. В ходе наблюдения отмечена высокая частота сниженной расчетной скорости клубочковой фильтрации у пациентов с острым коронарным синдромом на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета, что может повлиять на подбор медикаментозной терапии и дальнейший прогноз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛОФОРТА В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА

Ю. В. Бочкарева¹, Е. Н. Голованова², И. В. Пигеева³, Е. О. Фадина⁴

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Диагностический центр АО «ППО ЭВТ», г. Пенза

³Медицинский центр «Здоровье», г. Пенза

⁴ЗАО НПП «Медицина для Вас», г. Пенза

Функциональный запор представляет собой одну из значимых проблем современной медицины среди всех возрастных и социальных групп пациентов. Так, распространенность запоров в различных странах варьируется от 4 до 27 % и до 20 % взрослого населения России. Функциональный запор диагностируется в 3 раза чаще у женщин и с возрастом эта тенденция только растет.

У многих пациентов с функциональными запорами хороших результатов удается добиться в результате использования неспецифических методов лечения – диетических рекомендаций, у других – возникает необходимость в приеме слабительных препаратов. В европейской популяции, по данным J. Task и соавт. лишь 27 % пациентов удовлетворены существующей терапией.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения препарата Колофорт в лечении функционального запора.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов (11 мужчин и 39 женщин), подписавших информированное согласие на участие в исследовании в возрасте 24–66 лет (средний возраст $41,3 \pm 9,9$ года). Все пациенты имели клинические симптомы, характерные для функционального запора, этот диагноз был верифицирован в соответствии с Римскими критериями III (2006) и исключал наличие структурных или биохимических отклонений

со стороны кишечника, что было подтверждено комплексным инструментальным и лабораторным обследованием. По Бристольской шкале формы кала 52 % ($n = 26$) пациентов имели твердый (1-й тип) кала, 40 % ($n = 20$) – комковатый (2-й тип) при опорожнении кишечника.

В соответствии с современными рекомендациями в качестве первичного критерия анализировали изменение частоты и типа стула по Бристольской шкале до 3 и 4 через 2, 4, 8 и 12 недель лечения. Для оценки клинических проявлений функционального запора и их динамики на фоне терапии использовали следующие шкалы и опросники: ВАШ оценки выраженности симптомов (Visual Analog Scale – Irritable Bowel Syndrome – VAS-IBS), индекс висцеральной чувствительности (Visceral Sensitivity Index – VSI). На этапе скрининга проводили сбор анамнеза и жалоб, физикальные, лабораторные и инструментальные обследования, с помощью которых исключали другие помимо функционального запора причины патологической симптоматики. Инструментальные и лабораторные обследования включали колоноскопию, по показаниям – биопсию и гистоморфологические исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, электрокардиографию в 12 отведениях, общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови с определением С-реактивного белка, общего белка, креатинина, глюкозы, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, амилазы, исследования кала с оценкой физико-химических (консистенция, цвет, запах, реакция, билирубин) и микроскопических показателей (мышечные волокна, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, клетчатка, лейкоциты, эритроциты и другие показатели), анализ на дизентерийную группу и яйца гельминтов. В течение 12-недельного наблюдения пациенты вели дневники, в котором записывали частоту, плотность и форму кала и затруднения при его отхождении (Бристольская шкала оценки кала использовалась в качестве шаблона для описания формы кала), что позволило наряду с анкетированием и тестированием оценить исходную выраженность основных симптомов функционального запора. Пациенты получали препарат Колофорт по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 2 недель, затем с 15 дня до 12 недели по 2 таблетки 2 раза в сутки. В течение периода лечения пациенты совершали 4 визита, в ходе которых оценивалось состояние, проводились тестирование и анкетирование, регистрировалась сопутствующая терапия, возможные нежелательные явления, комплаентность. Сопутствующие заболевания системы кровообращения (гипертоническая болезнь) зарегистрированы у 20 % участников исследования, которые в качестве сопутствующей терапии получали антигипертензивную терапию. 28 % женщин-участниц детородного возраста применяли пероральные комбинированные препараты с целью контрацепции. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистического пакета «STATISTICA 6.0». Из элементов описательной статистики определялись: $M \pm m$ ME [25 %; 75 %], где M – среднее арифметическое значение, m – стандартное отклонение, ME – медиана, 25 % – нижняя квартиль, 75 % – верхняя квартиль, количество наблюдений – для количественных признаков; доли и проценты пациентов с тем или иным показа-

телем – для качественных признаков. Использовались методы непараметрической статистики, так как количественные признаки имели ненормальное распределение. Сравнение количественных признаков зависимых выборок проводили по методу Вилкоксона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходная частота стула была 1–2 раза в неделю у 96 % пациентов ($n = 48$), 3 раза в неделю – у 4 % ($n = 2$), и в среднем по группе исследования частота стула составила $1,72 \pm 0,54$ раза в неделю. На визите скрининга пациентов беспокоили запоры, оцененные по шкале ВАШ в $7,86 \pm 2,36$ 8,50 [6,00; 10,00] баллов. По Бристольской шкале регистрировался кал 1-го и 2-го типов у 92 % пациентов ($n = 46$), 3-го типа у 8 % обследованных ($n = 4$). Наряду с запорами пациентов беспокоили абдоминальные боли на визите скрининга, оцененные в среднем на $0,52 \pm 0,99$ 0,00 [0,00; 1,00] баллов, метеоризм $4,24 \pm 2,46$ 4,50 [2,00; 6,00] баллов, рвота/тошнота $0,56 \pm 0,73$ 0,00 [0,00; 1,00] баллов. Пациенты оценивали свое душевное благополучие за последние 4 недели на $5,36 \pm 1,88$ 5,00 [4,00; 7,00] баллов, проблемы с желудочно-кишечным трактом влияли на повседневную жизнь обследованных на $4,68 \pm 1,97$ 5,00 [4,00; 5,00] баллов. При подсчете индекса VSI (Visceral Sensitivity Index) получен показатель $47,92 \pm 14,33$ 47,00 [36,00; 59,00] балла.

На протяжении наблюдения за пациентами с функциональными запорами отмечался терапевтический эффект Колофорта по влиянию на паттерн стула (частоту и форму). Так, за 2 недели лечения Колофортом частота стула увеличилась с $1,72 \pm 0,54$ до $2,5 \pm 0,93$ раз в неделю. У 62 % пациентов ($n = 31$) наблюдалось увеличение частоты стула на 1 раз в неделю, а улучшение консистенции/формы стула до 3-го типа произошло у 38 %, до 4-го типа – 6 % пациентов. Среди группы исследования тип стула по Бристольской шкале достоверно изменился с $1,56 \pm 0,64$ 1,00 [1,00; 2,00] до $2,44 \pm 0,70$ 2,00 [2,00; 3,00].

В результате 3-месячного курса терапии 100 % пациентов имели 3-5 тип стула по Бристольской шкале, в том числе нормальный тип стула (3-й – 16 %, 4-й – 76 %;) и 5-й тип стула – 8 %. Всего за 12 недель терапии частота актов дефекации увеличилась, составив в среднем $5,12 \pm 1,64$ раза за 7 дней. Доля пациентов, у которых произошло увеличение частоты стула на 1 раз и более в неделю, составила 100 %.

Значимое улучшение паттерна стула демонстрирует восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ на фоне лечения Колофортом, и подтверждается результатами анализа данных, полученных с помощью шкалы VAS-IBS. Положительная динамика на фоне применения Колофорта в виде снижения выраженности основных клинических симптомов прогрессивно нарастала на протяжении всего периода наблюдения. Так, проблема запора через 2 недели беспокоит пациентов с интенсивностью $5,94 \pm 3,03$ 6,50 [4,00; 8,00] баллов по сравнению с исходными $7,86 \pm 2,36$ 8,50 [6,00; 10,00] баллов ($p < 0,0000$). Через 4,8 недель терапии Колофортом проблема запора беспокоит пациентов значительно меньше, а через 12 недель лечения перестала беспокоить 56 % ($n = 28$), что достоверно отражается на средних значениях по шкале ВАШ $0,74 \pm 1,03$ 0,00 [0,00; 1,00] баллов ($p < 0,0000$).

Начиная с первых недель применения Колофорта, проявлялось его анальгетическое действие. Так в начале исследования 15 пациентов (30 %) беспокоила абдоминальная боль интенсивностью $0,52 \pm 0,99$ балла. К 8 неделе терапии анальгетический эффект препарата позволил пациентам полностью избавиться от абдоминальной боли.

Лечение Колофортом оказывало существенное воздействие на явления вздутия живота и метеоризма, тошноты и рвоты; снижался процент пациентов, которые имели чувство неполного опорожнения кишечника. Положительная динамика выраженности основных клинических симптомов коррелировала с изменением показателей висцеральной чувствительности, о чем свидетельствовало значимое изменение индекса VSI (Visceral Sensitivity Index) на фоне терапии Колофортом.

Таким образом, лечение Колофортом оказывало корригирующее воздействие на проявления висцеральной гиперчувствительности.

В процессе исследования препарат показал высокую безопасность. За 12 недель терапии не было зарегистрировано ни одно нежелательное явление. Не зарегистрировано случаев несовместимости Колофорта с другими лекарственными средствами, применяемыми для лечения сопутствующей патологии. Использование Колофорта с антигипертензивными препаратами не приводило к развитию реакций несовместимости и необходимости коррекции антигипертензивной терапии.

На протяжении всего исследования отмечался высокий уровень приверженности пациентов схеме лечения Колофортом.

Заключение. В ходе исследования Колофорт продемонстрировал восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, паттерна стула (формы и частоты) у пациентов с функциональными запорами. Уже в первые 2 недели лечения Колофортом, у 62 % пациентов наблюдалось увеличение частоты стула на 1 раз в неделю, улучшается консистенция/форма стула до 3-го и 4-го типа у 44 % пациентов на фоне снижения абдоминальной боли. В результате 3-месячного курса терапии 100 % пациентов имели 3-5 тип стула по Бристольской шкале, в том числе нормальный тип стула (3-й – 16 %, 4-й – 76 %;) и увеличилась частота актов дефекации за неделю до $5,12 \pm 1,64$ раз. Уменьшение клинической симптоматики сопровождалось улучшением показателей висцеральной чувствительности. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности применения Колофорта в лечении больных с функциональным запором.

**ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ
АВТОНОМНЫМ ЭЛЕКТРОННЫМ СТИМУЛЯТОРОМ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**С. Е. Бунтин¹, В. А. Максимов⁴, Р. М. Филимонов⁵, В. С. Животоцук¹,
В. Г. Бунтина³, Е. Е. Мысенкова², К. Н. Самарцев²**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОКБ им Н. Н. Бурденко, г. Пенза

³МНТО «Гранит», г. Пенза,

⁴ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

⁵ФГБУ «РНЦ МРиК» МРРФ, г. Москва

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) чрезвычайно распространена в цивилизованных странах, в том числе и в России и имеет стойкую тенденцию к росту. Частота заболевания, по данным разным авторов, составляет 10–20 % взрослого населения. Одним из основных методов лечения данного заболевания является холецистэктомия. Среди больных, перенесших холецистэктомию (ХЭ), лица молодого и среднего возраста составляют около 70 %.

В настоящее время большое значение в лечении различных заболеваний гепато-билиарного тракта придаётся физиотерапевтическим методам воздействия, среди которых одним из наиболее признанных является метод импульсной электротерапии, способный оказывать активное влияние на различные биологические системы организма и повышать его адаптогенные возможности (В. С. Улащик, 1990; В. Г. Ясногородский, 1978).

Цель настоящего исследования – изучение возможности коррекции нарушений моторно-эвакуационной функции билиарного тракта и внешнесекреторной функции печени у больных с физико-химической стадией желчнокаменной болезни с помощью автономного электронного стимулятора желудочно-кишечного тракта и слизистых оболочек (АЭС ЖКТ и СО).

Нами обследовано 45 больных с физико-химической стадией латентной формы ЖКБ (по классификации Х. Х. Мансурова, 1981, II-й период, I-я стадия). Диагноз был установлен во время прохождения ежегодного диспансерного осмотра при скрининговом ультразвуковом осмотре. Главным критерием отбора являлось наличие «сладжа» (отстоя, мути) в полости желчного пузыря.

Практически у всех пациентов установленный диагноз был случайной находкой. Каких-либо жалоб больные не предъявляли, хотя более чем у половины пациентов диагностирована сопутствующая патология.

Контрольную группу составили 50 практически здоровых субъекта в возрасте от 19 до 21 года.

Изучая состояние моторной функции билиарного тракта по данным ЭХДЗ мы выявили различные нарушения печёночной секреции и моторики желчевыделительной системы. Оценивая показатели I, II и III этапов ЭХДЗ у исследуе-

мой группы больных, мы наблюдали признаки гипертонуса сфинктеров Одди и Люткенса, а также увеличение показателя напряжения, что свидетельствовало о повышении давления в билиарной системе. Уменьшение показателя объёма и времени IV этапа указывало на повышение сократительной способности желчного пузыря. Характеризуя показатели V этапа ЭХДЗ, мы получили увеличение объёма и напряжения полученной желчи, что также является признаком повышения секреторного давления в билиарной системе.

При биохимическом исследовании желчи мы наблюдали достоверное снижение концентрации холевой кислоты, холато-холестеринового коэффициента (ХХК) и повышение концентрации холестерина. Кроме этого наблюдалось снижение концентрации фосфолипидов и, соответственно, фосфолипидно-холестеринового коэффициента (ФлХК) во всех порциях желчи.

При определении часового дебита компонентов печёночной желчи мы выявили повышение часового напряжения печёночной желчи, снижение дебита холевой кислоты, ХХК, фосфолипидов и повышение дебита холестерина.

Исследуя суммарный дебит желчи и её компонентов, выделившихся за час после введения раздражителя у данной группы больных, мы получили исходное увеличение объёма, дебита холестерина, снижение суммарного дебита холевой кислоты, ХХК, фосфолипидов и ФлХК, что свидетельствует о высокой литогенности полученной желчи.

Таким образом, отсутствие субъективных проявлений, специфических жалоб, выраженных нарушений моторной и внешнесекреторной функции гепато-билиарного тракта не являются поводом для полного клинического благополучия у больных с физико-химической стадией желчнокаменной болезни.

АЭС ЖКТ и СО представляет собой генератор слабо-энергетических импульсов, имитирующих физиологические характеристики нервных импульсов. АЭС ЖКТ и СО конструктивно выполнен в виде капсулы, состоящей из 2-х полусфер, служащих электродами и изолирующей втулкой. Внутри капсулы расположен микроблок -генератор импульсов и источник питания. Форма электрических сигналов АЭС прямоугольная, длительностью 5–7 мс, период следования 20–28 мс, сила импульсного тока 10 мА, амплитуда 4,5 В, частота 50 Гц. Число импульсов в пачке 16, длительность пачки импульсов 320–450 мс, период следования пачки 2660–3660 мс.

Больные принимали АЭС ЖКТ и СО натошак, накануне ставилась очистительная клизма. Длительность его пребывания в организме больных составила от 8 часов до 4-х суток. Каких-либо осложнений и побочных явлений от применения АЭС ЖКТ и СО мы не наблюдали.

В процессе воздействия АЭС ЖКТ и СО мы отмечали положительные изменения в биохимических анализах крови: снижение концентрации холестерина крови ($p < 0,01$), концентрации β -липопротеидов ($p < 0,001$), щелочной фосфотазы ($p < 0,001$) и гаммаглобулинотранспептидазы ($p < 0,01$).

Изучая состояние моторной функции гепато-билиарного тракта по данным этапного хромотического дуоденального зондирования (ЭХДЗ), на фоне воздействия АЭС ЖКТ и СО, мы получили следующие результаты: в процессе

применения АЭС ЖКТ и СО мы наблюдали увеличение процента нормосекреции желчи, а также улучшение моторно-тонической функции билиарного тракта, которое проявлялось повышением процента нормотонии сфинктеров Одди и Люткенса ($p < 0,001$), улучшением кинетической способности желчного пузыря.

Кроме этого, достоверное уменьшение исходно-повышенного ($0,89 \pm 0,03$) показателя двигательной функции (ПДФ) желчного пузыря и желчевыводящих путей ($p < 0,001$), полученного методом ультразвукового сканирования с использованием желчегонного завтрака, также свидетельствует о нормализующем действии АЭС ЖКТ и СО на состояние моторной функции гепато-билиарного тракта.

При изучении биохимического состава пузырной и печёночной желчи мы наблюдали достоверное повышение концентрации холевой кислоты ($p < 0,001$) снижение концентрации холестерина и соответственно холато-холестеритеринового коэффициента ($p < 0,001$). Кроме того на фоне применения АЭС ЖКТ и СО отмечалось повышение концентрации фосфо-липидов ($p < 0,05$) и некоторое снижение концентрации исходно-пониженного кальция.

Исследуя часовую секрецию печёночной желчи (часовое напряжение) после проведенной терапии АЭС ЖКТ и СО, мы наблюдали увеличение часового напряжения, холевой кислоты ($p < 0,001$) и соответственно ХХК ($p < 0,001$), а также же увеличение показателя фосфолипидов ($p < 0,01$) и ФЛХК ($p < 0,05$).

Исследуя суммарный дебит желчи и её компонентов, выделившихся за час после введения раздражителя у данной группы больных, на фоне применения АЭС ЖКТ и СО, мы получили увеличение объёма желчи ($p < 0,05$), дебита холевой кислоты ($p < 0,05$), ХХК ($p < 0,01$), а также дебита билирубина ($p < 0,05$) и дебита фосфолипидов ($p < 0,05$), что ещё раз свидетельствовало о положительном влиянии АЭС ЖКТ и СО на динамику основных биохимических показателей крови.

Таким образом, оценивая полученные в ходе исследования результаты, можно сделать следующие выводы, что применение АЭС ЖКТ и СО оказывает стимулирующее влияние на процессы желчеобразования и желчеотделения у больных с физико-химической стадией желчнокаменной болезни, в короткий срок нормализует моторную функцию билиарного тракта, устраняет диссинергизм сфинктеров билиарного тракта и восстанавливает моторику сфинктеров. АЭС ЖКТ и СО оказывает положительное влияние на основные показатели концентрации и соотношение компонентов желчи, направленное на снижение литогенности и улучшение её коллоидной стабильности. Внутриполостная электростимуляция АЭС ЖКТ и СО как монотерапия, так и один из методов комплексного противорецидивного лечения, является достаточно эффективным, доступным методом, не вызывает каких-либо побочных эффектов и осложнений, что позволяет рекомендовать его для лечения больных с физико-химической стадией ЖКБ.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОРСАЛГИЕЙ МЕТОДОМ АКУПУНКТУРЫ

В. Д. Вартик

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Дорсалгия – болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата. Боль в спине является одной из основных причин инвалидизации, она значительно снижает качество жизни и работоспособность и остаётся ведущей причиной обращения больных за медицинской помощью.

В настоящее время выделяется т.н. *неспецифическая мышечно-скелетная боль*, обусловленная деструктивными, дисфункциональными, дистрофическими поражениями мышечно-скелетных тканей. К провоцирующим факторам развития острой мышечно-скелетной боли обычно относятся мышечное перенапряжение, неловкое, необычное движение, подъем или перенос тяжести, неудобная поза, переохлаждение, эмоциональный стресс и пр. Указанные факторы способны оказать повреждающее воздействие (микродеструкция) на уже измененные дистрофическим процессом ткани опорно-двигательного аппарата, что приводит к формированию источника боли в мышцах, сухожилиях и фасциях, связках, суставах позвоночника и таза. В ответ развивается спазм пораженной мышцы или мышц, окружающих пораженный сустав или диск (сегментарный ответ) с защитным исключением или ограничением движений. Мышечный спазм является дополнительным источником боли в связи с укорочением мышцы, нарушением в ней микроциркуляции. В настоящее время становится очевидным, что среди причин дорсалгии основное место занимают не столько дистрофические заболевания позвоночника, широко освещенные в работах отечественных и зарубежных исследователей, сколько неспецифическая миофасциальная патология.

Диагностические критерии миофасциального болевого синдрома разделены на две группы: большие и малые. Большие критерии включают в себя:

- 1) жалобы на региональную боль;
- 2) пальпируемый «тяж» в мышце;
- 3) участок повышенной чувствительности в пораженной мышце;
- 4) отраженную боль или чувствительные расстройства;
- 5) ограничение объема движений.

Малые критерии:

- 1) воспроизводимость боли при стимуляции триггерных точек (ТТ).
- 2) локальное подергивание при пальпации ТТ;
- 3) уменьшение боли при растяжении или введении инъекции анестетиков в ТТ.

Для постановки диагноза необходимо наличие всех 5 больших критериев и одного из 3 малых.

Сложный алгоритм диагностики болевых синдромов в спине связан с тем, что данный синдром может встречаться при множестве заболеваний и патологических состояний, и источником боли спине могут быть практически все анатомические структуры пояснично-крестцовой области, брюшной полости и органов малого таза.

Главной задачей врача при обследовании пациента с острой болью в спине является необходимость дифференцировать скелетно-мышечные боли от болевых синдромов, связанных с соматической или онкологической патологией.

Методы рефлексотерапии эффективно используются для купирования острой боли в спине. Приводим алгоритм диагностики и лечения больных с дорсалгией при остром течении заболевания:

1. На основании жалоб больного, анамнеза заболевания следует определить характер болевого синдрома с учётом концепции «Инь Ян».

2. С учётом дополнительных исследований (пульсовая диагностика, методы Накатани, Акабанэ, Фоля, акурессурная диагностика) диагностировать энергетическое состояние классических меридианов и установить наиболее пострадавший меридиан.

3. Провести так называемое «симптоматическое» лечение, которое будет заключаться в купировании или снижении интенсивности острой симптоматики (болевого синдром, синдром вегетативно-сосудистой дисфункции, синдром психоэмоциональных расстройств, мышечно-тонический синдром, синдром нарушения ритма сна и бодрствования и др.):

а) болевой синдром. Для купирования болевого синдрома следует рассмотреть традиционные правила: «Большого укола», «Большого укола в сочетании с правилом Полночь – Полдень», «Симметричной точки», «Специфических точек». На основании вышеизложенных традиционных правил составить рецепты акупунктуры;

б) синдром вегетативно сосудистой дисфункции: используются акупунктурные точки V10; VB20; P7; TR3; V13;

в) синдром психоэмоциональных расстройств: целесообразно рассмотреть использование акупунктурных точек TR10; TR3; C7; C3; T20; I15;

г) мышечно-тонический синдром: предлагаем к анализу применение акупунктурных точек: RP3; VB34; F3; F2; IG3;

д) синдром нарушения ритма сна и бодрствования купируется использованием в рецептуре лечения акупунктурных точек: V62; R6; T20; C7.

Для проведения симптоматического лечения необходимо от одного до пяти сеансов акупунктуры. При реализации рецептов акупунктуры следует учитывать функциональное состояние всех классических меридианов.

4. Следующим этапом в лечебном процессе является лечение, направленное на восстановление функционального равновесия в классических меридианах.

По отношению к пораженному меридиану, с учетом его функционального состояния, необходимо рассмотреть 7 традиционных правил китайской акупунктуры в следующей последовательности: «Мать – сын», «5 элементов»,

«Полночь – Полдень», «Поперечного Ло», «Группового Ло», «Муж – жена», «Точек входа и выхода энергии». На проведение «энергетического» лечения требуется до 8–10 сеансов акупунктуры.

Многолетние клинические наблюдения за лечением пациентов с острой дорсалгией методом акупунктуры показывают, что полное выздоровление отмечено у 65 % больных, улучшение состояния – у 35 % больных.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

Е. В. Васильев

ГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области», г. Пенза

В настоящее время в сохранении и укреплении здоровья населения на первый план выходят вопросы первичной профилактики неинфекционных заболеваний, включающей формирование установок на здоровый образ жизни.

Целью исследования явилась оценка профилактической активности старшеклассников общеобразовательных организаций и распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Материалы и методы. По специально разработанной анкете проведено социологическое исследование. Единицей наблюдения являлись учащиеся 9–11 классов общеобразовательных организаций города Пензы. Объем выборки составил 587 респондентов (251 юноша, 336 девушек). Заболеваемость подростков за 2010–2014 гг. изучена по форме № 12.

Обсуждение результатов. Подавляющее большинство старшеклассников ($87,9 \pm 3$ %) достаточно хорошо осведомлены о профилактике и ее задачах. Ведение здорового образа жизни $86 \pm 6,2$ % подростков считают основополагающим компонентом формирования первичной профилактики. По мнению $66,9 \pm 5,3$ % старшеклассников ответственность за проведение первичной профилактики несет государство, а $47 \pm 4,5$ % считают ответственным самого индивидуума. Лишь половина опрошенных ($50,9 \pm 4,6$ %) респондентов среди базовых ценностей здоровье ставят на первое место.

Среди поведенческих особенностей, формирующих отношение к физическому и нравственному здоровью, важное место занимает хобби. Как показал опрос, из всех респондентов ежедневно в компьютерные игры играют $45 \pm 4,4$ % юношей $36 \pm 4,1$ % девушек, пользуются интернетом для развлечения $77,3 \pm 4,8$ % юношей и $82,4 \pm 5,1$ % девушек. Проводят вечера часто (несколько раз в неделю) в кафе, на дискотеке, вечеринке $26,3 \pm 3,1$ % юношей и $39,6 \pm 4,2$ % девушек ($p < 0,05$). Гуляют с друзьями по торговым центрам, улицам и паркам $43,4 \pm 4,3$ % юношей и $55,6 \pm 5,1$ % девушек ($p < 0,05$). Физическими упражнениями ежедневно занимаются только $22,7 \pm 2,6$ % юношей и $14,3 \pm 1,5$ % девушек. В формировании здорового образа жизни огромную роль играют ответственность, отношение к учебе и труду, успеваемость. Так, за последние

30 дней $4,4 \pm 0,3 \%$ подростков прогуливали занятия, учатся на «отлично» и «хорошо» $69,3 \pm 5,5 \%$ школьников. Установлено, что $1/6$ опрошенных учащихся жили в неполных семьях.

Курят постоянно $43,4 \pm 4,3 \%$ юношей и $33,6 \pm 3,8 \%$ девушек. Признание подростками отрицательного влияния курения на здоровье не подкреплено знаниями о механизме действия табакокурения на организм, вследствие чего лишь $74,6 \pm 5,9 \%$ респондентов ($66,9 \pm 5,1 \%$ юношей, $88,3 \pm 5,2 \%$ девушек) рассматривают курение как фактор риска. Причем $82,4 \pm 6,1 \%$ курящих подростков оценивают курение как слабый и умеренный, а $61,5 \pm 5,1 \%$ некурящих – как сильный риск здоровью. Вред пассивного курения признают $3/4$ некурящих и $45,5 \pm 4,4 \%$ курящих подростков. Половина курящих респондентов ($51,8 \pm 4,7 \%$) хотели бы бросить курить. В то же время, $22,6 \pm 2,4 \%$ курящих девушек и $27,8 \pm 3,2 \%$ курящих юношей считают, что не смогли бы бросить курить, если бы даже захотели. Между тем, только $12 \pm 1,1 \%$ курящих подростков получали помощь или совет от медицинского работника, психолога о том, как бросить курить. Такой совет от друга получал каждый пятый, от члена семьи каждый седьмой, из нескольких источников каждый третий курящий подросток.

Употребляют спиртные напитки чаще, чем один раз в месяц $6,4 \pm 0,6 \%$ девушек и $16,7 \pm 1,8 \%$ юношей. Среди употребляемых спиртных напитков на долю пива приходится 32% , на крепкие напитки – 22% , на вино и шампанское по 17% , на газированные алкогольсодержащие напитки – 12% . Выявлена недостаточная информированность подростков о вреде алкоголя. Так, $80,8 \pm 6,7 \%$ курящих и $53,5 \pm 4,9 \%$ некурящих подростков оценили риск вреда алкоголя как слабый и умеренный, соответственно только $19,2 \pm 2,1 \%$ и $46,5 \pm 4,8 \%$ – как сильный. Употребление подростками наркотических веществ в результате опроса не отмечено.

Лишь каждый четвертый подросток ($26,7 \pm 2,3 \%$) питается рационально.

Важнейшим аспектом жизнедеятельности подростков является досуг, так как именно в этой сфере учащиеся старших классов имеют возможность свободы действия посредством выбора места и времени для его проведения. Подростки, при недостаточной возможности реализовываться в творчестве, заниматься в спортивных секциях находят занятия на «улице», желая показаться взрослыми и самостоятельными, пристращаются к курению, начинают употреблять алкогольсодержащие напитки.

Полученные результаты положены в основу изучения влияния факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди старшеклассников. При ранжировании факторов риска, согласно опроснику, ответы распределились следующим образом: на 1-м месте – несбалансированное питание, это объясняет высокий уровень заболеваемости подростков болезнями органов пищеварения. На 2-м месте – низкая физическая активность старшеклассников. Распространенность этих факторов обуславливает рост заболеваемости ожирением.

Заключение. Среди старшеклассников распространены поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний: несбалансированное питание, низкая физическая активность, курение. Наименьшую распространенность имеет употребление алкоголя. Лишь $1/7$ часть респондентов по данным опроса не

имеют факторов риска неинфекционных заболеваний, более 1/2 находятся под воздействием единичного фактора, каждый четвертый имеет более двух.

Таким образом, при разработке профилактических программ по сохранению и укреплению здоровья населения особый акцент должен быть сделан в сторону формирования у молодого поколения установок на здоровый образ жизни.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

В. В. Васильев^{1,2}, М. В. Перекусихин³, М. В. Чарыкова¹

¹ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

³Управление Роспотребнадзора по Пензенской области, г. Пенза

Учитывая важность проблемы, проведено исследование, целью которого явилось изучение организации питания, медицинского обеспечения и здоровья учащихся в общеобразовательных организациях Пензенской области.

Материалы и методы. С 2008 по 2013 гг. в мероприятии по совершенствованию школьного питания приняли участие 263 общеобразовательные организации из 28-и муниципальных образований Пензенской области. Для оценки эффективности совершенствования питания учащихся осуществлен мониторинг школьного питания. Мониторинг включал в себя ретроспективное изучение фактического питания учащихся путем обобщения и сравнения результатов лабораторных исследований образцов блюд школьных обедов, отобранных и анализированных в 2008 г. и 2014 г. Сбалансированность рационов питания оценивалась по показателям содержания белков животного происхождения и фруктов (соков) в меню путем расчета коэффициентов обеспеченности. Организация питания в школах и пищевое поведение школьников изучено в ходе опроса. При сравнении средних значений применяли *t*-критерий Стьюдента. Для оценки различий категориальных переменных в подгруппах использовали критерий χ^2 квадрат. Достоверным считали уровень значимости при $p < 0,05$. Состояние здоровья школьников оценивали по показателям заболеваемости (ф.12) за период с 2008 по 2014 гг.

Результаты. Создание привлекательного образа системы школьного питания, переоснащение технологическим оборудованием пищеблоков, проведение ремонта школьных столовых позволило, прежде всего, добиться повышения показателя охвата школьников одноразовым и двухразовым горячим питанием на 43,2 и 81,4 % соответственно. Увеличение охвата горячим питанием отмечалось как по школам города Пензы, так и по остальным школам области. Двухразовое горячее питание преимущественно получают школьники младших классов – 94,8 %, частично – 5,2 % дети из малообеспеченных семей.

В ходе сравнительного изучения результатов лабораторных исследований обедов 2008 г. и 2014 г. установлено увеличение энергетической ценности обедов с $497,3 \pm 26,1$ до $698,7 \pm 28,3$ ккал, белков с $17,4 \pm 1,4$ до $23,2 \pm 1,3$ г, жиров

с $18,1 \pm 1,4$ до $25,9 \pm 1,8$ г, углеводов с $66,2 \pm 2,9$ до $93,2 \pm 3,6$ г. Таким образом, после совершенствования питания, энергоценность в школьных обедах приблизилась к рекомендуемой величине – 35 % от суточного рациона.

Изучение сбалансированности школьных обедов показало, что коэффициент обеспеченности белками животного происхождения в 2014 г. по сравнению с 2008 г. увеличился и составил – 81 % (2008 г. – 64 %). За указанный период также повысился коэффициент обеспеченности фруктами и соками с 31 до 39 %. Обобщенный коэффициент обеспеченности питания белками животного происхождения и фруктами в 2008 г. составил 40,9 %, в 2014 г. – 51,6 %.

Фактическая обеспеченность значительно отличается в разных школах. Так, в 2014 г. в обследованных школах обеспеченность обедов по белкам животного происхождения составляет от 62 до 94 %, фруктов – от 27 до 65 %. Такой интервал показателей объясняется, на наш взгляд, объемом денежных средств, выделяемых на питание. По обеспеченности школьных рационов белками животного происхождения и фруктами городские и сельские школы отличаются несущественно ($p > 0,05$).

Изучение мнения старшеклассников, которые могли сравнивать питание в своих школах до и после реализации проекта, показало, что питание улучшилось. На вопрос «Стали ли более качественными, вкусными, горячими школьные обеды?» утвердительно ответили соответственно 46,4 и 60,8 % опрошенных ($p < 0,05$). Считают достаточной порции школьных обедов для того, чтобы чувствовать себя сытым 49,2 и 57 % детей. Ассортимент школьного питания достаточным назвали 67,5 и 71,1 %. При оценке школьного питания по пятибалльной системе средняя оценка составила 4,1 и 3,8 балла, при этом лишь 0,5 и 2,1 % респондентов оценили питание как неудовлетворительное, 9,2 и 23 % – как удовлетворительное, 60,7 и 62,6 % – как хорошее, 29,6 и 12,3 – как отличное.

Несмотря на то, что 61,8 и 43,4 % опрошенных указали на повышение у них культуры питания, лишь 26 и 31,8 % имеют адекватное 4–5 разовое питание, 16,8 и 33,1 % подростков не имеют регулярной кратности питания.

Выявлена корреляция между совершенствованием школьного питания и снижением заболеваемости подростков г. Пензы анемией ($r = 0,92$), болезнями органов пищеварения ($r = 0,41$). Заболеваемость детей ожирением в 2014 г. по сравнению с 2008 г. увеличилась в г. Пензе на 13,5 %, в целом по области – на 39,5 %. Но заболеваемость подростков ожирением в г. Пензе уменьшилась на 36 %, хотя в целом по области увеличилась на 63,7 %.

Несбалансированный рацион питания с одной стороны, нарушения пищевого поведения, которые широко распространены среди учащихся старших классов с другой стороны, вместе с малоподвижным образом жизни являясь факторами риска, способствуют развитию ожирения. Следовательно, одним из важных профилактических мер в организации школьного питания в ближайшей перспективе должно являться формирование у учащихся культуры питания. Выявленное в ходе обследования частое потребление подростками продукции фастфуда, считающейся причиной избыточной массы тела и ожирения, лишний раз подтверждает необходимость привития навыков культуры питания.

Заключение. Таким образом, школьное питание на сегодня становится одним из ведущих факторов формирования здоровья учащихся школ. Организация питания в них должна проводиться как с целью обеспечения растущий организм детей и подростков здоровым питанием, так и с целью формирования у них культуры питания.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В. В. Васильев¹, С. В. Евстигнеев²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко, г. Пенза

Изучение экономических вопросов в здравоохранении имеет важное значение для обоснования объема адекватных инвестиций и оценки вероятного экономического эффекта от затрат на сохранение здоровья. Это также важно для понимания масштаба потерь, которые несет экономика любого региона при ухудшении медико-демографической ситуации, характеризующейся высокими уровнями заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Методика исследования. Проведен ретроспективный анализ уровня и структуры смертности населения Пензенской области за 2012–2014 гг. Расчет экономических потерь от смертности проведен в соответствии с «Методологией расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения», согласно которой экономические потери рассматривались как потери, связанные с недопроизводством валового регионального продукта из-за выбытия человека из трудовой деятельности по причине смерти. При оценке экономических потерь учитывалось число умерших в текущем году. За возраст начала экономической деятельности было принято 15 лет, а за возраст окончания экономической активности – 72 года. Экономические потери от смертности рассчитывались в целом по Пензенской области в разрезе пола, возраста (одногодичные возрастные группы населения), причин смерти/классов болезней в соответствии с МКБ-10.

Расчет ущерба от смертности населения региона осуществлялся на основе данных официальной статистики: величины валового регионального продукта; числа умерших, в том числе по причинам смерти по одногодичным возрастным группам в разрезе пола; численности населения по одногодичным возрастным группам в разрезе пола; численности занятого в экономике населения по одногодичным возрастным группам в разрезе пола;

Результаты исследования. В 2013–2014 гг. уровень смертности практически не менялся: 2012 г. – 14,8 ‰, 2013 г. – 14,7 ‰, 2014 г. – 14,7 ‰. Коэффициент смертности выше, чем в среднем по РФ (в 2013 г. – 13 ‰). Гендерные различия смертности, как и на всей территории РФ, заключаются в том, что мужчины умирают чаще женщин, особенно в трудоспособном возрасте.

В 2013–2014 гг. мужчины в трудоспособном возрасте умирали в среднем в 4,3 раза чаще женщин в трудоспособном возрасте. При этом от болезней системы кровообращения мужчины умирают в 5,5 раза чаще, чем женщины, от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – в 5,9 раза, от новообразований – 2,1 раза, от болезней органов дыхания – в 7,3 раза, от болезней органов пищеварения – в 3,2 раза. Доля мужчин среди умерших в трудоспособном возрасте в 2012–2014 гг. составила в среднем 81,1 %.

Среди основных причин смертности населения в 2012–2014 гг. первые три ранговых места занимают болезни системы кровообращения (БСК), новообразования, внешние причины (таблица), на долю которых приходится более 80 % всех смертей.

Таблица

Коэффициенты смертности по основным причинам (на 100 тыс. населения)

Классы причин	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Болезни системы кровообращения	965,2	928,8	884,8
Новообразования	214,3	208	201,5
Внешние причины	138,5	134,5	136,9
Болезни органов пищеварения	64	70,7	75
Болезни органов дыхания	37,3	53	65,5

Наиболее неблагоприятной является ситуация по показателю смертности от БСК. Смертность от БСК в регионе значительно выше, чем в целом по РФ (в 2013 г. – 688,1 на 100 тыс. населения). По остальным четырем причинам региональные показатели смертности незначительно превышают аналогичные показатели по РФ (в 2013 г. – 203,3; 129,2; 61,6 и 51,6 соответственно на 100 тыс. населения).

Таким образом, в медико-демографической ситуации Пензенской области на современном этапе наблюдаются общие негативные тенденции, что и РФ. В целом ситуация по смертности населения области в 2012–2014 гг. оценивается как неблагоприятной, так как показатель коэффициента смертности от БСК в регионе выше, чем в РФ в целом.

Проведенный анализ экономического ущерба показал, что в структуре экономических потерь от смертности населения в целом по всем причинам за 2012–2014 гг. наибольшая доля ущерба в разрезе возрастных групп отмечается в возрасте – от 35 до 51 года.

Наибольший вклад в экономический ущерб от смертности населения региона в течение 2012–2014 гг. внесли БСК, внешние причины и новообразования, составлявшие в структуре потерь от основных причин смерти в среднем по годам 33,3, 24,5 и 16,3 % соответственно. В динамике по годам эти показатели имели тенденцию к росту. Гендерная дифференциация выявляет долевое преобладание экономических потерь от смертности по всем трем основным причинам у мужчин.

В целом установлено, что экономический ущерб от преждевременной смертности от всех заболеваний в Пензенской области составил 804,7 млн руб. в 2012 г., 1038,5 млн руб. в 2013 г., 933,6 млн руб. в 2014 г.

Заключение. Таким образом, выявлен рост экономических потерь от смертности населения Пензенской области в изучаемом периоде. Наибольшие экономические потери от смертности населения региона обусловлены болезнями системы кровообращения, травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями внешних причин смерти и новообразованиями.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

В. Г. Васильков, Д. В. Осинькин, А. И. Сафронов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Полноценная подготовка специалистов, ответственных за жизнь и здоровье людей, в современном мире не может строиться без важнейшего симуляционного компонента. Взрывной интерес к использованию симуляционных технологий для обучения методам, используемым в анестезиологии и реаниматологии, последовал за техническими достижениями, позволившими создавать роботизированные тренажеры. Важнейшие преимущества симуляционных технологий – обучение без вреда для пациента и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста. Основным недостатком симуляционного обучения – его высокая стоимость. К настоящему времени накоплен большой опыт, доказывающий эффективность симуляционного обучения не только за рубежом, но и у нас в стране. Чрезвычайно важным моментом явилось, то что в нашей стране симуляционное обучение обрело законодательную базу – Приказ Минздравсоцразвития России от 5 декабря 2011 года № 1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура)».

В процессе симуляционного обучения на кафедре используются два варианта практической подготовки: персональная подготовка навыкам различных манипуляций с акцентом на медицинские знания и последовательность действий; групповая подготовка с акцентом на человеческий фактор – координация работы в команде. При этом выдерживается определенная этапность работы:

- 1-й этап – проведение исходного тестирования;
- 2-й этап – брифинг;
- 3-й этап – работа в зале симуляции;
- 4-й этап – дебрифинг;
- 5-й этап – заключительное тестирование;
- 6-й этап – подведение итогов с анонимным анкетированием.

В зависимости от результатов исходного тестирования преподавателями планируется структура лекционных и семинарских занятий, состав компьютерных презентаций, видеофильмов. В ходе брифинга педагог рассказывает об этиопатогенезе разбираемых состояний и заболеваний, методах диагностики и лечения, а также патофизиологической основе действий курсанта.

После работы в залах симуляции обязательно проводится дебрифинг, которому мы придаем особое значение, поскольку каждый обучающийся должен получить анализ своих действий. Наш опыт, а также данные литературы свидетельствуют, что включение дебрифинга в симуляционное обучение анестезиологов значительно повышает эффективность обучения, а также длительность сохранения курсантами полученных знаний и навыков.

Анализ эффективности обучения проводим по каждой группе с целью оптимизации процесса подготовки. Так выявлено, что при оценке базового уровня знаний и умений по сердечно-легочной реанимации (СЛР) 80–90 % врачей различного профиля совершают грубые ошибки, а после проведения занятий по СЛР на тренажерах количество ошибок снижается до 2–3 %.

Таким образом, рациональное использование симуляционных технологий оптимизирует последипломную подготовку врачей анестезиологов-реаниматологов и стало неотъемлемой частью формирования грамотного специалиста.

ВРЕМЯ ВОЗМОЖНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Н. Вачев¹, В. К. Корытцев², И. В. Антропов¹, В. Ю. Щербатенко²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Самара

²Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова, г. Самара

Введение. Лечение пациентов с перфоративными язвами желудка и ДПК остается актуальной проблемой современной медицины. На современном этапе развития медицины вопрос о выборе объема операции при перфорации язвы желудка большинством исследователей решается одинаково. А вот при перфорации язвы ДПК подобного единодушия нет.

При этом большинство исследователей признают, что в условиях перитонита больному следует выполнить минимальное по объему оперативное пособие. Объясняется это тем, что любые анастомозы, сформированные в условиях перитонита, вероятнее всего будут несостоятельны. При этом временной критерий, на который предлагают ориентироваться многие авторы, нельзя признать точным, поскольку скорость развития патологических изменений при перитоните у каждого пациента всегда различна и будет зависеть от многих параметров.

Цель исследования – определить временной промежуток, в течение которого пациентам с перфорацией язвы ДПК можно выполнить любой объем оперативного пособия.

Материал и методы. В исследование были включены 44 пациента с язвенной болезнью ДПК, осложненной перфорацией и развитием распространенного перитонита, поступившие в стационар позднее 6 часов от момента перфорации, так как при длительности заболевания 6 часов и менее общепризнанна

возможность выполнения любого по объему оперативного пособия. Таким образом, было принято 2 критерия включения больных в данное исследование:

- 1) наличие у больного язвенной болезни ДПК, осложненного перфорацией и распространенным перитонитом;
- 2) длительность существования перитонита превышала 6 часов.

Среди этих пациентов было 34 мужчины и 10 женщин. Моложе 30 лет было 8 человек, от 31 года до 50 лет было 9 человек, от 51 года до 70 лет было 20 человек и старше 70 лет было 7 человек. Из этих больных 19 пациентов обратились за медицинской помощью в сроки от 6 до 12 часов от начала заболевания (43,2 %), 13 человек обратились за медицинской помощью в сроки от 13 до 24 часов от начала заболевания (29,5 %), а остальные 12 человек обратились за медицинской помощью позднее 24 часов от начала заболевания (27,3 %). По характеру выпота в брюшной полости пациенты распределились следующим образом: серозный – 13 (29,5 %), серозно-фибринозный – 9 (20,5 %), гнойно-фибринозный – 10 (22,7 %), гнойный – 12 (27,3 %).

Всем больным от момента поступления в приемный покой до транспортировки в операционную проводили предоперационную подготовку – инфузионная терапия в объеме не менее 1 л кристаллоидных растворов, антибиотикотерапия.

Перед принятием решения об общем объеме операции мы проводили разработанное нами исследование для определения агрессивности течения перитонита. Суть предложенного диагностического теста проста и заключается в определении pH брюшного содержимого тотчас после лапаротомии. Исследование проводилось инструментально pH-метром «НР 98127» фирмы «Hanna Instruments» (Италия). Время исследования не превышало 10 минут. В работе было произведено сопоставление характера высевной флоры, полученного значения pH экссудата и результатов лечения пациентов.

Результаты. При измерении pH экссудата брюшной полости в зависимости от давности с момента перфорации были получены следующие результаты: давность заболевания 6 – 12 часов – pH составил $6,953 \pm 0,331$; давность заболевания 13 – 24 часа – pH составил $6,769 \pm 0,379$; давность заболевания более 24 часов – pH составил $6,250 \pm 0,425$.

У 19 пациентов с давностью заболевания от 6 до 12 часов роста флора не было отмечено у 14 пациентов, у 3 пациентов был отмечен рост грибковой флоры и у 2 больных – рост кокковой флоры.

У 13 пациентов с давностью заболевания от 13 до 24 часов у 8 пациентов был отмечен рост кокковой флоры и у 5 больных – рост бациллярной флоры.

У 12 пациентов с давностью заболевания свыше 24 часов у 9 пациентов был отмечен рост бациллярной флоры, у 2 больных – рост кокковой флоры и у 1 пациента – рост грибковой флоры. При этом у 2 пациентов из 9 больных этой группы были высеяны анаэробные возбудители (17 %).

Статистические различия считались значимыми при $p < 0,05$ и были выявлены при сравнении групп до 12 и более 24 часов ($p = 0,000016$) и при сравнении групп 13–24 и более 24 часов ($p = 0,003738$). При этом не было выявлено

достоверных различий при сравнении групп до 12 часов и 13–24 часа ($p = 0,156919$).

Заключение. Выбирая общий объем операции при распространенном перитоните, сегодня не следует ориентироваться на время прошедшее от момента развития перитонита. Мы полагаем, что пациенту с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки при значении рН экссудата брюшной полости менее 6,8 следует выполнять минимальное по объёму оперативное вмешательство. При значении рН 6,8 и более любое вмешательство может быть выполнено по правилам плановой хирургии.

НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

А. П. Власов, П. П. Зайцев, П. А. Власов, В. В. Васильев, Н. Кумар

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

В современной хирургии большое внимание уделяется вопросу прогноза заболевания. С этой целью используются различные оценочные шкалы, отдельные показатели и т.д. Известно, что одним из важнейших показателей выраженности воспалительного процесса, особенно гнойного, является эндотоксинемия, которая напрямую сопряжена с мембранодеструктивными явлениями.

Целью работы явилось изучить в динамике острого панкреатита и перитонита уровень токсических продуктов и состав липидов в крови в лимфе. Определить их диагностическую и прогностическую ценность в определении тяжести интоксикационного синдрома и воспалительного процесса в целом.

Материалы и методы. В основу работы положены экспериментальные и клиничко-лабораторные исследования. Собакам под наркозом моделировали острый перитонит или острый билиарный панкреатит. В контрольные сроки при релапаротомии определяли выраженность патологического процесса, осуществляли забор крови и лимфы. Оценивали уровень токсических процессов, состав липидов в плазме крови и лимфе, устанавливали их сопряженность с воспалительным процессом в брюшной полости и поджелудочной железе. Клиничко-лабораторные исследования проведены у больных острым перитонитом и тяжелым панкреатитом.

Результаты. Исследования показали развитие выраженных воспалительных явлений в брюшной полости и тканевых структурах поджелудочной железы уже на первые сутки после моделирования патологического процесса. Прогрессирование воспалительного процесса в исследованных объектах было тесно сопряжено с развитием эндотоксикоза, о значительной выраженности которого свидетельствовал рост содержания гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов в плазме крови и в лимфе. Следует отметить, что содержание токсических продуктов в крови было более лабильно, чем в лимфе, резко возрастая с первых по третьи сутки течения воспалительного процесса и заметно снижаясь

к пятым суткам. Уровень токсинов в лимфе был меньше такового в крови на начальном этапе наблюдения, но оставался стабильным до пятых суток терапии, когда был уже несколько выше аналогичного показателя крови. Формирование выраженного синдрома эндогенной интоксикации достоверно коррелировало с существенными расстройствами липидного метаболизма в плазме крови и лимфе. Так, значительно изменялся липидный состав плазмы крови, что было зафиксировано в виде значительного увеличения ацилглицеролов, а также свободных жирных кислот и лизофосфолипидов при достоверном снижении суммарных фосфолипидов, фосфатидилинозита и фосфатидилэтаноламина. Модификации липидного состава плазмы крови сопровождались быстрой интенсификацией процессов липопереокисления и ферментативной активности фосфолипазы А₂. Обращаем внимание на тот факт, что нарушения липидного метаболизма в плазме крови были зарегистрированы на первые-третьи сутки эксперимента. При исследовании липидного спектра лимфы также были выявлены существенные его модификации. Так, содержание холестерина и его эфиров были ниже нормы, а показатели свободных жирных кислот и суммарных фосфолипидов превышали первоначальные, возрастал удельный вес лизофосфолипидов и фосфатидилсерина. Установлена достоверная корреляционная связь между нарушением липидного метаболизма с интенсификацией свободнорадикальных и ферментативных реакций в лимфе на фоне токсинемии.

У больных острым перитонитом и тяжелым панкреатитом отмечены во многом аналогичные закономерности изменений исследованных показателей гомеостаза в крови. На их основе созданы прогностические критерии течения тяжелых болезней живота.

Таким образом, на основе исследований показателей липидного метаболизма и уровня токсических продуктов в крови разработаны новые критерии течения острого перитонита и панкреатита, что значительно повышает информативность и достоверность диагностики течения воспалительного процесса в брюшной полости.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Е. В. Волкова¹, Ю.А. Уткин², С. В. Адмаева², А. К. Амплеев²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОНБ, г. Пенза

В России отмечается высокое распространение табакокурения среди врачей, фактически не отличающееся от такового среди остального населения (Т. М. Максимова, 2000; А. А. Александров, С. А. Шальнова, А. Д. Деев и др., 2001; В. Ф. Левшин, Н. В. Шутикова, 2003; Т. В. Файтельсон-Левина, А. А. Дзинский, Ю. Н. Краснова, 2008; Е. В. Волкова, А. И. Кислов, 2012; А. И. Кислов, Е. В. Волкова, 2012, 2013). Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25–64 лет: 51,3 % мужчин и

27,3 % женщин. Сравнение показателей распространенности аддиктивного поведения среди врачей, имеющих различную специализацию, показало, что табакокурение чаще встречалось у психиатров и наркологов, чем у врачей терапевтического профиля (Н. В. Говорин, Е.А. Бодагова, 2013).

Для изучения клинических, гендерных особенностей табакокурения были исследованы психиатры-наркологи Пензенской областной наркологической больницы (21 врач) и 154 врача терапевтического факультета, проходившие обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки.

В 1-ю группу вошли мужчины – 32 человека, из них: 27 врачей терапевтического факультета (1-я подгруппа) и 5 врачей психиатров - наркологов (2-я подгруппа). Во 2-ю группу вошли женщины – 143 человека, из них: 127 врачей терапевтического факультета (1-я подгруппа) и 16 врачей психиатров-наркологов (2-я подгруппа). Средний возраст мужчин врачей составил 44,13 лет в 1-й подгруппе и 38,5 лет во 2-й подгруппе. Средний возраст женщин врачей составил 36,86 лет в 1-й подгруппе и 44 года во 2-й подгруппе. У мужчин в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 10 врачей (37,1 %) (F 17.2) по МКБ-10, во 2-й подгруппе у 2 врачей (40,0 %). Систематически стали курить мужчины врачи терапевтического профиля с 20,65 лет, а психиатры-наркологи с 18 лет. Во 1-й подгруппе меньше 5 сигарет в сутки курили 4 врача (14,8 %), от 5 до 10 сигарет 2 врача (7,4 %), от 15 до 30 сигарет 2 врача (7,4 %), «мерцающий вариант» был у 2 врачей (7,4 %). Во 2-й подгруппе от 5 до 10 сигарет в сутки курил 1 врач (20 %), от 15 до 30 сигарет 1 врач (20 %). Мотивами при систематическом курении в 1-й подгруппе были: коммуникативные у 5 врачей (18,5 %), сниженное настроение у 3 врачей (11,1 %), стресс у 2 врачей (7,4 %). Мотивами при систематическом курении во 2-й подгруппе были: сниженное настроение у 1 врача (20 %), повышенное настроение у 1 врача (20 %), конфликты у 1 врача (20 %). Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы в среднем в 27,5 года, в 1-й подгруппе в 22,93 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) был у 3 врачей 1-й подгруппы (11,1 %) по сравнению со 2-й подгруппой (1 врач – 20 %). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен в 1-й подгруппе (4 врача – 14,8 %) и 2-й подгруппе (1 врач – 20 %). Сенсорный вариант патологического влечения к табаку был выявлен только в 1-й подгруппе (2 врача – 7,4 %). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 3 врача (11,1 %) 1-й подгруппы и 2 врача (40 %) 2-й подгруппы. Через 1–4 часа после пробуждения начинали курить 7 врачей (25,9 %) 1-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 6 врачей (22,2 %) 1-й подгруппы и 1 врача (20 %) 2-й подгруппы, тревога у 4 врачей (14,8 %) 1-й подгруппы и 1 врача (20 %) 2-й подгруппы. Нарушение сна было только во 2-й подгруппе у 1 врача (20 %).

У женщин врачей в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 8 врачей (6,3 %) (F 17.2) по МКБ-10, во 2-й подгруппе у 3 врачей

(18,75 %). Систематически стали курить женщины врачи терапевтического профиля с 21,1 лет, а психиатры-наркологи с 18 лет. Во 1-й подгруппе меньше 5 сигарет в сутки курили 2 врача (1,6 %), от 5 до 10 сигарет 5 врачей (3,9 %), от 15 до 30 сигарет 1 врач (0,8 %). Во 2-й подгруппе от 15 до 30 сигарет в сутки курили 3 врача (18,8 %). Мотивами при систематическом курении в 1-й подгруппе были: стресс у 3 врачей (2,4 %), сниженное настроение у 2 врачей (1,6 %), конфликты у 3 врачей (2,4 %). Мотивами при систематическом курении во 2-й подгруппе были: стресс у 2 врачей (12,5 %), сниженное настроение у 1 врача (6,3 %). Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы в среднем в 25 лет, в 1-й подгруппе в 24,33 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) был у 3 врачей 1-й подгруппы (2,4 %) по сравнению со 2-й подгруппой (3 врача- 18,75 %). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен только в 1-й подгруппе (5 врачей - 3,94 %). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 1 врач (0,8 %) 1-й подгруппы и 2 врача (12,5 %) 2-й подгруппы. Через 1-4 часа после пробуждения начинали курить 7 врачей (5,5 %) 1-й подгруппы и 1 врач (6,25 %) 2-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 4 врачей (3,2 %) 1-й подгруппы и 3 врачей (18,75 %) 2-й подгруппы, тревога у 2 врачей (1,6 %) 1-й подгруппы и 1 врача (6,25 %) 2-й подгруппы. Непреодолимое желание курить было только у врачей женщин 1-й подгруппы (2 врача- 1,6 %) и нарушение концентрации внимания (1 врач-0,8 %).

Таким образом у врачей психиатров - наркологов (мужчин и женщин) по сравнению с врачами других терапевтических специальностей происходит более раннее и клинически более тяжелое формирование табачной зависимости. Полученные данные можно использовать при разработке лечебных и профилактических программ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Д. Д. Воронина, А. Г. Куликов

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

По данным многочисленных исследований, около 30 % населения развитых стран страдают хроническими болями в спине, обусловленными дегенеративными процессами. Крайним проявлением процесса дегенерации в межпозвонковых дисках (МПД) является формирование грыжи, и более чем в 80 % случаев патология выявляется в поясничном отделе. Современная тактика хирургического лечения грыж МПД направлена на максимально быструю активизацию пациента, сокращение времени пребывания в стационаре и сроков нетрудоспособности. Однако оперативное лечение, даже при хороших непос-

редственных результатах, не исключает сохранения нейродистрофических изменений, а также рецидивов заболевания, так как устраняет только механический компрессионный фактор. В связи с этим необходимо проведение ранней комплексной реабилитации, дополнительно включающей методы физической терапии. Применяемые локально физиотерапевтические методы оказывают положительное влияние лишь на местные неврологические симптомы и микроциркуляторные нарушения, не устраняя системные расстройства гемодинамики, а также астено-невротические проявления заболевания. Сохраняющиеся в послеоперационном периоде нарушения требуют применения физических методов, оказывающих общесистемное воздействие. Одним из таких методов является общая магнитотерапия (ОМТ).

Цель исследования: оценить эффективность применения общей магнитотерапии у пациентов после хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела (ПКО) позвоночника.

Материалы и методы исследования. В условиях неврологического отделения для восстановительного лечения больных с последствиями заболеваний и травм спинного мозга Главного клинического госпиталя МВД России обследовано и пролечено 52 пациента в раннем восстановительном периоде после оперативного лечения грыж МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника. Пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и объему оперативного вмешательства. Лица контрольной группы (25 человек) получали базисную терапию, включающую лекарственные препараты, кинезотерапию и гидрокинезотерапию. Пациентам основной группы (27 человек) дополнительно к базисному лечению проводили курс ОМТ. Для выполнения процедур ОМТ использовали аппарат УМТИ-3Ф «Колибри-Эксперт» (ООО НПФ «ММЦ «МАДИН», г. Нижний Новгород, Россия; ФСР № 2011/11030 от 21 июня 2011 г.).

До и после лечения всем пациентам проводили оценку неврологического статуса, а также измерение температуры поверхности спины и нижних конечностей методом дистанционной инфракрасной термографии с помощью термографа «ИРТИС 2000-МЕ». Также для подтверждения эффективности реабилитации были использованы опросники САН, Освестри (версии 2.1а.), 10-балльная визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты. В ранние сроки после оперативного вмешательства пациенты предъявляли жалобы на постоянную умеренную боль в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующую в нижние конечности (100 %), ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника (94,2 %), нарушение чувствительности (75 %), пониженный фон настроения (69,2 %), быструю утомляемость (90,4 %). Симптомы натяжения корешков наблюдались в 92,3 % случаев.

Анализ результатов повторного обследования пациентов основной и контрольной групп показал, что исчезновение или уменьшение болевого синдрома происходило у всех обследуемых пациентов, но степень выраженности отличалась. Так, исчезновение болевого синдрома отмечено у 51,9 %, а уменьшение - у 48,1 % больных основной группы, тогда как в контрольной группе данные показатели составляли 28 % и 72 %, соответственно. Более интенсивный ре-

гресс симптомов натяжения корешков также происходил в основной группе (на $3,2 \pm 0,4$ суток раньше, чем в контрольной группе).

Анализ показателей шкалы САН выявил однонаправленную динамику в обеих группах, однако по ряду показателей наблюдалось определенное преимущество реабилитационного комплекса с включением процедур ОМТ. Установлено, что назначение ОМТ способствовало достоверному снижению степени нарушения жизнедеятельности вследствие заболевания (по данным опросника Освестри), тогда как в контрольной группе статистически значимых изменений данного параметра не установлено.

Анализ динамики термографических показателей после окончания курса лечения также позволил установить у пациентов основной группы более выраженное сокращение зон патологической гипертермии (среднее уменьшение температуры на $1,6^{\circ}\text{C}$) и более значимое сокращение разницы температур в проекции зон автономной иннервации на здоровой и пораженной конечностях.

Заключение. На основании оценки непосредственных результатов лечения выявлено благоприятное воздействие общей магнитотерапии на основные клинические симптомы заболевания, процессы регенерации, а также состояние локальной гемодинамики в зоне оперативного вмешательства, что позволяет значительно повысить эффективность реабилитации пациентов после оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Однако уточнение оптимальных параметров лечебных методик требует дальнейшего продолжения данных исследований.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г. Н. Гуликян, Г. Э. Карапетян

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск*

Введение. Несмотря на прогресс в диагностике и лечении заболеваний вен нижних конечностей, распространённость трофических язв венозной этиологии является постоянной.

Цель. Изучить эффективность аутотрансплантации жировой ткани в лечении трофических язв венозной этиологии в эксперименте.

Материалы и методы. Объекты исследования: работа выполнена на 20 кроликах линии Шиншилла старше 4-х месячного возраста обоего пола с массой тела от 3,0 кг, которые были разделены на 2 группы.

Проведенные процедуры: всем кроликам изначально моделировалась трофическая язва по патенту РФ № 2510083 от 2014 г., с авторским добавлением, для получения трофической язвы именно венозной этиологии, которая включала в себя дополнительное прошивание v. femoralis (бедренной вены), че-

рез центр сосуда ниткой пролен 7/0 и перевязкой $\frac{1}{2}$ вены, что приводило к сужению просвета в 2 раза.

Далее после получения трофической язвы венозной этиологии, животным применялась местная лекарственная терапия, включающая в себя ежедневные перевязки с обработкой трофической язвы раствором антисептика – диоксидина, и наложением асептической повязки с мазью левомеколь. После очищения трофической язвы и появления вялой грануляции, животные были разделены на равные две группы. Контрольная группа продолжала получать местную лекарственную терапию в прежнем объеме, а основной группе животных на фоне той же терапии, была проведена аутоотрансплантация жировой ткани в область трофической язвы.

Для оценки эффективности лечения каждые 3 суток учитывалась клиническая картина раневого процесса, выполнялась планиметрия в зоне трофической язвы.

Полученные результаты. На фоне сравнительного анализа, можно говорить о том, что репаративные процессы заживления проходят быстрее в основной группе животных, в отличие от контрольной, это проявляется более активной грануляцией дна язвенного дефекта и краевой эпителизацией в целом начиная с 9-х суток, а также более быстрым уменьшением периферического отека и гиперемии вокруг язвенного дефекта, начиная с 12-х суток. При планиметрическом исследовании в динамике, можно говорить об уменьшении раневого дефекта и полном заживлении в основной группе на 21-е сутки, а в контрольной группе на 39-сутки.

Выводы. Применение методики аутоотрансплантации жировой ткани при лечении трофических язв венозной этиологии в эксперименте, привело к сокращению периода заживления трофической язвы практически в 2 раза.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

О. Е. Давыдова, П. С. Андреев, С. Е. Каторкин

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) – распространенное заболевание, причем наблюдается тенденция к ежегодному увеличению случаев выявления, преимущественно поражаются лица молодого и трудоспособного возраста [1]. При воспалительных заболеваниях кишечника у больных потеряна иммунологическая толерантность к бактериям, населяющим желудочно-кишечный тракт [2]. При неэффективности консервативной терапии или развитии осложнений заболевания, оперативные вмешательства при ЯК выполняются у 10–20 % пациентов, летальность достигает 12–50 % [1]. При развитии ЯК нарушается барьерная функция слизистой оболочки кишечника, при этом бактериальные агенты могут проникать в глубокие ткани кишки – запуская каскад воспали-

тельных и иммунных реакций. Нарушение целостности слизистой оболочки толстой кишки создает благоприятные условия для обсеменения транзиторной микрофлорой пораженного участка [3]. Микроорганизмы, находящиеся в слизистой оболочке и на поверхности язвенно-некротических образований, принимают непосредственное участие в развитии обострений ЯК. С целью уменьшения воспаления назначают антибактериальные препараты. Рекомендуется назначение метронидазола с фторхинолонами, цефалоспорины 3–4 поколений антибактериальные химиопрепараты [1, 4, 5].

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов язвенным колитом с учетом микробиологического состава микрофлоры кишечника.

Материалы и методы. В работе было обследовано 15 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 28 до 61 года, которые находились на стационарном лечении в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии Клиник СамГМУ с января по август 2016 г. Мужчин было 7 (46,6 %), женщин 8 (53,4 %). Всем больным выполнялись стандартные клинические и лабораторные исследования, ирригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией. У пациентов забор материала осуществлялся до начала лечения. Биопсийный материал гомогенизировали механически, растирая биоптат в стерильных пробирках в физиологическом растворе. Полученный гомогенизат высевали на плотные питательные среды: кровяной агар, универсальные хромогенные среды, агар Сабуро.

Выделенные культуры идентифицировали с использованием MALDI-TOF масс-спектрометрии, определяли антибиотикорезистентность диско-диффузионным методом в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам».

У всех энтеробактерий дополнительно определяли фенотипы продукции БЛРС (бета-лактамазы расширенного спектра действия) методом двойных дисков с цефалоспорином III поколения и амоксициллином/клавулановой кислотой.

Из биопсийного материала от 15 пациентов было выделено и идентифицировано 33 штамма микроорганизмов: 21 штамм из семейства *Enterobacteriaceae*, 1 штамм из группы грамотрицательных неферментирующих бактерий, 11 штаммов из рода *Enterococcus*. У 4 пациентов (26,8 %) микроорганизмы были выделены в монокультуре, у 3 пациентов (20,0 %) было выделено 3 микроорганизма; 2, 4 и 5 культур микроорганизмов было выделено у 2 пациентов соответственно (по 13,3 %). Роста микрофлоры не было выделено из 2 проб биопсийного материала (13,3 % пациентов).

18 штаммов было выделено в титре 10^5 КОЕ (колониеобразующих единиц) в биоптате, 3 штамма – в титре 10^6 КОЕ в биоптате, 5 штаммов – в титре 10^4 КОЕ в биоптате, 7 штаммов – в титре 10^3 КОЕ в биоптате.

E.coli была выделена в монокультуре у 2 пациентов, при этом у одного из них был выделен штамм с мукойдным фенотипом. Другие представители се-

мейства Enterobacteriaceae были в ассоциациях с энтерококками и другими энтеробактериями. Кроме *E. coli* в монокультуре был выделен *E. casseliflavus*.

У всех выделенных штаммов была определена резистентность к антибактериальным препаратам. 2 штамма *E. coli* (20,0 %) оказались резистентными к ампициллину и фторхинолонам. 1 (10,0 %) штамм проявил фенотип продуцента БЛРС. У остальных 7 (70,0 %) штаммов *E. coli* не было выявлено признаков резистентности к тестируемым антимикробным препаратам.

Из 5 штаммов *K. pneumoniae* продуцентом БЛРС оказался 1 штамм (20 %), у остальных штаммов не было выявлено резистентности к тестируемым препаратам. Тем не менее следует учитывать особенности природной резистентности у *E. cloacae*, *H. alvei* к ампициллину, амоксициллин/клавуланату, цефазолину и цефокситину; у *M. morganii* к ампициллину, амоксициллин/клавуланату, цефазолину, цефуроксиму, тетрациклину, полимиксину В, колистину и нитрофурантоину.

Выводы.

1. Разработка индивидуальных схем эрадикационной терапии условно патогенной микрофлоры, основанных на микробиологическом мониторинге, позволит улучшить результаты лечения пациентов с язвенным колитом.

2. Выделение энтеробактерий из биопсийного материала в указанных титрах требует назначение антибактериальной терапии, даже в случае возможной контаминации биоптата кишечным содержимым.

3. Важность детального исследования видового состава энтерококков у пациентов с ЯК обусловлена высокими рисками распространения их во внутрибольничной среде и формирования множественной лекарственной устойчивости.

Список литературы

1. Воробьев, Г. И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Г. И. Воробьев, И. Л. Халиф. – М. : Миклош, 2008. – 400 с.

2. Характеристика кишечной микрофлоры у больных язвенным колитом / И. А. Лягина, Т. К. Корнева, О. В. Головенко и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2008. – № 2. – С. 48–54.

3. Антибиотикорезистентность грамотрицательной микрофлоры, выделенной из биопсийного материала у больных неспецифическим язвенным колитом / А. В. Лямин, П. С. Андреев, А. В. Жестков, Б. Н. Жуков // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2010. – Т. 12, № 4. – С. 342–346.

4. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: принципы консервативного и оперативного лечения / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, П. С. Андреев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов // Врач-аспирант. – 2002. – Т. 42, № 5.1. – С. 121–127.

5. Комплексное лечение неспецифического язвенного колита с применением эндолимфатической терапии / Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, П. С. Андреев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, № 2. – С. 49–54.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Г. В. Долгушкина¹, Р. Т. Галеева¹, А. Н. Астафьева¹,
О. К. Смирнова², Г. Н. Кокурочкина²**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является конечной необратимой стадией заболеваний почек. ХПН развивается вследствие прогрессирующей гибели нефронов и стромы с неуклонным снижением способности почек выполнять гомеостатические функции.

Постоянная утрата гормональных и ферментативных функций почек сопровождается накоплением продуктов обмена (прежде всего, белкового), развитием уремии.

Клинико-лабораторные признаки ХПН – снижение клубочковой фильтрации ниже 20 мл/мин на 1,73 м² на протяжении не менее 3 месяцев; креатинемия более 177 мкмоль/л, повышение мочевины – более 5,8 ммоль/л.

Регистр больных детей с ХПН на территории Пензенской области ведется с 2010 г. Впервые в 2010 г. зарегистрировано 5 детей с ХПН. В 2011 г. число больных возросло в 4 раза и составило 20 человек. В последующие 4 года увеличения больных не отмечалось. В 2012 г. в регистре состояло 22 человека, в 2013 г. – 19 человек, в 2014 г. – 17 человек, в 2015 г. – 21 человек.

Распространенность ХПН в Пензенской области среди детского населения в 2010–2015 гг. составила 0,8–1 ‰, что в 1,5 раза выше российских показателей.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики заболеваемости ХПН у детей Пензенской области в 2010–2015 гг.

В задачи исследования включены: анализ структуры заболеваний, приведших к развитию ХПН; изучение возрастных аспектов развития ХПН, клинических проявлений и исходов ХПН.

Проанализированы истории болезней 28 детей с ХПН, находившихся на стационарном лечении в соматическом отделении ПОДКБ им Н.Ф.Филатова за 2010-2015г.г.

Среди детей с ХПН мальчики составили – 85,7 % (24 чел.), девочки – 14,3 % (4 чел.); из них проживали в городе – 35,7 %, в сельской местности – 64,3 % детей. По возрасту больные распределились следующим образом: дети раннего возраста составили – 14,3 % (4 чел.), дошкольного возраста – 21,4 % (6 чел.), младшего школьного возраста – 25 % (7 чел.), старшего школьного возраста – 39,3 % (11 чел.).

Основным заболеванием, приведшим к развитию ХПН явился хронический обструктивный пиелонефрит, развившийся на фоне врожденной урологической патологии (обструктивные уropатии, рефлюкс-нефропатии) и наследственной патологии почек (поликистоз, дисплазии). В структуре ХПН доля

детей с обструктивными нефропатиями составила 32,1 % (9 чел.), дисплазией почечной ткани – 28,6 % (8 чел.), поликистозом почек – 10,7 % (3 чел.). Другие нозологии в структуре ХПН, зарегистрированные у детей: хронический гломерулонефрит – 10,7 % (3 чел.), ГУС – 10,7 % (3 чел.), синдром Фанкони – 3,6 % (1 чел.), хронический тубулоинтерстициальный нефрит – 3,6 % (1 чел.).

Дети получали лечение, направленное на замедление прогрессирования нефропатий в комбинации с патогенетической заместительной терапией.

Исходы ХПН (на январь 2016 г.): I стадия ХПН, компенсированная – у 11 чел. (39,3 %); II стадия, субкомпенсированная – у 9 чел. (32,1 %); III стадия, декомпенсированная – у 8 чел. (28,6 %).

Трем детям была проведена трансплантация почек: 2 чел. – аллотрансплантация трупной почки (оба ребенка умерли в 2015 г.; срок выживаемости после трансплантации у одного ребенка – 5 лет, у другого – 1 месяц); 1 чел. – пересажена родственная почка (срок выживаемости 8 лет). Четыре ребенка получают заместительную терапию гемодиализом.

Таким образом, заболеваемость ХПН у детей Пензенской области за последние 5 лет не увеличилась. Ведущее место в структуре заболеваний, приведших к развитию ХПН, занимают врожденная и наследственная патология почек, осложненные хроническим пиелонефритом. Преимущественно ХПН регистрируется у мальчиков (85,7 %). За последние 2 года потребность в ЗПТ у детей с ХПН увеличилась в 4 раза.

Ранняя диагностика и лечение ХПН способствуют замедлению прогрессирования нефропатий. Своевременная нефропротективная терапия позволяет отдалить сроки заместительной почечной терапии.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

С. В. Евстигнеев¹, В. В. Васильев^{2,3}

¹ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

²ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

³ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Возможности персонала являются ценным ресурсом, который следует развивать и использовать. Это в свою очередь предопределяет выяснение удовлетворенности работой и рабочей нагрузкой, желания профессионального роста, что способствует наиболее полному вовлечению медицинского персонала в производственный процесс и повышение трудовой мотивации. Без учета и удовлетворения запросов персонала по свидетельству многочисленных зарубежных исследований, неизбежно снижается качество лечебно-диагностического процесса. К сожалению работ, посвященных этой теме, в отечественной литературе недостаточно, что и предопределило проведение данного исследования.

Целью исследования явилось изучение мнения врачебного персонала об удовлетворенности работой и выяснение факторов, влияющих на формирование мнения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились врачи Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко, анонимное анкетирование которых проведено в марте 2016 г. Для самостоятельного заполнения раздали специально нами разработанные 325 анкет, анализу подвергнуты 300 правильно и полностью заполненные анкеты. Объем выборки составляет 80,3 % от штатного расписания и является репрезентативным. Анкета включала 50 вопросов, отражающие удовлетворенность персонала трудовым и лечебно-диагностическим процессами, качеством оказания медицинской помощи. В каждом вопросе по изучению удовлетворенности было по пять вариантов ответов: «полностью удовлетворен», «в какой-то мере удовлетворен», «затрудняюсь ответить», «в какой-то мере не удовлетворен», «совсем не удовлетворен». Для подробного изучения ответов респондентов коэффициент удовлетворенности врачей рассчитан в баллах, для чего первому варианту ответа, как оценке наивысшей степени, присвоено 100 баллов, второму варианту – 75, третьему – 50, четвертому – 25, пятому – 0. Проведена статистическая обработка полученных данных. Для выяснения характера связи определялся коэффициент Крамера (V).

Результаты и обсуждение исследования. Коэффициент удовлетворенности, рассчитанный как средний балл оценок 300 респондентов, выставленных по всем 50 вопросам, составил 69,3 балла. В то же время, индивидуальный коэффициент удовлетворенности колебался в пределах от 29,9 до 91,1 балла. Преваляровала доля респондентов с коэффициентом удовлетворенности от 50 до 74 баллов (58,7 %), несколько ниже доля опрошенных с наивысшим коэффициентом удовлетворенности (34 %) и лишь 7,3 % врачей имели коэффициент удовлетворенности от 25 до 49 баллов. Показатель удовлетворенности врачей, работающих в стационаре (60,2 балла) ниже, чем у врачей поликлинического звена (71,6 баллов; $p < 0,05$). Не выявлено существенных различий коэффициентов удовлетворенности у врачей терапевтического (72,2 балла) и хирургического (71,2 балла) профилей. Удовлетворенность врачей диагностической службы (62,4 балла) ниже, чем у терапевтов и хирургов ($p < 0,05$). Не установлено достоверного различия в удовлетворенности врачей в зависимости от пола: мужчины – 70,2, женщины – 68,5 баллов. Среди респондентов в возрасте 56 лет и старше коэффициент удовлетворенности существенно (75,9 баллов) выше, чем в возрасте 36–45 лет (64,2 балла; $p < 0,05$) и 46–55 лет (62,7 баллов; $p < 0,05$). Наименьший коэффициент удовлетворенности установлен у респондентов со стажем работы в данном медицинском учреждении 6–10 лет (61,2 балла), а наибольший – у врачей со стажем более 10 лет – 74 балла ($p < 0,05$).

Анализ характера связи между удовлетворенностью респондентов и перечисленными факторами показал, что на формирование мнения опрошенных место работы врачей в стационаре или поликлинике оказывает меньшее влияние (коэффициент Крамера от 0,03 до 0,23), чем профиль (специальность) респондентов ($V = 0,13 - 0,68$). Профиль врачей оказывает наибольшее влияние на формирование мнения об удовлетворенности их в целом отношением персонала к пациентам ($V = 0,68$), объемом помощи, предоставляемой пациентам

($V = 0,65$), приобретением современного медицинского оборудования в учреждении ($V = 0,65$), улучшением материально-технической базы больницы ($V = 0,56$), качеством лечения ($V = 0,5$), мерами, предпринимаемыми для обеспечения конфиденциальности при оказании помощи пациентам ($V = 0,5$), объемом информации, предоставляемой пациентам о заболевании ($V = 0,49$) и лечении ($V = 0,47$), профессиональной компетентностью среднего медперсонала ($V = 0,45$) и врачей ($V = 0,41$), сроками установления клинического диагноза ($V = 0,42$), отношениями с коллегами ($V = 0,42$). Меньшее влияние профиль врачей оказывает на удовлетворенность рабочей нагрузкой ($V = 0,18$), своей работой в учреждении ($V = 0,16$), заработной платой ($V = 0,13$). Влияние возраста респондентов на формирование мнения об удовлетворенности наиболее всего проявилось в удовлетворенности приобретением современного медицинского оборудования в учреждении ($V = 0,64$), улучшением в оказании качества медицинской помощи ($V = 0,58$), степенью контроля руководителя учреждения ($V = 0,57$), организацией работы учреждения в целом ($V = 0,51$), участием в работе научно-практического общества ($V = 0,45$), частотой проведения собраний трудового коллектива ($V = 0,43$) и эффективностью этих собраний ($V = 0,45$), льготами, которые получают на работе ($V = 0,43$), качеством диагностики ($V = 0,4$), рабочей нагрузкой ($V = 0,4$). Влияние возраста респондентов на удовлетворенность своей работой в учреждении и уровнем заработной платы незначительное – $0,17$ и $0,24$. Установлено незначительное влияние стажа работы в данном учреждении на удовлетворенность врачей своей работой ($V = 0,13$), заработной платой ($V = 0,17$), рабочей нагрузкой ($V = 0,18$). Наибольшее влияние стаж работы оказывает на удовлетворенность качеством лечения ($V = 0,42$) и качеством учебы и повышения квалификации ($V = 0,49$).

Таким образом, на формирование мнения об удовлетворенности работой наибольшее влияние оказывают профиль отделения и возраст респондентов. Выводы исследования станут основой для разработки предложений по улучшению качества оказания медицинской помощи в учреждении.

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ВУЛЬВЫ С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОМ «ФОТОСЕНС»

С. В. Евстифеев, М. Т. Кулаев, И. В. Бегоулов

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Цель работы. Оценить эффективность флюоресцентной диагностики (ФД) и фотодинамической терапии (ФДТ) у больных раком вульвы (РВ) при введении фотосенсибилизатора «Фотосенс» в дозе $0,5$ и $0,8$ мг/кг.

Материал и методы. На базе Мордовского республиканского онкологического диспансера была проведена ФД и ФДТ 17 больным РВ с использованием отечественного фотосенсибилизатора «Фотосенс» производства ФГУП «ГНЦ

РФ «НИОПИК» (Москва). Фотосенс вводился в дозе 0,5 мг/кг массы тела 10 больным РВ и в дозе 0,8 мг/кг – 7 в виде однократной в/в 30-минутной инфузии в разведении 1:4 в 0,9 % растворе NaCl. Для ФД и ФДТ использовался комплекс ДТК-3М (ЦЕНИ ИОФ им. А. М. Прохорова РАН, г. Москва).

Результаты. Интенсивность флюоресценции в центре опухоли до введения Фотосенса (аутофлюоресценция) составила 14,5 отн. ед., а коэффициент диагностической контрастности (КДК) – 1,1, в то время как через 24 часа после введения Фотосенса интенсивность флюоресценции в центре опухоли у больных РВ составила 140,8 отн. ед., КДК – 1,65. С увеличением дозы вводимого препарата (с 0,5 до 0,8 мг/кг) интенсивность флюоресценции возрастала как в опухолевом очаге, так и в здоровой слизистой.

Через 1 месяц после проведения ФДТ полный эффект, выражающийся в полной эпителизации опухолевого очага, наблюдался у 8 (47 %) больных РВ, частичный эффект, характеризующийся уменьшением площади опухолевых очагов более чем на 50 % был отмечен у 5 (29 %) пациенток и у 4 больных (24 %) зафиксирована стабилизация.

Выводы. Флюоресцентная диагностика рака вульвы с применением отечественного фотосенсибилизатора «Фотосенс» обладает умеренной диагностической ценностью и может быть использована при данной локализации опухолевого процесса. Анализ ближайших результатов лечения больных раком вульвы методом ФДТ с препаратом «Фотосенс» (в дозе 0,5 и 0,8 мг/кг) показывает его достаточную эффективность.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

А. И. Ермолаева, Г. А. Баранова, Я. И. Белякова

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

В настоящее время отмечается рост аутоиммунных заболеваний, в том числе и гипотиреоза. Особую важность имеет диагностика и лечение гипотиреоза в пожилом возрасте, когда общие неспецифические симптомы могут быть отнесены к естественной возрастной инволюции, органной патологии. По литературным данным имеется описание клинической картины гипотиреоза и его осложнений, но особенности течения цереброваскулярной патологии, в частности нейрососудистых вертеброгенных синдромов и хронической недостаточности мозгового кровообращения, недостаточно исследованы и являются важной проблемой, связанной с высокой нетрудоспособностью, требующей эффективных методов лечения.

Целью настоящего исследования является улучшение рационального лечения цереброваскулярных заболеваний с учетом эндокринных факторов и с использованием средств воздействия на эндокринные нарушения.

Группа больных с гипотиреозом составила 130 человек. При проведении дифференциальной диагностики выделена группа больных с хронической недо-

статочностью мозгового кровообращения (ХНМК) на фоне гипотиреоза в количестве 84 человек и группа больных с синдромом позвоночной артерии вертеброгенного генеза и гипотиреозом в количестве 46 человек. Методы обследования включали исследования неврологического, эндокринного статуса, вертеброневрологическое обследование, изучение вегетативного статуса, лабораторные клинические и биохимические исследования, иммуноферментные исследования гормонов (ТТГ, сТ₃, сТ₄), лучевую диагностику, методы нейровизуализации, ультразвуковую доплерографию сосудов. Все результаты обследования подвергались статистической обработке методами вариационной статистики с определением показателя достоверности разности средних величин (*t*) и показателя вероятности различия (*P*).

В группе больных с ХНМК средний возраст составил $50,2 \pm 1,28$ лет. Длительность заболевания гипотиреозом была преимущественно в пределах от 1 года до 5 лет (60 %). Первичный гипотиреоз выявлен у 80 больных (95 %), вторичный гипотиреоз – у 4 больных (5 %). Первичный гипотиреоз был обусловлен диффузным узловым зобом у 30 больных (38 %), аутоиммунным тиреоидитом у 43 больных (54 %), послеоперационный гипотиреоз у 7 больных (8 %). Скрытый субклинический гипотиреоз выявлен у 32 % (27 больных) со средними значениями ТТГ $5,7 \pm 0,78$ мМЕ/л. Средние значения ТТГ в исследуемой группе составили $9,2 \pm 0,8$ мМЕ/л. Средние значения Т₄ – $4 \pm 0,6$ мкг %; Т₃ – $62 \pm 1,2$ нг %.

По клиническим проявлениям вместе с общеизвестными проявлениями гипотиреоза в 98 % наблюдений отмечался вестибулоатактический синдром в сочетании с церебрастеническими нарушениями.

В группе больных с синдромом позвоночной артерии средний возраст составил $40,2 \pm 1,28$ лет. Первичный гипотиреоз, обусловленный аутоиммунным тиреоидитом и диффузным токсическим зобом, диагностирован у 93,5 %. Длительность заболевания гипотиреозом до 1 года была у 10 больных, до 5 лет у 20 больных, свыше 5 лет – у 16 больных. У 33,3 % (22 человека) отмечены субклинические проявления гипотиреоза, при которых наблюдалось повышение уровня ТТГ при нормальных значениях Т₃ и Т₄. Средние значения ТТГ при субклинических проявлениях гипотиреоза составили $5,8 \pm 0,88$ мМЕ/л.

Синдром позвоночной артерии в виде функциональной стадии диагностирован у 78,3 % и в виде органической стадии у 21,7 % больных. В клинической картине синдрома позвоночной артерии у больных гипотиреозом преобладали кохлео-вестибулярные проявления (100 %).

Комплексное лечение больных с ХНМК и синдромом позвоночной артерии включало заместительную гормональную терапию с назначением левотироксина. Назначение левотироксина использовалось и при скрытом гипотиреозе.

Многие эндокринологи, особенно если имеется гиперхолестеринемия, назначают в таких случаях левотироксин. Некоторые врачи не назначают левотироксин при бессимптомном гипотиреозе, а наблюдают за больными, проверяя функцию щитовидной железы каждые 6 месяцев. В таких случаях заместительную гормональную терапию начинают, когда на фоне повышения Т₄ снижается уровень Т₄ и появляются четкие клинические признаки гипотиреоза.

По нашим наблюдениям в результате проведенного лечения с использованием медикаментозной коррекции гипотиреоза уменьшалась выраженность клинических проявлений, отмечалась положительная динамика в неврологическом статусе и при нейропсихологическом обследовании, нормализовались показатели артериального давления. Сократились средние значения числа дней нетрудоспособности у больных исследуемых групп по сравнению с контрольными. Течение обострений синдрома позвоночной артерии при гипотиреозе длительное, зависело от медикаментозной коррекции эндокринных расстройств.

Таким образом, лечение цереброваскулярных заболеваний при гипотиреозе должно включать медикаментозную коррекцию эндокринных нарушений.

РАЦИОНАЛЬНАЯ КОРПОРАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

***В. С. Животоцук, О. К. Командирова, Э. Н. Лазарева,
А. Б. Архипов, Н.В. Юрина***

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Несмотря на всестороннее внимание медиков всего мира к своевременной диагностике и лечению гипертонической болезни (ГБ), уровень этого заболевания во всех странах мира неумолимо растет (Оганов Р.Г. и соавт., 2010; Чазов Е.И., 2014 и др.). По статистике, артериальной гипертонией страдают лица трудоспособного возраста в возрасте 18–24 лет в среднем 15–17 %, в возрасте 53–74 лет до 60 %. Внедрение в практику лечения ГБ новых гипотензивных средств особенно в последнее десятилетие позволило во многом решить проблему снижения показателей высокого АД, однако степень кардио- и цереброваскулярных осложнений у этих больных по-прежнему остается высокой (Князев Т. и др., 2006; Арабидзе Г. Г., 1999; Sievers M.L. et al, 1999; Оганов Р. Г., 2010).

В настоящее время на ранних стадиях развития ГБ все большее внимание уделяется немедикаментозным методам лечения, среди которых одно из важных мест занимают рефлексотерапия и физиотерапия.

Под наблюдением находились 40 больных артериальной гипертонией в возрасте 35–72 лет, 24 женщины, 26 мужчин. Длительность заболевания – от года до 10 лет. У 40 % больных была артериальная гипертензия I стадии, 60 % больных была артериальная гипертензия II стадии, 2–3-й степени АД, со средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, у 10 % пациентов была III стадия АГ. У всех больных выявлены в разной степени выраженности жалобы на нестабильность артериального давления, головные боли и головокружение, шум в ушах, значительное снижение памяти и работоспособности, плохой сон, чувство тревожности, общую слабость и утомляемость.

При разовом измерении артериального давления (АД) установлено повышение САД до $160,5 \pm 4,7$ мм рт. ст., ДАД – до $100,4 \pm 1,7$ мм рт. ст. По резуль-

татам суточного мониторингирования АД выявлено повышение показателя гипертонической нагрузки, что выражалось в увеличении среднесуточного, дневного и ночного времени САД и ДАД. Психологический статус пациентов характеризовался повышением индекса тревожности, стресс-индекса.

Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы, по 20 пациентов в каждой: больным ГБ 1-й группы (основной) проводились рациональная корпоральная рефлексотерапия и аурикулярная пролонгированная микроиглотерапия, суховоздушные углекислые ванны, сегментарная лазеротерапия. Больные 2-й группы (группа сравнения) получали лишь физиотерапию (суховоздушные углекислые ванны, магнитолазеротерапию). Кроме того, пациенты обеих групп получали общепринятую базовую гипотензивную медикаментозную терапию.

Лечение больных проводилось методом комплексной рефлексотерапии (корпоральной и аурикулярной) один раз в день в течение 10–12 дней. Рецепт акупунктурного лечения подбирался индивидуально с учетом степени отклонения показателей классических меридианов в системе Риодораку. Первые 5 дней КРТ проводили ежедневно до достижения существенного клинического эффекта в виде ликвидации большинства клинических симптомов проявления заболевания и снижения показателей АД до целевого уровня. Последующие 5–7 сеансов комплексная рефлексотерапия осуществлялась через день в сочетании с пролонгированной аурикулярной микроиглотерапией. После выписки из стационара больные обучались самостоятельному методу подкрепляющего воздействия на биологически активные точки 4 раза в день в течение 1–1,5 месяцев, посещая врача 1 раз в неделю.

«Сухие» углекислые ванны проводились с использованием аппарата «Реабокс» по стандартной методике. Скорость потока углекислого газа – 15 л/мин, температура газовой смеси – 28 °С, продолжительность процедуры – 15 мин. Сегментарная лазеротерапия проводилась аппаратом «Мустанг 2000» по стабильной методике на воротниковую зону. Длина волны импульсного инфракрасного излучения – 0,85 мкм, выходная мощность воздействия – 30 мВт. Процедуры проводились ежедневно, на курс – 10 процедур.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного лечения у больных обеих групп установлены положительная динамика клинической картины основного заболевания, стабилизация артериального давления. Головные боли, головокружения уменьшились у 73 % больных, восстановление сна отмечено у 36 % больных. Больные отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение общей слабости, утомляемости, повышение работоспособности.

По данным суточного мониторингирования АД установлено уменьшение среднесуточных, дневных и ночных показателей САД и ДАД. Так, среднесуточное САД в 1-й группе снизилось с $148,5 \pm 2,4$ до $132,5 \pm 2,1$ мм рт. ст., $p < 0,05$, среднесуточное ДАД – с $92,1 \pm 2,1$ до $83 \pm 1,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$, дневное – на 15 и 13 %, ночное – на 11,3 и 9,4 % соответственно. Во 2-й группе САД за сутки уменьшилось с $145,1 \pm 2,5$ до $125,1 \pm 2,1$ мм рт. ст., $p < 0,05$, ДАД – с $94,4 \pm 2,3$ до $82,0 \pm 1,7$ мм рт. ст., $p < 0,05$. САД дневное уменьшилось на 17 %, с $153,4 \pm 2,7$ до $131,1 \pm 2,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$, ДАД уменьшилось на

15 %, с $96,8 \pm 2,7$ до $83,44 \pm 1,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$, САД ночное – на 13 %, ДАД ночное – на 10 %.

Заключение. Несмотря на то, что у всех больных ГБ отмечалось снижение показателей АД после 5–7 сеансов лечения, у больных основной группы, получивших сочетанный вариант лечения рефлексотерапии и физиотерапии, снижение показателей АД было плавным, умеренным и достаточно стабильным. У больных ГБ, получивших только физиотерапию, АД снижалось неравномерно, более резко с нестабильным эффектом, отмечалось его колебание в значительных пределах в течение суток. Особенно это отмечалось в течение первых 3–4 сеансов лечения.

Включение в комплекс лечения аурикулярной пролонгированной микроиглотерапии с индивидуальным дифференцированным подбором точек акупунктуры в сеансы лечения, позволило стабилизировать показатели АД на целевом уровне без добавочной коррекции фармакологическими препаратами. Методика пролонгированной аурикулярной микроиглотерапии позволяет купировать у больных ГБ попутные симптомы заболевания, такие как головная боль, головокружение, преходящая тошнота, общая слабость и др. Кроме того, у 85 % больных установлено повышение по шкале «Самочувствие», «Активность» и «Настроение», снижение уровня реактивной тревоги и личностной тревожности. У больных ГБ группы сравнения установлено лишь достоверное повышение по шкале «Самочувствие».

Сравнительная оценка проведенных результатов лечения показало, что совмещение рефлексотерапии и физиотерапии является наиболее удачным сочетанием немедикаментозных методов лечения больных ГБ, поскольку снижаются не только показатели АД до целевого уровня, стабилизируются показатели ритма сердца, дыхания, терморегуляции, но и рождаются защитные механизмы в организме пациента от эпизодических подъемов АД, что является профилактикой осложнений при ГБ. Сочетание рефлексотерапии и физиотерапии позволяет, не увеличивая фармакологическую нагрузку на пациента, снизить показатели АД до целевого уровня, стабилизировать их на значительный период времени, убрать большинство клинических проявлений заболевания и значительно улучшить качество жизни больных ГБ.

ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

***А. В. Журавлев, С. Е. Каторкин, А. А. Чернов, А. В. Шамин,
А. Н. Разин, М. С. Тулупов, В. Н. Краснова***

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Введение. Хронический геморрой – часто встречающееся заболевание в практике колопроктолога (118–120 человек на 1000 взрослого населения). Колопроктологи активно занимаются диагностикой и лечением ректоцеле. Распространенность которого среди женщин варьирует от 7,0 до 56,5 %.

В настоящее время ведется поиск современных методов лечения указанных заболеваний, позволяющих как снизить риск операции, так и повысить их эффективность.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов страдающих ректоцеле и хроническим геморроем.

Материал и методы. Всем пациентам после опроса и сбора анамнеза выполнялись следующие методы обследования: клинический осмотр, манометрия, сфинктерометрия, миография, исследование прямой кишки пальцем и бимануальное ректо-вагинальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование.

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция (ЭСПр) прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 г. Оперировано 627 больных. Возраст пациентов от 25 до 72 лет У 438 (69,8 %) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2–4 стадии. У 189 (30,2 %) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1–3 степени. Из них у 125 (66,1 %) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем.

Результаты и обсуждение. Средний послеоперационный период – $2,9 \pm 0,8$ дней. Средний период реабилитации – $11,2 \pm 1,3$ дней. Результаты изучены у 242 человек (6–36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 224 наблюдениях; удовлетворительные результаты в 113 случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 5 пациенток – сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Этим пациенткам была выполнена операция prolift posterior с хорошими результатами.

Вывод. Преимуществами ЭСПР прямой кишки являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СКОЛИОЗА I–II СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ

Т. Н. Зайцева, А. Г. Куликов

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

Проблема лечения и реабилитации детей, страдающих сколиозом до настоящего времени остается одной из наиболее серьезных, важных и далеко не разрешенных в детской ортопедии, что побуждает к поиску новых подходов к раннему выявлению и мониторингу деформации позвоночника, а также созданию высокоэффективных методов консервативной терапии.

Целью исследования является оценка эффективности применения низкочастотного электростатического поля в комплексном лечении сколиоза I–II степени у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Реабилитационно-образовательном центре № 76 г. Москвы, в котором приняли участие 93 пациента с диагнозом сколиоз I–II степени в возрасте 11–16 лет, в том числе 65 (69,9 %) девочек и 28 (30,1 %) мальчиков. Методом простой рандомизации все обследуемые пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и клинико-функциональным показателям. I группа (основная) включала 45 больных, которым на фоне базисной терапии назначали процедуры низкочастотной электростатической терапии. Другая часть пациентов – 48 человек, составили II (контрольную) группу. Им назначали только курс базисную терапию

Базисная терапия включала соблюдение рационального режима дня, лечебное питание, ортопедический режим, занятия лечебной физкультурой, в том числе в бассейне, и курсы ручного массажа. Для выполнения процедур низкочастотной электростатической терапии нами был использован отечественный аппарат «ЭЛГОС».

Своим пациентам мы в обязательном порядке выполняли клинико-функциональные и рентгенологические исследования. Дополнительно были использованы современные методы диагностики: компьютерная оптическая топография, термография.

Результаты и обсуждение. Все пациенты хорошо переносили комплексную терапию. Процедуры низкочастотной электростатической терапии отрицательных побочных реакций также не вызывали.

Анализ полученных результатов позволил установить, что до начала восстановительного лечения 53,2 % пациентов предъявляли жалобы на периодически возникающие боли умеренной интенсивности в спине при статической нагрузке. Боли в ногах при длительной физической нагрузке и быструю утомляемость отмечали, соответственно, 31,9 % и 78,7 % пациентов. Повторное обследование детей основной и контрольной групп показал, что исчезновение или уменьшение болевого синдрома происходило практически во всех случаях, но степень выраженности в группах различалась. Так, исчезновение болевого синдрома отмечено у 44,4 %, а уменьшение – у 20 % больных основной группы, тогда как в контрольной группе данные показатели составляли лишь 18,3 % и 16,3 %, соответственно.

При оценке динамики показателей выносливости мышц спины и живота выявлено существенно более значимое их возрастание среди лиц основной группы, где силовая выносливость мышц спины возросла в 2,05 раза, а мышц живота – в 1,7 раза. В контрольной группе силовая выносливость мышц спины увеличилась лишь в 1,2 раза, а мышц живота – в 1,3 раза. Не менее важным явилось и возрастание жизненной емкости легких, свидетельствующее о положительной динамике функционирования дыхательной системы. Так, по результатам спирометрии у 44 (97,8 %) пациентов основной группы и у 39 (79,6 %) пациентов контрольной группы выявлено увеличение жизненной емкости легких.

Анализ результатов компьютерной оптической топографии выявил положительную динамику в виде уменьшения степени выраженности угла отклонения позвоночника и снижения торсии у 40 (88,9 %) пациентов основной группы

и у 32 (65,3 %) пациентов контрольной группы. Указанные изменения свидетельствовали об уменьшении признаков сколиотической деформации позвоночника.

Оценка термограмм обследованных детей до начала комплексной терапии позволила выявить различные варианты нарушения нормальной термотопографии поверхности спины в зависимости от степени и локализации сколиотической дуги: термоасимметрия теплового рисунка, очаги сплошной и пятнистой гипертермии в паравертебральных областях, что свидетельствовало о нарушении микроциркуляции и локальной гемодинамики в этой области. При повторных термографических исследованиях, выполненных после окончания восстановительного лечения отмечалось существенное выравнивание теплового рисунка.

Сравнительная оценка результатов лечения пациентов основной и контрольной групп, выявила наиболее заметные положительные результаты у больных основной группы. Эти изменения отмечались как при клиническом осмотре пациентов, так и при топографическом и термографическом исследованиях. Особенно ценно то, что данные исследования показывают уменьшение признаков сколиотической деформации позвоночника.

Выводы. Выявлено благоприятное воздействие электростатической терапии на некоторые клинические симптомы заболевания, а также гемодинамику и микроциркуляцию в области воздействия. Таким образом, результаты исследования показали высокую клиническую эффективность низкочастотной электростатической терапии в комплексном лечении сколиоза I-II степени.

Использование комплексного воздействия низкочастотного электростатического поля, разгрузки позвоночника в сочетании с регулярными занятиями лечебной физкультурой, гидрокинезотерапией способствует стабилизации патологического процесса, предупреждает развитие осложнений, значительно сокращает сроки лечения и уменьшает вероятность инвалидизации данной категории пациентов.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИОЦИТОГРАММЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СИНОВИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А. Н. Захватов, А. Н. Беляев, С. И. Кузнецов, С. А. Козлов

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Введение. Дегенеративно-дистрофические заболевания крупных суставов нередко имеют травматическую этиологию. Одним из важных факторов, усугубляющим деструкцию хрящевой ткани, является посттравматический синовит. Широкое использование нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении данной патологии в ряде случаев сопряжено с высоким риском развития гастропатии, что вынуждает искать альтернативные методы воздействия на патогенез заболевания. В связи с этим большой интерес представляет внутрисуставная озонотерапия, обладающая выраженным противовоспалительным и анальгетическим эффектом.

Цель исследования состояла в оценке влияния внутрисуставной озонотерапии на цитологический состав синовиальной жидкости крыс на фоне экспериментальной травмы коленного сустава.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 71 белых нелинейных крысах обоего пола массой 180–200 г, содержащихся в стандартных условиях вивария ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарева». Животные были разделены на 4 серии. Первую серию составили интактные животные в количестве 12 особей. Во второй (20 крыс), третьей (19 крыс) и четвертой (20 крыс) сериях производилось моделирование травмы коленного сустава механическим путем по методике Г. М. Дубровина. Во второй (контрольной) серии лечение не проводилось. Животные третьей опытной серии получали нимесулид перорально через зонд в среднетерапевтической дозе 2 мг/кг ежедневно в течение 10 дней. В четвертой серии производилось внутрисуставное введение 0,2 мл озонкислородной смеси в концентрации 15 мг/л через день в сочетании пероральным введением нимесулида дозе 2 мг/кг. Продолжительность курса лечения составляла 10 дней. Исследования проводили на 3 и 28 сутки лечения. Животных выводили из эксперимента в соответствии с Конвенцией по защите животных, принятой Советом Европы в 1986 г. Синовиальную жидкость после артротомии коленного сустава переносили на предметное стекло и распределяли по нему тонким слоем. Полученные таким образом мазки окрашивали по Романовскому-Гимзе. Статистическая обработка результатов исследований проведена с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Большую часть клеток синовиальной жидкости интактных животных составляли лимфоциты (66,78 %) и синовиоциты (11,19 %). Значительно реже в мазках встречались нейтрофилы (5,52 %), моноциты (4,92 %) и макрофаги (8,21 %). Также обнаруживались клетки с явлениями апоптоза, не поддающиеся идентификации (5,38 %).

Анализ синовиоцитограммы животных контрольной серии на 28 сутки с момента травмы показал увеличение числа гематогенных клеточных элементов: количество нейтрофилов возросло до 28,94 %. Также в мазках возросла доля синовиоцитов и макрофагов до 20,30 и 24,96 % соответственно от общего числа клеток. Ввиду этого наблюдалось относительное снижение лимфоцитов и моноцитов в мазках (23,17 и 1,24 % соответственно). Данная картина соответствует литературным данным, согласно которым, острый воспалительный процесс в суставе постепенно сменяется прогрессирующими дегенеративно-дистрофическими расстройствами.

К 28 суткам соотношение клеточных элементов синовиальной жидкости животных, которым перорально вводился нимесулид, изменилось в сторону уменьшения нейтрофильных лейкоцитов до 14,32 % и роста макрофагов до 17,76 %. Содержание синовиоцитов за прошедший период времени практически не изменилось и составляло 23,23 %. Относительно результатов контрольной серии количество клеток гематогенного происхождения у животных, получавших нимесулид было ниже, тогда как существенных различий в отношении тканевых клеточных элементов не выявлено.

Состав синовиальной жидкости крыс, получавших комбинацию нимесулида и озона внутрисуставно на 28 сутки, претерпел выраженные изменения. В синовиоцитогамме животных число нейтрофилов уменьшилось до 10,21 %, свидетельствуя о снижении активности воспалительного процесса, содержание макрофагов и синовиоцитов практически не отличалось от аналогичных показателей интактных животных (11,36 и 14,42 % соответственно).

Выводы. Экспериментальная травма коленного сустава сопровождается изменением клеточного состава синовиальной жидкости воспалительного характера, проявляющиеся увеличением гематогенных клеточных элементов, которые постепенно замещаются клетками тканевого происхождения, свидетельствующими о дегенеративных изменениях синовиальной среды сустава. Нимесулид способствует уменьшению доли гематогенных клеточных элементов, купируя тем самым явления посттравматического синовита, но не оказывает влияния на продолжающиеся деструктивные процессы. Внутрисуставная озонотерапия оказывает выраженный противовоспалительный эффект, сравнимый с нимесулидом. Кроме того, положительное влияние озона на клеточный состав синовиальной жидкости проявляется ограничением роста числа синовиальных клеток, ответственных за прогрессирование деструкции в суставе. Наибольший эффект достигается при комбинированном применении нимесулида и озона, что по-видимому обусловлено их воздействием на разные звенья патогенеза воспалительного процесса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА А (H1N1) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ В СЕЗОНЕ 2015–2016 гг.

О. А. Зыкова, Н. В. Свистунова, О. А. Коннова, Д. Ю. Курмаева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Грипп последнего сезона был связан с распространением вируса А (H1N1). Исследования показали, что вирус гриппа А(H1N1) с относительно умеренными патогенными свойствами и антигенной новизной обладает всеми качествами пандемического вируса. Известно, что ежегодные эпидемии гриппа приводят к росту госпитализации и увеличению смертности, что происходит, в основном, за счет пациентов из групп риска – детей до 5 лет, беременных женщин, лиц старше 65 лет и пациентов с хроническими заболеваниями. В этой связи изучение эпидемиологических особенностей прошедшего сезона гриппа имеет важное прогностическое значение.

Цель исследования: изучить эпидемиологические особенности у больных старше 18 лет с гриппом А(H1N1), пролеченных в областном клиническом центре.

Материалы и методы исследования: для проведения анализа использовали отчетные формы ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Для анализа данных были взяты только лабораторно расшифрованные случаи заболевания. Этиология гриппа считалась установленной при определении РНК вируса гриппа А(H1N1) в носоглоточном отделяемом методом ПЦР в реальном времени.

Результаты и обсуждение: результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающих грипп А(Н1N1), получены для 138 пациентов старше 18 лет. Основное число заболевших пришлось на январь – 30,5 %, февраль – 51 % и март – 11,1 %. Медиана возраста больных составила $38,9 \pm 2,3$ лет. Лишь 27,7 % пациентов отметили предшествующую вакцинацию от гриппа.

По результатам клинического течения заболевания сформированы 2 группы больных: 1 группа пациентов (23 человека) имели осложненное вирусной-бактериальной пневмонией течение гриппа; 2 группа (115 человек) – больные без признаков пневмонии. Средний возраст больных первой группы составил $49,8 \pm 1,2$ лет, при этом пациенты трудоспособного возраста (18-60 лет) госпитализированы в стационар в 82,6 % случаев. Средняя продолжительность госпитализации у пациентов 1 группы составила $15,13 \pm 1,03$ дней. Частота встречаемости осложненного течения гриппа А(Н1N1) среди женщин (47,8 %) была несколько ниже, чем среди мужчин (52,2 %). Средний возраст больных 2-й группы составил $36,6 \pm 1,2$ лет, а пациенты трудоспособного возраста госпитализированы в 84,7 % случаев. Средняя продолжительность госпитализации во второй группе больных была $6,75 \pm 0,9$ дней. Достоверно чаще неосложненное течение заболевания наблюдалось среди женщин (66,0 %), чем среди мужчин (34,0 %).

Заключение. По данным проведенного исследования в эпидемическом сезоне 2015/16 гг. грипп имел следующие особенности:

- наибольшее число заболевших зарегистрировано в первые три месяца эпидемического сезона;
- среди госпитализированных в стационар преобладали лица женского пола, у которых отмечалось преимущественно неосложненные пневмонией формы заболевания;
- две трети больных не имели положительного прививочного анамнеза против гриппа;
- средний возраст больных с осложненной формой гриппа был достоверно выше, чем у пациентов с неосложненным течением заболевания.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕТУБЕРКУЛЁЗНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ В XXI в.

А. В. Ильинов^{1,2}, Ю. С. Винник^{1,2}, О. В. Абарникова^{2,3}

¹*КГБУЗ КМКБ № 7, г. Красноярск*

²*ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск*

³*ФКУЗ «МСЧ-24» ФСИН России, г. Красноярск*

Заболевания, вызываемые нетуберкулёзными микобактериями как медико-социальная проблема, актуальны в настоящее время не только в развивающихся

странах, но и в большинстве регионов России. Одной из основных причин роста заболеваемости микобактериозами является эпидемия ВИЧ-инфекции. В наибольшей степени данные изменения затрагивают нозологии, вызванные условно-патогенными возбудителями, которые в условиях сниженной иммунологической реактивности человеческой популяции приобретают эпидемическое распространение.

Нетуберкулезные микобактерии вызывают заболевания легких, лимфатических узлов, кожи, мягких и костных тканей. При этом чаще регистрируются заболевания легких; группой риска являются лица старше 50 лет, имеющие предшествующие деструктивные или обструктивные поражения легких. Диссеминированные процессы развиваются как осложнение у больных с синдромом иммунодефицита.

К наиболее распространенным видам, вызывающим заболевания человека, относятся медленно растущие нетуберкулезные микобактерии (НТМБ) комплекса *avium – intracellulare* (*M. avium complex* – МАС). По данным отечественных авторов, МАС вызывают примерно 75 % всех микобактериозов легких, являются основными возбудителями микобактериозных лимфаденитов.

В связи с природной устойчивостью НТМБ ко многим антибактериальным, в том числе к основным и резервным противотуберкулезным препаратам, а также к широкому спектру дезинфектантов, лечение микобактериозов является сложной задачей и часто ассоциируется с неудачей лечения, что приводит к высоким показателям летальных исходов.

Многие виды НТМБ обладают высокой устойчивостью к действию факторов внешней среды за счет способности образовывать биопленки, которые, возможно, являются основной причиной распространения микобактерий в окружающей среде. Их обнаруживают повсеместно: в почве, в естественных водоёмах, аэрозолях, водопроводной воде, вплоть до хирургических растворов.

Патология, вызываемая NTM, имеет определённые черты сходства с туберкулёзом (легочными и генерализованными формами). Это обуславливает необходимость совершенствования существующих и разработку новых методов микробиологической диагностики.

Таким образом, решение данной проблемы требует комплексного подхода и участия, как российских научных работников, так и врачей. Совместные усилия позволят более эффективно решать задачи совершенствования методов ранней диагностики заболеваний, вызываемых NTM, способствовать более эффективной тактике лечения, что в свою очередь может уменьшить затраты на пациента за счет сокращения койко-дня пребывания в стационаре.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Д. С. Ирышков, Г. Г. Оганян, Д. Г. Дурдыева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Цель исследования: сравнительный анализ весовых показателей плода по результатам наружных измерений, данных УЗИ и истинного веса новорожденного для изучения информативности применяемых методов.

Материалы и методы: проведен выборочный ретроспективный анализ историй родов у 200 беременных в III триместре и родильниц за 2015–2016 гг., находившихся на родоразрешении в ГБУЗ Пензенский городской родильный дом. Был проведен сравнительный анализ предполагаемой массы плода (ПМП) по наружным измерениям, данных УЗИ плода и истинного веса новорожденного. Результаты данной работы представлены в таблице 1, 2.

Таблица 1

Среднее значение весовых показателей по результатам наружного измерения, данных УЗИ плода и истинного веса новорожденного в 2015 г.

100 беременных и родильниц за 2015 г.	По наружным измерениям	УЗИ плода	Вес при рождении
Среднее значение весовых показателей (г)	3720 (± 200)	3550 (± 200)	3600 (± 200)

Таблица 2

Среднее значение весовых показателей по результатам наружного измерения, данных УЗИ плода и истинного веса новорожденного в 2016г.

100 беременных и родильниц за 2016 г.	По наружным измерениям	УЗИ плода	Вес при рождении
Среднее значение весовых показателей (г)	3870 (± 200)	3300 (± 200)	3460 (± 200)

Результаты расхождения оценки предполагаемого веса плода в большую сторону по данным наружных измерений объясняются, главным образом, из-за наличия у беременных ожирения различных степеней выраженности и субъективизмом оценки измерений. Однако дополнительные методы исследования (УЗИ фето-плацентарного комплекса) показывают совпадение веса в допустимых границах.

Вывод: в результате проведенной работы выявлено практическое совпадение весовых показателей плода и новорожденного, что свидетельствует о высокой информативности используемых методов. Рутинное использование оценки предполагаемой массы плода позволяет вырабатывать правильный план ведения родов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛИСТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ж. Н. Карнеева¹, И. П. Баранова¹, А. В. Митрофанова², Е. М. Яшина²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, г. Пенза

Листериоз – инфекционное заболевание, протекающее с лихорадкой, интоксикацией и полиморфной клинической симптоматикой. Преимущественно поражаются лимфоидные органы, печень, селезенка, центральная нервная система, развивается моноклеарная реакция периферической крови.

Из шести известных в настоящее время видов листерий (*L.monocytogenes*, *L.ivanovii*, *L.innocua*, *L.seeligeri*, *L.welshimeri*, *L.grayi*), только *L.monocytogenes* патогенна для человека и животных. Листериоз широко распространен среди людей в виде субклинических и клинически выраженных форм, чаще со спорадической заболеваемостью. Эту инфекцию принято относить к оппортунистическим, наибольшему риску заболевания подвергаются лица с различными иммунодефицитами, в том числе беременные и новорожденные.

Основными формами острого листериоза являются: железистая; гастроэнтеритическая; нервная; септическая; бактерионосительство. Отдельно выделяют листериоз беременных и новорожденных, так как наибольшую опасность листериозная инфекция представляет именно для беременных женщин и новорожденных. По сравнению с другими женщинами беременные в несколько раз более восприимчивы к листериозу. Он обуславливает выкидыши, мертворождение, развитие пороков плода, а также менингиты, сепсис и пневмонию у новорожденных. Умершие вследствие листериоза новорожденные составляют 0,4–4 % общего количества перинатальных вскрытий.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений листериоза у беременных женщин и новорожденных детей.

Материалы и методы: С 2011 г. согласно санитарным правилам СП 3.1.7. 2817-10 «Профилактика листериоза у людей» на базе ОДКБ им. Н. Ф. Филатова г. Пензы проводятся исследования различных образцов на листериоз, включающих посевы мазков из мочи и цервикального канала беременных женщин, посевы крови, мочи и содержимого трахеобронхиального дерева у новорожденных детей и детей более старшего возраста с патологией органов дыхания, а также образцы плаценты. Используется бактериологический метод (посев на питательные среды), серологический метод (РПГА), также проводится патологоанатомическое исследование плаценты, внутренних органов погибших плодов и новорожденных.

Результаты исследования.

В 2011–2015 гг. было проведено бактериологическое обследование на листериоз у 5725 беременных женщин и рожениц (5323 исследования мазков из цервикального канала, 2117 – посевы мочи, 402 – мазки с последа и отделяемое плаценты).

В результате проведенных исследований листерии обнаружены у 11 беременных женщин. Неблагоприятный акушерский анамнез выявлен у 4 пациенток (36,7 %), в том числе неразвивающаяся беременность (9,09 %), самопроизвольные выкидыши (18,2 %), преждевременные роды (9,09 %). Анализ исходов беременностей показал, что в 7 случаях (42,4 %) роды закончились рождением здорового доношенного ребенка, однако в родах отмечалась слабость родовой деятельности (9,09 %), длительный безводный период (18,2 %), многоводие (9,09 %), обвитие пуповиной (18,2 %). В двух случаях беременность закончилась преждевременными родами в сроке 33–35 недель. В трех случаях в плаценте обнаружены характерные изменения. В одном случае родился ребенок с врожденным пороком сердца синего типа (переведен в кардиоцентр).

У одной беременной в сроке 28 недель развилась клиника острого пиелонефрита и диагностирована антенатальная гибель плода; в мазке из цервикального канала и при посеве мочи выделена *L.monocytogenes*. Пациентка получила курс антибактериальной терапии ампициллином двумя циклами с интервалом 1,5 месяца. В результате повторных исследований на листериоз анализы были отрицательные. При патологоанатомическом исследовании из легких погибшего плода и плаценты выделена *L.monocytogenes*, во внутренних органах погибшего плода (головной мозг, легкие, печень, селезенка, кишечник) обнаружены специфические гранулемы («листериомы»).

Также проводилось обследование на листериоз у 1628 новорожденных детей (в т.ч. недоношенных) с подозрением на внутриутробную инфекцию: посевы мазков с кожи (1628), из зева (933), из пупочной ранки (46), из глаз (810). Листерии обнаружены у 6 детей.

У трех пациентов с генерализованной внутриутробной инфекцией листерии обнаружены в крови, моче и содержимом трахеобронхиального дерева. Этим пациентам выставлен диагноз: «Врожденный листериоз, генерализованная форма (детский септический гранулематоз)». При обследовании их матерей выявлены листерии в мазке из цервикального канала, а в крови обнаружены антитела к листерии с ростом в парных сыворотках (1:200 – 1:400 в РПГА). Матери получили курс антибактериальной терапии ампициллином двумя циклами с интервалом в 1,5 месяца.

В одном случае генерализованной внутриутробной инфекции наступил летальный исход. При жизни этого пациента (возраст на момент смерти – 28 дней) был выставлен клинический диагноз (который подтвержден аутопсией): «Врожденный листериоз, генерализованная (септическая) форма: гнойный менингит, энтерикулит, очагово-сливная пневмония с риском деструкции, гепатит, кардит. Осложнения: внутрижелудочковое кровоизлияние II–III степени, лейкомаляция, внутренняя гидроцефалия. Полиорганный недостаток: ДН III степени, ССН IIб ст., ОПН. Анемия I–II степени, гипотрофия I степени». При патологоанатомическом исследовании были обнаружены специфические гранулемы в различных органах и тканях погибшего ребенка.

У троих недоношенных детей листерии обнаружены в мазке с кожи; углубленное обследование (бак. посевы крови, мочи, мазков из зева) этих паци-

ентов и их матерей не выявило органной патологии и наличия листерий в других средах.

Заключение: Таким образом, проблема листериоза остается актуальной в практике акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, инфекционистов и является междисциплинарной. Листерия беременных может протекать бессимптомно, однако в 1\3 случаев приводит к развитию патологии беременности и родов, а также к развитию генерализованного врожденного листериоза у плода и новорожденного. Обнаружение *L.monocytogenes* в клиническом материале от беременных женщин требует проведения им специфической этиотропной терапии, наблюдения за плодом и обследования новорожденных. Обнаружение листерий из нескольких сред (органов) у детей с множественными поражениями органов позволяет поставить диагноз генерализованной формы листериоза (в том числе врожденный листериоз).

АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

С. А. Карпицкая

ГБУЗ ПГКБ № 6 им. Г. А. Захарьина, г. Пенза

Клиническая анестезиология в последние годы в качестве интегральной характеристики анестезии оперирует понятием «адекватность анестезии» вместо понятия «глубина анестезии». По мнению В.В. Лихванцева (2005) адекватность анестезии – это состояние динамического равновесия, при котором, воздействующие на человека повреждающие и защищающие факторы наносят минимальный вред организму, это постоянный баланс между интенсивностью боли и глубиной анестезии. При этом безопасная анестезия должна быть адекватной.

Идеального способа анестезии, как известно, не существует. Считается, что любая анестезия при хирургическом вмешательстве защищает организм больного от хирургической агрессии во всех ее проявлениях. В реальных условиях клиники это не всегда и далеко не так, поскольку анестезиологическая защита реализуется через дополнительную для больного агрессию – химическую или «наркозную» (А. М. Овезов и соавт., 2014). В подобной ситуации риск анестезиологического обеспечения может значительно превышать риск оперативного вмешательства.

Таким образом, хирургическое вмешательство сопровождается двумя компонентами агрессии – хирургическим и наркозным. Оценка вклада каждого из этих компонентов в общую агрессию, как правило, осуществляется на основе профессионализма анестезиолога, на его субъективном мнении. Объективных методик количественной оценки проявлений анестезиологического компонента агрессии в реальной клинической практике не существует, поэтому многие исследователи обращают пристальное внимание на изучение когнитивных дисфункций посленаркозного периода. Когнитивные расстройства, как проблема

послеоперационных осложнений, актуальны, поскольку их необходимо выявлять и лечить, а также проводить активную профилактику их развития. Однако этиопатогенез послеоперационной когнитивной дисфункции до настоящего времени окончательно не выяснен.

В условиях разнонаправленных изменений многочисленных параметров весьма затруднительно ориентироваться в общей картине происходящих в организме изменений, поэтому необходимы какие-либо интегральные параметры, которые можно оценить количественно. Есть все основания полагать, что в качестве одной из таких интегральных характеристик могут служить результаты стабิโลграфического исследования больного, при котором исследуется способность человека поддерживать вертикальную позу. Параметры стабิโลграфии являются интегральной двигательной реакцией поддержания равновесия, реализующейся при участии зрительной, вестибулярной и проприоцептивной сенсорных систем. Поэтому логично предположить, что изменения стабิโลграфических параметров у больных в периоперационном периоде могут служить предвестниками последующих когнитивных расстройств.

В настоящее время для оценки функции равновесия человека применяются компьютерные стабิโลграфы, которые анализируют перемещение центра давления стоп пациента на платформу прибора. Метод основан на графической регистрации колебаний общего центра тяжести тела человека, находящегося на специальной платформе в вертикальном положении. Удержание равновесия человеком является динамическим феноменом, требующим непрерывного движения тела, которое является результатом взаимодействия вестибулярного и зрительного анализаторов, суставно-мышечной проприорецепции, центральной и периферической нервной системы. Методика отличается высокой информативностью исследования, которая позволяет оценивать, как общее состояние человека, так и состояние целого ряда физиологических систем, участвующих в процессе поддержания вертикальной позы, при этом методика весьма чувствительна к воздействию на человека, что дает возможность объективизировать его реакцию на физические и психические воздействия, на прием лекарственных средств и даже запахи (Д. В. Скворцов, 2007). В результате исследования компьютеризированный стабิโลграф выдает графики перемещения центра давления, представленные как функция от времени для фронтальной и сагиттальной плоскости. Динамике стабิโลграфических показателей в периоперационном периоде посвящены единичные исследования (Сафронов и соавт., 2014).

Основной причиной эпизодического использования стабิโลграфии в анестезиологии считается невозможность провести исследование во время хирургического вмешательства. Тем не менее, сравнение показателей стабิโลграфии в послеоперационном периоде с исходными показателями до операции могут в определенной степени свидетельствовать о качестве и безопасности проведенной анестезии.

Предварительная оценка изменений стабิโลграммы в периоперационном периоде изучена у 15 больных, оперированных по поводу повреждений менисков коленного сустава при артроскопических операциях. Использован компьютеризированный стабิโลграф «ST-150», который помимо графиков перемеще-

ния центра давления на платформу прибора выдает значения более 20 характеристик этого перемещения при закрытых и открытых глазах. Исследование неинвазивное, продолжается не более 2-х минут.

Проведенные анестезии привели к разнонаправленным изменениям параметров, однако площадь статокинезиограммы и коэффициент Ромберга (соотношение площади, описываемой центром давления при открытых и закрытых глазах) через 24 часа после операции увеличились в разы по сравнению с дооперационными измерениями.

Клиническая интерпретация полученных результатов не позволяет сделать окончательный вывод вследствие малого числа наблюдений, тем не менее, перспектива продолжающегося исследования очевидна – стабилографические данные могут служить в качестве дополнительных критериев адекватности анестезии.

ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНОГО ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА «НАРИНЭ» В ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

***Н. С. Карташева¹, С. Л. Тузов¹, Л. А. Мусатова¹, А. В. Котовский¹,
И. А. Бекетова², М. Б. Ганина², В. Г. Асеев³, Г. М. Гришанович³,
Л. С. Этингер³, И. Е. Ситникова³, В. В. Ерушова³, Т. Б. Еськина⁴,
Т. Н. Куликова⁴, Г. В. Гаврилова⁵***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Детская поликлиника №7 ГБУЗ «ГДП», г. Пенза

³ГБУЗ «ГДП», г. Пенза

⁴МАУ «Детское и лечебное питание», г. Пенза

⁵Отдел охраны здоровья граждан (администрация г. Пензы), г. Пенза

Часто болеющие дети – актуальная медико-социальная проблема. В структуре заболеваний часто болеющих детей ведущее место занимают острые респираторные инфекции. Повторные и длительные эпизоды респираторных заболеваний увеличивают риск развития хронической патологии, аллергических заболеваний, нередко приводят к полисистемным отклонениям в состоянии здоровья детей.

Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям не связана со стойкими изменениями иммунной системы, но обусловлена транзиторной иммунной недостаточностью, на формирование которой большое влияние оказывают неблагоприятные анте- и перинатальные факторы. В механизмах формирования иммунологической резистентности и становлении противоинфекционной защиты активную роль играет облигатная микрофлора кишечника. Нарушение состава кишечной микрофлоры нередко выявляется у часто болеющих детей, что способствует снижению иммунологической реактивности и склонности к повторным заболеваниям.

Учитывая влияние микрофлоры кишечника на формирование иммунной защиты, в современные программы оздоровления часто болеющих детей, включаются препараты – пробиотики или продукты питания, обогащенные пробиотиками.

Кисломолочный продукт «Наринэ», производимый МАУ «Детское и лечебное питание» г. Пензы, обогащен пробиотическим штаммом *Lactobacillus acidophilus* 317/402 с содержанием не менее 5×10^8 КОЭ/г, с доказанным лечебно-профилактическим и иммуномодулирующим действием: способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, улучшает функциональное состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), повышает устойчивость к инфекционным факторам, снижает риск и частоту респираторных инфекций.

В нашем исследовании под наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 3 до 6 лет, проживающих в районе обслуживания детской поликлиники № 7 ГБУЗ «ГДП» г. Пензы и состоящих на диспансерном учете как часто болеющие дети. Из них относились ко II группе здоровья – 17 (85 %), имели III группу здоровья – 3 (15 %), посещали дошкольные образовательные учреждения – 15 (75 %) детей.

Из анамнеза: неблагоприятные факторы в период внутриутробного развития и родов (угроза прерывания беременности, гестоз, хроническая внутриутробная гипоксия, обвитие плода пуповиной, Кесарево сечение и др.) отмечены у 11 – (55 %) детей. Частота респираторных заболеваний составляла от 5 до 10 эпизодов в год, инфекционный индекс (ИИ) – от 1,4 до 2,33 (при норме 0,2 – 0,3), индекс резистентности – от 0,4 до 0,83 (при норме 0,33 и менее). Респираторные инфекции протекали с осложнениями (бронхит, пневмония, бронхообструктивный синдром) у 13 – (65 %), хронические очаги инфекции (аденоиды, гипертрофия небных миндалин, хронический тонзиллит) имели – 11 (55 %) детей. У всех детей отмечались различные жалобы со стороны ЖКТ: склонность к запорам, неустойчивый стул, боли в животе, метеоризм, снижение аппетита.

Всем детям проведено обследование: общий анализ крови, микробиологическое и копрологическое исследования. По результатам анализа на микрофлору выявлены видовые и количественные изменения: снижение бифидо- и лактобактерий, типичной *E. coli*, увеличение условно патогенных энтеробактерий, наличие золотистого стафилококка, дрожжеподобных грибов *Candida*. Снижение бифидобактерий выявлено у 4 – (20 %), лактобактерий – у 12 (60 %), дисбактериоз I – III степени у 16 – (80 %) детей. Анализ копрологического исследования показал нарушение процессов переваривания и всасывания, недостаточность секреторной функции поджелудочной железы. Признаки стеатореи, наличие крахмала, мышечных волокон, патологических элементов (слизь, лейкоциты) отмечены у 10 – (50 %) детей. Оценка гематологических показателей выявила снижение количества лейкоцитов от возрастной нормы у подавляющего числа детей. В лейкоцитарной формуле 4-5 летних детей определялась задержка наступления второго перекреста в содержании лимфоцитов и нейтрофилов с преобладанием лимфоцитов выше возрастной нормы у 14 – (70 %) детей. Полученные показатели могут свидетельствовать о функциональной недо-

статочности иммунокомпетентных клеток и напряженных процессах иммунного реагирования.

С целью оздоровления часто болеющих детей, был назначен кисломолочный пробиотический продукт «Наринэ» в объеме 200,0 в день на 30 дней. Последующее наблюдение проводилось в течение трех месяцев. Результаты показали хорошую и отличную переносимость продукта у 14 – (70 %) детей. Нежелательные реакции в виде легкого пищеварительного дискомфорта в первые дни приема были отмечены у 6 – (30 %) детей. Показаний для отмены продукта не было. Повторное исследование микробиоценоза кишечника показало значительное улучшение состава облигатной микрофлоры: увеличилось содержание бифидо- и лактобактерий у 11 – (55 %), снизилось до допустимых значений содержание условно-патогенных микроорганизмов, исчез золотистый стафилококк, дрожжеподобные грибы. Полностью нормализовался состав кишечной микрофлоры у 14 – (70 %) детей. У всех отмечено улучшение показателей копрологического исследования, исчезли патологические элементы, йодофильная флора. Жалобы со стороны ЖКТ уменьшились и/или исчезли у 19 – (95 %) детей. Анализ заболеваемости показал значительное снижение эпизодов респираторных заболеваний. Так, за первый месяц наблюдения заболело 7 – (35 %), за второй месяц – 6 (30 %) детей, за третий месяц – заболел только один ребенок. Ни разу не болели за три месяца наблюдения – 9 (45 %), индекс резистентности соответствовал норме у 17 – (85 %) детей, что свидетельствует о повышении устойчивости к инфекционным факторам.

Проведенное исследование показало положительное влияние кисломолочного пробиотического продукта «Наринэ» на состояние здоровья детей, что позволяет рекомендовать его применение в лечебно-профилактических целях для коррекции дисбиоза кишечника, повышения защитных сил организма и снижения респираторной заболеваемости в программах оздоровления часто болеющих детей.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОКТОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

С. Е. Каторкин, А. Н. Разин

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. Хронический парапроктит с экстрасфинктерным расположением свищевого хода выявляется в 15–30 %. Несмотря на то, что частота встречаемости данного вида свищей наименьшая, их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30–80 % от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а также недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5–75 % пациентов. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют спе-

циалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстра-сфинктерных и высоких чрессфинктерных параректальных свищей.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов со сложными параректальными свищами за счет применения нового способа проктопластики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 124 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование тканей параректальной зоны и фистулография). Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съемным швом, осуществлен у 74 (59,7 %) пациентов (1 группа). На данный способ получен патент на изобретение № 2491024 от 27.08.13. Проктопластика с боковым смещением слизистоподслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 50 (40,3 %) наблюдениях (2 группа). Оценка результатов оперативного лечения пациентов проведена в раннем (до 3 месяцев) и отдаленном (до 4 лет) послеоперационном периодах.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде кровотечения из послеоперационной раны в 1 группе не наблюдалось, во 2 – диагностировано в 3 (6,0 %) наблюдениях. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (4,1 %), во 2 – у 3 (6,0 %) пациентов. Средний период реабилитации в 1 группе составил $28,3 \pm 2,85$ дней, во 2 – $35,6 \pm 5,95$ дней. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ($n = 110$) выявил рецидив заболевания в 1 группе у 10 (16,6 %), во 2 – у 17 (34 %) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе не зафиксирована, во 2 группе наблюдалась у 4 (8,0 %) пациентов. За хороший результат мы приняли отсутствие в отдаленные сроки наблюдения недостаточности анального сфинктера и рецидива свища, за удовлетворительный – недостаточность анального сфинктера 1 ст. при отсутствии рецидива свища и неудовлетворительный результат – это рецидив свища и (или) недостаточность анального сфинктера 2 и более ст. Исходя из этого хороший результат в 1 группе составил 83,3 % (450 пациентов), во 2 – 58,0 % (29 пациентов). Удовлетворительный: в 1 группе – 0 % (0 пациентов), во 2 – 8 % (4 пациента). Неудовлетворительный результат в первой группе составил 16,6 % (10 пациентов), во второй – 34 % (17 пациентов).

Вывод. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстра-сфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения. Преимуществами этого способа являются малая травматичность хирургического пособия, не приводящая к возникновению анальной недостаточности, небольшое количество рецидивов, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации пациентов.

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

***С. Е. Каторкин, М. С. Тулупов, А. В. Журавлёв, В. Р. Исаев,
А. А. Чернов, А. В. Шамин, А. Н. Разин, П. С. Андреев***

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. В Российской Федерации наблюдается выраженная тенденция к увеличению числа пациентов, перенёсших операцию, сопровождающуюся формированием кишечной стомы. В связи с этим возрастает потребность в медицинской и социальной реабилитации, профилактики, раннего выявления и лечения парастомальных осложнений.

Цель. Улучшение результатов оказания медико-социальной помощи пациентам с кишечными стомами.

Материалы и методы. Нами проведён анализ пациентов, обратившихся за медицинской помощью в кабинет реабилитации стомированных пациентов Клиник СамГМУ с августа 2015 по сентябрь 2016 г. За анализируемый период число больных, впервые обратившихся в кабинет реабилитации стомированных пациентов составило 183. Все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу включены пациенты, наблюдавшиеся в кабинете стомированного пациента с раннего послеоперационного периода (21 пациент). Вторая группа – пациенты, оперированные в других ЛПУ и нерегулярно наблюдавшиеся у стоматерапевта (108 больных). Третья группа – стомированные пациенты, не наблюдавшиеся в кабинете стомированного пациента (54 пациента). Проведена сравнительная оценка частоты осложнений в зависимости от проведённых реабилитационных мероприятий.

Результаты. Параколомостомические осложнения наблюдались у 68 больных. В первой группе осложнения выявлены у 2 пациентов: гипергрануляции кожи – 1, параколомостомическая грыжа – 1. Во второй группе осложнения отмечены у 18: дерматит – 8, гипергрануляции – 6, сужение стомы – 2, параколомостомическая грыжа – 2. В третьей группе осложнения встретились у 22 пациентов: дерматит – 8, абсцесс – 1, гипергрануляции – 4, сужение стомы – 3, параколомостомическая грыжа – 6.

Вывод. Раннее обращение в кабинет реабилитации стомированных пациентов позволяет достоверно снизить частоту развития параколомостомических осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ SHAVE THERAPY В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С. Е. Каторкин, М. Ю. Кушнарчук, А. А. Жуков

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Цель. Оценить эффективность послойной дерматолипэктомии в комплексном лечении пациентов с персистирующими рефрактерными венозными трофическими язвами.

Материалы и методы. Проведено обследование и комбинированное лечение 71 пациента С6 класса. Средний возраст $62,3 \pm 7,1$ лет. Преобладали женщины – 45 (63,4 %). Длительность трофических язв $6,8 \pm 1,7$ лет. Выполнялась ($n = 71$) флебэктомия (кроссэктомия, короткий стриппинг на бедре, SEPS) в сочетании со свободной аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом. Пациентам I группы ($n = 35$) до аутодермопластики выполнялась послойная дерматолипэктомия. У II группы пациентов ($n = 36$) shave therapy не проводилась. Статистических различий между группами по возрасту ($t = 0,2$; $p = 0,831$), полу ($\chi^2 = 0,008$; $p = 0,993$), нозологии ($\chi^2 = 0,004$; $p = 0,995$), анамнезу ($t = 0,14$; $p = 0,891$), длительности ($t = 0,21$; $p = 0,829$) и площади ($t = 0,18$; $p = 0,863$) трофических язв не зафиксировали. Оценка отдаленных результатов лечения проведена в сроки от 1 до 12 месяцев.

Результаты. Время полной эпителизации язв в I группе $31,4 \pm 4,7$ суток, в II – $49,4 \pm 7,2$ суток ($t = 2,09$; $p = 0,044$). У 27 (77,1 %) пациентов I группы полное приживление аутодермотрансплантата, в II группе у 7 (19,4 %) пациентов ($\chi^2 = 23,674$; $p = 0,001$). Эпителизация частичного некроза трансплантата ($24,3 \pm 4,8$ см²) у 8 (22,9 %) пациентов I группы на $42,4 \pm 4,5$ сутки. В II группе частичный некроз ($67,1 \pm 10,5$ см²) у 29 (80,6 %), у 3 (8,3 %) отсутствие полной эпителизации.

Зафиксировано статистически значимое уменьшение маллеолярного объема пораженной голени как в I ($t = 3,6$; $p = 0,001$) так и в II ($t = 2,2$; $p = 0,035$) группах, более выраженное в I группе через 6 и 12 месяцев ($p < 0,05$).

Выводы. Послойная дерматолипэктомия с аутодермопластикой перфорированным лоскутом и хирургической коррекцией венозных гемодинамических нарушений является эффективным методом лечения хронических заболеваний вен С6 класса. Shave therapy является методом выбора при персистирующих рефрактерных венозных трофических язвах и липодерматосклерозе нижних конечностей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ – ОПЕРАЦИИ LIFT
(THE LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT)**

С. Е. Каторкин, А. В. Журавлев, А. А. Чернов, В. Н. Краснова

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. Параректальный свищ (ПС) является одной из наиболее частых причин госпитализации пациентов в колопроктологическое отделение. Удельный вес данной патологии в структуре колопроктологических заболеваний составляет от 15 до 40 %. Предложено более 150 способов иссечения ПС. Наиболее сложную группу для хирургического лечения составляют пациенты с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными ПС. Частота рецидивов при этом заболевании составляет от 9 до 50 %, а частота недостаточности анального сфинктера достигает 40 %.

Современные хирургические методы лечения параректальных свищей направлены на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, вскрытие и дренирование гнойной полости, а также сохранение запирающей функции анального сфинктера. Такими методами, применяемыми в настоящее время, являются сегментарная проктопластика с низведением слизисто-подслизистого лоскута (Judd – Robles 1934, Кузьминов А.М., 2007), сегментарная проктопластика с боковым перемещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки (Н. М. Блинничев, 1964), лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве – операция LIFT (A. Rojanasakul, 2007).

Методы иссечения параректальных свищей с проктопластикой сопровождаются минимальной травмой анального сфинктера.

Но сегментарная проктопластика с перемещением слизисто-подслизистого лоскута не редко приводит к нарушениям иннервации, некрозу низведенного лоскута и снижению сенсорной чувствительности перианальной области с развитием функциональной недостаточности анального сфинктера. Операция LIFT лишена этих недостатков.

Цель. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с экстрасфинктерными и чрессфинктерными ПС с использованием малоинвазивного метода лечения – пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

Материалы и методы. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT применяется с января 2015 г. по сентябрь 2016 г. Оперировано 34 пациента (19 мужчин, 15 женщин). Средний возраст пациентов – $44 \pm 0,6$ года (средний возраст женщин – $46 \pm 0,3$ года, средний возраст мужчин – $45 \pm 0,2$ года). У 18 пациентов был диагностирован транссфинктерный (53 %), а у 14 – экстрасфинктерный ПС (41,2 %). Передняя локализация свища выявлена у 14 пациентов (41,2 %), задняя – у 18 пациентов (53 %). В одном наблюдении диагностирован ректовагинальный свищ (2,9 %), также наблюдался один случай непол-

ного внутреннего параректального свища (2,9 %). Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Нарушений функции анального сфинктера до операции не отмечено.

Операции проводились под спинальной анестезией. Всем больным интраоперационно проводилась проба с витальным красителем (2 % раствор бриллиантового зеленого с 3 % перекисью водорода – 5 мл). Внутреннее отверстие свища было идентифицировано у 85 % больных. У 25 % больных в области внутреннего отверстия свища отмечались рубцовый процесс, препятствующий попаданию красителя в просвет прямой кишки. По межсфинктерной борозде в проекции внутреннего отверстия свища выполнялся полулунный разрез кожи длиной от 1,5 до 3 см. Внутренний сфинктер острым путем отслаивался от наружного сфинктера с использованием монополярного коагулятора. При этом выделялся свищевой ход, идущий перпендикулярно волокнам анального сфинктера. Свищевой ход выделялся из рубцовых тканей, перевязывался и пересекался между лигатурами в межсфинктерном пространстве. Проводилась проба на состоятельность ушитой культи свищевого хода путем введения 0,02 % водного раствора хлоргексидина в периферическую часть свища. Мы погружали культи свищевого хода в мышечные ткани наружного и внутреннего свища посредством наложения Z-образного викрилового шва. Периферический сегмент свищевого хода выскабливался ложкой Фолькмана, при необходимости дренировался плоским резиновым дренажом. Перианальная рана ушивалась узловыми викриловыми швами.

Результаты. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен незначительно вследствие отсутствия повреждения анодермы. Все прооперированные больные прослежены в сроки от 1 до 6 месяцев. Медиана наблюдения составила 2,5 месяца. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера и рецидивов заболевания не отмечено. Сроки реабилитации составляют менее 15 дней.

Выводы. 1. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве является эффективной сфинктеросохраняющей операцией, применимой при различных анатомических вариантах ПС.

2. Операция LIFT более проста в исполнении и менее травматична, чем другие пластические способы иссечения ПС, характеризующиеся минимальным повреждением анального сфинктера и с невысоким уровнем рецидива заболевания до 16,6 %

3. В послеоперационном периоде недостаточности анального сфинктера не выявлено. Число осложнений в раннем послеоперационном периоде (нагноение раны) – 2 (5,8 %). Рецидив свища выявлен у 4 (11,7 %) больных (2 мужчин с экстрасфинктерными свищами задней локализации, 1 женщина с экстрасфинктерным свищем передней локализации, 1 женщина с неполным внутренним параректальным свищом).

В случае рецидива формируются поверхностные интрасфинктерные параректальные свищи. При этом была выполнена операция – рассечение свища в просвет прямой кишки у 2 больных с положительными результатами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Т. В. Кириллова, Н. В. Еремина, Т. В. Посметная, О. А. Исмаилова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

В настоящее время заболеваемость гемобластозами неуклонно возрастает. Наиболее часто в структуре гемобластозов встречаются злокачественные лимфомы (неходжкинские лимфомы и лимфома Ходжкина), на долю которых приходится более 50 % всех гемобластозов и около 2–3 % от всех других регистрируемых злокачественных опухолей в России. Полихимиотерапия (ПХТ) является основным методом лечения лимфом при котором могут развиваться патологические процессы в полости рта, что отягощает общее состояние и ухудшает качество жизни больных. Профессиональная гигиена полости рта (ПГПР) – как основной метод профилактики, производится с целью устранения причин возникновения и развития стоматологических заболеваний, а также повышает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Заболеваемость лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами лиц молодого и среднего возраста, увеличение средней продолжительности жизни пациентов выдвинули проблему выбора лечебно - профилактической тактики у данной категории больных в число важных задач, имеющих социальное значение.

Цель работы. Определить иммунный статус ротовой жидкости у больных лимфомами после проведения ПГПР.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил $41,1 \pm 2,3$ года) с первично выявленным диагнозом лимфома, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении Пензенского онкологического диспансера. У 34 пациентов установлен диагноз лимфома Ходжкина, у 26 больных верифицирован диагноз В – крупноклеточная лимфома. Все пациенты разделены на три группы. В первую группу вошли 20 пациентов, которым ПГПР не проводилась. Во второй группе, состоящей из 20 больных, ПГПР осуществлялась во время ПХТ. В третьей группе из 20 пациентов, ПГПР проводилась до начала и в период ПХТ. Больные обследовались до начала лечения и после цитостатической терапии. ПГПР осуществлялась набором ручных инструментов, с последующим полированием поверхностей зубов, в качестве антисептика использовался раствор гексорала. Количественные показатели секреторного иммуноглобулина А (sIgA), иммуноглобулина А (IgA), иммуноглобулина G (IgG), иммуноглобулина М (IgM) исследовали в ротовой жидкости методом радикальной иммунодиффузии в геле – (G. Mancini, A. Carbonara, 1965); активность лизоцима определяли нефелометрическим методом (В. Г. Дорофейчук, 1968). Контрольная группа включала 20 практически здоровых человек сопоставимых по возрасту.

Результаты и обсуждение. Иммуноглобулины играют важную роль в компенсаторно-адаптационном процессе организма при воздействии на него какого-либо патологического фактора. Свидетельством тому являются данные,

полученные в ходе исследования содержания иммуноглобулинов, одних из представителей гуморального звена иммунитета, ротовой жидкости. До начала цитостатической терапии, количество общего IgA у больных лимфомами во всех трех группах, было не достоверно снижено по отношению к контролю в 1,52, 1,75, 1,45 раза соответственно. Синтез секреторного IgA во всех группах достоверно снижался в 1,86, 1,92, 1,8 раза по сравнению со здоровыми людьми. Прямо противоположная динамика была получена при анализе данных IgG и IgM. Концентрация IgG у больных лимфомами была также примерно одинаковой во всех группах и резко возрастала в 3,28, 3,1, 3,14 по сравнению с контролем. Аналогичная тенденция отмечалась в отношении IgM, его уровень возрос в 6,22, 6,88, 6,33 соответственно. Количество лизоцима в слюне у больных с лимфомами было не достоверно понижено во всех группах в 1,22, 1,2, 1,23 раза по отношению к показателям активности лизоцима здоровых людей.

После проведения ПХТ в иммунограмме ротовой жидкости произошли изменения. Содержание IgA после лечения в I группе снизилось, во II и III группах увеличилось, эти показатели не были статистически значимы по сравнению с данными до начала лечения.

После противоопухолевой терапии наблюдалось уменьшение концентрация sIgA в ротовой жидкости у больных лимфомами в I и II, а в III группе содержания sIgA имело тенденцию к увеличению, хотя полученные показатели не были достоверны в отношении данных до начала ПХТ.

Понижение содержания IgG и IgM происходило на сходно повышенном уровне этих иммуноглобулинов у больных лимфомами до начала проведения ПХТ. Выраженное падение уровня IgG и IgM наблюдалось во всех трех группах больных лимфомами, и было статистически значимо по сравнению с показателями перед началом цитостатической терапии. Концентрация лизоцима в I и II снижалась, в III группе не значительно возрастала.

Выводы.

ПГПР повышает адаптационные возможности системы локального иммунитета, что проявляется повышением уровней IgA и sIgA, лизоцима и снижением содержания IgM и IgG в ротовой жидкости у больных лимфомами.

Полученные данные характеризующие иммунный статус ротовой жидкости в третьей группе у больных лимфомой, определяют необходимость проведения ПГПР как до начала противоопухолевого лечения, так и в период ПХТ.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Е. В. Комиссарова, М. Ю. Сергеева-Кондраченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Цель: изучить эффективность периндоприла, его влияние на метаболические параметры у пациентов с метаболическим синдромом и артериальной гипертензией.

Методы: в исследование было включено 106 пациентов с нелеченной артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Пациенты получали периндоприл в дозе 5–10 мг в сутки. Продолжительность лечения составила 24 недели. В течении исследования пациенты соблюдали гипокалорийную диету (1400–1600 ккал/день). Исходно, через 4, 12, 18, 24 недель лечения производили контроль артериального давления, частоту сердечных сокращений, вес, оценивали (исходно и через 24 недели) липидный и углеводный обмены, ЭКГ, ЭхоКГ.

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили с помощью неинвазивной портативной системы BPLAB (ООО «Петр Телегин», г. Н. Новгород, Россия). Метод является осциллометрическим.

Антропометрическое исследование включало расчет ИМТ-индекса Кетле, осуществляемого по формуле $\text{ИМТ} = \text{МТ (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$. Окружность талии у пациентов измерялась по стандартным методикам.

Состояние липидного обмена исследовалось путем определения уровней общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Для биохимических исследований использовались диагностические наборы для аппарата Olympus AU 400 (Япония).

Исследование гликемии осуществлялось с помощью прибора для непрерывного мониторирования глюкозы крови CGMS (Continuous Glucose Monitoring System) аппаратом CGMS System Gold MMT – 7102 фирмы Medtronic MiniMed (США).

Уровень HbA1c определялся при включении больных в исследование, через 24 недели наблюдения. HbA1c исследовался количественным определением, методом иммуноингибирования на аппарате Olympus AU 400.

Результаты: Средний возраст 106 пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом составил $52 \pm 1,6$ лет, преобладали женщины – 55 (60 %). Средняя продолжительность артериальной гипертензии в исследуемой группе составила $11,16 \pm 1,3$ года, среднее значение артериального давления 159 ± 9 и 98 ± 2 мм рт. ст. – для систолического и диастолического давления соответственно. Окружность талии у женщин – 92 ± 6 см, окружность талии у мужчин – 101 ± 10 см. Средний показатель ИМТ составил – $36,2 \pm 1,3$ кг/м². Средний уровень HbA1c составил $6,3 \pm 1,4$ % исходно. В ходе исследования, наибольший гипотензивный эффект у пациентов достигался при применении периндоприла в дозе 10 мг в сутки и сохранялся в течение 24 часов. Отмечалась динамика в снижение систолического и диастолического артериального давления через 12 и 18 недель терапии на $31 \pm 4,5$ и $19 \pm 2,3$ мм рт.ст. – соответственно ($p < 0,01$), и сохранение данного снижения до 24 недель наблюдения. По данным результатов ЭКГ, отмечалась ($p < 0,01$) регрессия гипертрофированного миокарда левого желудочка. Результаты ЭхоКГ показали ($p < 0,05$) снижение индекса массы миокарда левого желудочка (на 25 %), а также выявлено уменьшение толщины задней стенки левого желудочка (на 17 %). При применении данной терапии выявлена тенденция к повышению фракции выброса (от 65 ± 2 % до

68±3 %). Кроме того, отмечалось снижение общего периферического сопротивления ($\Delta = -23\%$), $p < 0,05$. Применение вышеуказанной терапии показало снижение через 24 недели уровней общего холестерина плазмы крови ($p < 0,01$), ЛПНП ($p < 0,01$), ТГ ($p < 0,01$) и повышения уровня ЛПВП ($p < 0,01$). По результатам оценки углеводного обмена отмечалось снижение тощаковой гликемии на $0,6 \pm 0,3$ ммоль/л и постпрандиальной (через 2 часа после обеда) на $1,0 \pm 0,3$ ммоль/л. Гипогликемических состояний у пациентов не было. Отмечалось снижение HbA1c через 24 недели (до $5,9 \pm 1,2\%$). При приеме периндоприла в дозе 5–10 мг через 24 недели отмечалось уменьшение окружности талии, у женщин она составила 84 ± 4 см, окружность талии у мужчин – 94 ± 8 см, соответственно снизился средний показатель ИМТ и составил $33,8 \pm 1,0$ кг/м².

Выводы: периндоприл является эффективным лекарственным препаратом для контроля артериального давления у пациентов с метаболическим синдромом. Препарат оказывает положительное влияние на органы-мишени: уменьшение гипертрофии левого желудочка. Кроме того, отмечена его хорошая переносимость, положительная динамика со стороны липидного и углеводного обменов, а также выявлена тенденция в снижении веса.

БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

К. А. Корейба

Центр «Диабетическая стопа», г. Казань

Актуальность. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF) на 01.01.2016 г. в России зарегистрировано 12,1 млн больных сахарным диабетом. Согласно статистическим данным у 25 % больных сахарным диабетом развивается синдром диабетической стопы. 85 % случаев трофических язв у больных синдромом диабетической стопы заканчиваются оргауноносящими операциями нижних конечностей. У больных с синдромом диабетической стопы (СДС) язвенные дефекты имеют характер хронических ран. Нарушается последовательность процессов заживления от миграции клеток, перестройки экстрацеллюлярного матрикса до ремоделирования тканей. Замедляется формирование коллагена. Таким образом, эффективная репарация невозможна

Цель. Изучение внедрения в практическую деятельность способа лечения трофических дефектов кожи и мягких тканей нижних конечностей у больных с СДС (патент на изобретение № 2549459 от 30.03.2015 РОСПАТЕНТ ФГБУ ФИПС).

Материалы и методы. Схема методики состоит из следующих этапов: 1. Дебридмент дефекта тканей. 2. Имплантация современных биоматериалов «коллост» (гелевая форма) на основе коллагена 1-го типа. 3. Создание благоприятных условий для репаративно-пролиферативных процессов с применением современных интерактивных повязок, иммобилизации конечности повязкой

по методике ТСС. Первый этап – подготовка к реконструкции раневого дефекта: очищение поверхности от девитализированных тканей ультразвуковой гидрохирургической обработкой в день госпитализации. Второй этап – интраоперационно, после очищения раневого дефекта, проводили имплантацию в паравульнарные и вульнарные ткани раневого дефекта биопластического материала на основе нативного коллагена I типа – «коллост». Это препарат, полученный из кожи крупного рогатого скота, обработанной таким образом, что эпидерма, жировая клетчатка и все дермальные клетки удалены, без нарушения коллагеновой матрицы, лишенный чужеродной антигенной структуры, создавая неиммуногенный, инертный материал. Для имплантации мы использовали данный материал в виде 7 % или 15 % геля. Использование биопластических материалов на основе коллагена I типа обусловлено пониманием патоморфологических процессов образования раны и причины хронизации раневого процесса у больных сахарным диабетом. При нейроишемической форме синдрома диабетической стопы нарушается взаимоотношение белковых фракций, а именно дезорганизация коллагена, имеющего исключительно важное значение в течении репаративно-пролиферативной фазы раневого процесса. Нарушается физиологическое течение раневого процесса, происходит хронизация язвенного дефекта и развитие раневой кахексии, что непременно приводит к нарушению обменных процессов в ране, длительному течению, снижению реактивности, отсутствие тенденции к самостоятельной эпителизации. Введение биоматериала технически осуществляется на фоне «чистого раневого поля» на выходе иглы. Таким образом, создается тоннель, заполняемый материалом «коллост». Третий этап – после имплантации биоматериала раневую поверхность закрывали современными интерактивными гидроколлоидными перевязочными материалами (создание условий «влажной среды»). Для профилактики присоединения вторичной инфекции применяли асептические повязки в комбинации с покрытиями, содержащие ионы Ag с 5–7 дня после имплантации. Перевязки после имплантации производили в среднем 1 раз в 3–5 дней. Нахождение больных в круглосуточном стационаре обусловлено состоянием раневого дефекта: от количества, характера, отделяемого из раны и реакции самой повязки. Перевод больных на амбулаторное наблюдение осуществлялся на 5–7 сутки с момента имплантации биоматериала.

Результаты лечения. Расчет абсолютной площади раневого дефекта при данном методе сложен в связи с тем, что при применении пластического биоматериала эпителизация происходит не только от «периферии к центру», как при физиологическом течении раневого процесса, но и от «центра к периферии», в местах введения в рану нативного коллагена I-го типа. Этот фактор предопределил увеличение относительной скорости заживления раневого дефекта (RSH). Относительная скорость заживления ран определялась с помощью формулы: $RSH = (1 - S1/S0) \times 100 \%$, где S1 – площадь язвы через определенное количество дней после имплантации биоматериала, S0 – первоначальная площадь язвы. Эпителизация раневого дефекта начиналась на $10,3 \pm 2,8$ сутки. Уже через 14–20 дней мы имели гранулирующие раны без признаков воспаления или от-

торжения пластического материала. Ни в одном случае применения данного препарата нами не было отмечено гипертрофического рубцевания. Отмечается закономерная динамика: с увеличением частоты применения в клинической практике комбинированного лечения с применением разработанных нами методов с использованием биопластического материала при закрытии дефектов кожи и мягких тканей уменьшается число радикальных калечащих операций на нижних конечностях. Также данная методика позволила снизить количество оргоуносящих операций на уровне стоп и пальцев.

Выводы. 1. Некрэктомия методом ультразвуковой гидрохирургической обработки является наиболее эффективной в отношении раневой биопленки, гнойно-фибринозного налета, девитализированных тканей. 2. Применение современных биопластических материалов на основе нативного коллагена у больных с дефектами тканей при синдроме диабетической стопы увеличивает скорость заживления раневого дефекта, что ведет к снижению уровня высоких ампутаций, 3. Данная методика позволяет на 20 % сократить среднее пребывание больного в круглосуточном стационаре, что снижает стоимость лечения данной патологии.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

К. А. Корейба

Центр «Диабетическая стопа», г. Казань

Актуальность. Реперфузионный синдром – совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, и системный, проявляющийся во вторичной недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам периоперационной профилактики и лечения мультиорганных расстройств при сосудистых реконструкциях, в связи с увеличением их количества, видов и качества, у больных с синдромом диабетической стопы.

Цель. Разработать лечебную тактику периоперационного ведения больных с синдромом диабетической стопы при реконструкции артериального русла нижних конечностей.

Материалы и методы. В Центре «Диабетическая стопа» г. Казани с 2010 г. на практике применяется комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей дополняются инфузионной терапией. С целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения реперфузионного синдрома, в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани разработан и с 2014 г. внедрен в практическую

деятельность способ лечения реперфузионного синдрома больных сахарным диабетом после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей (патент на изобретение № 2548739 от 31.03.2014 г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ). Базовой составляющей инфузионной терапии в периоперационном периоде, учитывая патогенетические изменения, при реконструктивных операциях на артериях нижних конечностей являются: простагландины E1 60 мг на 400,0 раствора NaCl 0,9 % в течение 3–5 дней. Помимо применения базовой инфузионной терапии мы проводим коррекцию реперфузионного синдрома по предложенной нами оригинальной трехкомпонентной схеме лечения, включающей использование первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов, второго препарата по улучшению реологических свойств крови, тромболизиса, профилактике тромбообразования венозной и лимфатической систем, третьего препарата по улучшению трофики поврежденных нервных окончаний, купирование диабетической метаболической нейропатии. В качестве первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов используем венотоники (детралекс) по схеме приема: основной курс в течение 4 дней, затем поддерживающий курс в течение 9 дней, в качестве второго препарата используем субтилизины (тромбовазим) со схемой приема: в течение 15 дней – основной курс, затем 15 дней – поддерживающий курс, в качестве третьего препарата используем внутривенное инфузирования нейропротекторов (октолипен) по схеме приема: 600 мг внутривенно на 200,0 физиологического раствора капельно со скоростью инфузии не более 60 кап/мин в течение 13 дней. Затем по 600 мг в сутки в виде таблеток в течение 17 дней.

Результаты применения предложенной схемы:

	Количество больных (n)	Амбулаторное лечение после реконструкции	Стационарное лечение после реконструкции
Введение до реконстр. операции	38 W2 (n = 28) W3 (n = 10) ХАН III (n = 20) ХАН IV (n = 18)	34 (89,5 %)	4 (10,5 %)
Введение после реконстр. операции	40 W2 (n = 32) W3 (n = 8) ХАН III (n = 9) ХАН IV (n = 31)	2 (5 %)	38 (95 %)

Выводы. 1. Применение предложенной нами трехкомпонентной схемы на фоне базовой инфузионной терапии в периоперационном периоде у больных с синдромом диабетической стопы, подвергшихся реконструктивным сосудистым операциям на нижних конечностях, позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, путем перевода больных сразу на амбулаторное лечение, 2. Лучшие результаты достигнуты при применении данных препаратов

в комплексном лечении до проведения сосудистых реконструкций, 3. Перевод больных после реконструктивных операций сразу на амбулаторное лечение, не госпитализируя их вновь в отделение гнойно-септической хирургии Центра, позволяет объективно снизить материальные расходы на лечение.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

***И. Ю. Коротин, Е. Ю. Костина, В. А. Типикин,
П. П. Носанов, Т. М. Бондаренко***

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является самой распространённой хронической патологией дыхательной системы. По данным исследований, проведенных в рамках программы Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD), распространенность ХОБЛ среди взрослого населения Российской Федерации достигает 15,3 %, а в группе пациентов с симптомами со стороны органов дыхания – 21,8 %. Но не смотря на такую высокую встречаемость, только у 23 % пациентов с диагностированной в рамках этого проекта ХОБЛ ранее имелся установленный диагноз, в то время как более половины из них наблюдались по поводу «хронического бронхита» (Chuchalin A.G. et al. // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2014). Очевидна значительная гиподиагностика, имеющая как объективные, так и субъективные причины. С одной стороны, больные ХОБЛ даже при уже возникших функциональных нарушениях в респираторной системе достаточно долго не обращаются за медицинской помощью, так как клинические симптомы болезни развиваются относительно медленно. С другой, доступность такого необходимого для диагностики обструктивных заболеваний лёгких исследования, как спирометрия в поликлиниках и районных больницах оставляет желать лучшего. Так же необходимы скрининговые программы по раннему выявлению больных ХОБЛ.

Проблемы раннего выявления больных ХОБЛ не единственное, с чем сталкиваются врачи в своей повседневной практике. Являясь самостоятельной нозологической формой, для которой характерна стадийность (степень тяжести) с соответствующей динамикой клинических, функциональных и морфологических признаков, своя этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, ХОБЛ требует дифференцированного подхода к выбору лекарственной терапии (Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2016). Предлагаемые экспертами (как международными, так и отечественными) алгоритмы лечения ХОБЛ, далеко не всегда дают желаемый результат, что связано со значительной гетерогенностью больных. Больные различаются по этиологии, скорости прогрессирования, клинической симптоматике, прогнозу, ответу на терапию, что определяется сегодня как фенотипы ХОБЛ. В настоящее время признаны следующие фенотипы ХОБЛ – бронхитический, эмфизематозный,

перекрест Бронхиальной астмы (БА)–ХОБЛ и фенотип с частыми обострениями. Но уже сейчас ряд исследователей выделяют и другие фенотипы, которые могут помочь в более дифференцированной терапии отдельных групп больных: ХОБЛ и бронхоэктазии, фенотип с системными проявлениями, фенотип с эозинофилией и фенотип, сопровождающийся кахексией, вероятно будут предлагаться и другие фенотипы (Koblizek V. et al.; Czech Pneumological and Phthisiological Society // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech. Repub. 2013).

Рассматривая ХОБЛ с позиций гетерогенности, и понимая воспалительную природу патологического процесса в дыхательных путях, исследователи изучают механизмы воспалительного ответа. Существенное значение в развитии воспаления придаётся нарушению метаболизма арахидоновой кислоты, из которой образуются эйкозаноиды, в первую очередь лейкотриены (LT). В настоящее время роль цистеиниловых LT (LTC₄, LTD₄, LTE₄), являющихся мощнейшими бронхоконстрикторами, в целом известна (особенно при аллергической БА) (N. P. Duroudier, 2009; John J. Lima, Shu Zhang, 2005), вместе с тем значение дигидроксидового LT B₄, который является сильным хемоаттрактантом для нейтрофилов, в патогенезе хронического воспаления дыхательных путей остаётся недостаточно изученным (Chang-Hoon Woo, Min-Hyuk Yoo, 2003). Исследование соотношения концентраций LT при разных фенотипах ХОБЛ, может добавить в арсенал лекарственных средств дополнительные противовоспалительные препараты – антилейкотриеновые, которые занимают важное место в схемах лечения бронхиальной астмы, но не используются сегодня в терапии ХОБЛ.

Важным аспектом является изучение цитокинового профиля у больных ХОБЛ. Это безусловно поможет в дифференциации фенотипов заболевания, что приведёт к персонализации лекарственной терапии и, как следствие, улучшению результатов лечения. Значение IL-4,8,10,18, TNF- α , TGF- β как про- и противовоспалительных факторов в формировании воспалительного ответа при заболеваниях дыхательной системы достаточно широко освещено и изучено (Hollander C., Sitkauskienė B., 2007; Ozol D., Aysan T., 2005; Черкашина И. И., Никулина С. Ю. и др. 2010). Однако остаётся открытой проблема поиска среди большого количества известных сегодня цитокинов биомаркёров, которые можно было бы использовать в диагностике и дифференциальной диагностике БА и ХОБЛ, что является важнейшим компонентом диагностического процесса. Так же остаётся неизученным вопрос соотношения уровней лейкотриенов и цитокинов при фенотипах ХОБЛ. Эти направления научного поиска представляются одними из приоритетных. Важно понимать, что эффективная диагностика, включающая и дифференциальную диагностику, и персонализированная терапия, конвертирующаяся в эффективное лечение (Al-Kassimi F.A. et al. // Ann. Thorac. Med. 2012), безусловно, оправдают затраты на исследования и приобретение медицинскими организациями необходимого диагностического оборудования.

ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ У ДЕТЕЙ 1–12 МЕСЯЦЕВ

**А. В. Котовский, Т. А. Удалова, С. Л. Тузов,
Н. С. Карташева, Л. А. Мусатова**

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Цель. Оценить степень влияния на функциональный резерв почек обструктивных уропатий у детей на первом году жизни.

Материалы и методы. Проведено УЗИ мочевыводящей системы у 416 детей первого года жизни на сканере Sonoscape S20Exp. Оценивали частоту встречаемости патологии почек. Функциональный резерв почек оценивали по формуле Шварца. Верификацию патологии проводили методом микционной цистоскопии и экскреторной урографии.

Результаты. Первое ультразвуковое обследование проводили детям от одного до трех месяцев. Мы фиксировали расширение отделов собирательной системы (лоханок и чашечек) почек превышающие допустимые возрастные значения. Были сформированы 3 группы детей с обструктивной уропатией. Из 416 детей пиелозктазия выявлена у 112 пациентов (1 гр.), гидрокаликоз – у 13 обследованных (2 гр.) и у 8 человек – сочетанное расширение чашечек и лоханок (3 гр.). Для определения дальнейшей лечебной тактики по формуле Шварца определяли скорость клубочковой фильтрации C_{cr} (показатель, характеризующий функциональный резерв почек – ФРП):

$$C_{cr} = \frac{L}{Sc} K,$$

где K – коэффициент: для недоношенных до 1 года – 0,33; для доношенных до 1 года – 0,45; L – рост в см; C_{cr} – креатинин в крови (mg/ml); Sc – скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Острое повреждение почек при обструкции мочевыводящих путей у детей подтверждается при снижении СКФ (N 80-100-120 мл/мин) по классификации p-RIFLE:

1 стадия – риск (R). СКФ снижена на 25 %, диурез < 0,5 мл/кг/ч за 8 часов.

2 стадия – повреждение (I). СКФ снижена на 50 %, диурез < 0,5 мл/кг/ч за 16 часов.

3 стадия – недостаточность (F). СКФ снижена на 75 %, диурез < 0,3 мл/кг/ч за 24 часа или анурия длительностью 12 часов.

4 стадия – потеря (L). Анурия более 4 недель.

5 стадия – терминальная почечная недостаточность. Отказ в работе почек более 3 месяцев.

Определяя СКФ в 1 и 2 гр., мы не встречали достоверно значимых нарушений диуреза у обследуемых. В плане риска развития патологии наиболее интересной оказалась 3 группа. У трех детей была выявлена 2 стадия острого повреждения почек и у одного – 3 стадия.

Дети с выявленным нарушением СКФ, динамически наблюдались (УЗИ в 6 мес. и 9 мес.). У двоих детей была выявлена отрицательная динамика. Им провели дополнительное обследование, по результатам которого было принято решение о необходимости оперативного лечения.

Все дети с обструктивной уropатией прошли повторное обследование в возрасте 9–12 месяцев. При заключительном УЗ обследовании у детей 1 и 2 гр. отрицательной динамики выявлено не было.

Общий вывод. Высокая чувствительность ультразвукового метода обследования мочевыводящей системы у детей раннего возраста позволила выбрать адекватную тактику динамического наблюдения детей. Оценка ФРП позволила дифференцированно использовать методы микционной цистографии и экскреторной урографии, которые показаны для верификации патологии при обструктивной уropатии и ведут к дополнительной лучевой нагрузке.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

О. И. Краснянская

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара

Проведен сравнительный анализ зависимости здоровья репродуктивной системы молодых женщин в возрасте 16–24 лет от их социального статуса и особенностей поведения. Сравнение проводилось с результатами наших исследований, проведенных в 2004–2006 гг. (1 группа). Для изучения представлены медицинские документы 100 молодых женщин, обратившихся за медицинской помощью в 2015–2016 гг. (2 группа), и 100 из 1 группы. Обращает на себя внимание факт, что в 1 группе возраст начала половой жизни колебался от 13 до 23 лет и, в среднем, составил 16 лет. Во 2 группе молодые девушки вступали во взрослую жизнь с 14 до 24 лет (среднее значение в группе 17 лет). Средствами контрацепции до наступления 1 беременности пользовались лишь 40 % из 1 группы и 65 % из второй. Незапланированная беременность наступила у 30 % из 1 группы и 10 % из 2.

До наступления 1 беременности были диагностированы ИППП у 45 % из 1 группы и у 15 % из 2. Факторами риска для заболеваемости ИППП и социально значимыми заболеваниями (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты) в обеих группах по-прежнему является уровень информированности населения этой возрастной группы, что напрямую зависит от уровня образования как самих девушек, так и их родителей. Так у молодых женщин со средним образованием и ниже (особенно среди проживающих в сельской местности) заболеваемость ИППП составила 33 % в 1 группе и 32 % во 2, а у девушек-студенток 16 % в 1 группе и всего лишь 10 во 2. Особенно важно учитывать и возраст вступления в брак: у молодых женщин, ориентированных на активную социальную позицию это 21 год и выше, а у их сверстниц с более низким уровнем образования он, по-прежнему составляет 18–20 лет и в 1, и во 2 исследуемой группе. Отрадно отметить факт увеличения рождения детей от 1 беременности во 2 группе.

Уровень прерывания беременности во 2 группе снизился вдвое по сравнению с 1 группой. Если 10–12 лет назад незапланированную беременность прервала каждая вторая девушка, то, по результатам проведенного нами анализа, на это были готовы только 2 из 10 молодых женщин. Следует отметить и тот факт, что в предложенной нами в 2005–2006 гг. модели идеального врача для молодых людей преобладают иные предпочтения: если в 1 группе около 50 % обследуемых предпочитали молодого лечащего врача в возрасте до 30–35 лет, объясняя это общностью интересов, коммуникативными особенностями, то сегодняшние девушки из 2 группы обследованных доверяют опытному высококвалифицированному специалисту.

Таким образом, в настоящее время по-прежнему являются актуальными задачи профилактики ранней половой жизни, раннего выявления ИППП, профилактики социально значимых сексуально-трансмиссивных заболеваний, а также профилактика нежелательной беременности среди молодых людей с недостаточным уровнем информированности. Следует отметить, однако, что всемерная работа в этом направлении медиков, средств массовой информации при поддержке государства ведет к повышению мотивации среди молодежи на создание семьи и деторождение.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Е. П. Кривошеков¹, И. А. Дмитриева², В. Е. Романов¹, Т. А. Губанова²

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Самара

²ГБУЗ СО «СГБ № 6», г. Самара

Сахарный диабет является одним из главных независимых факторов риска сердечно-сосудистой патологии, которая зачастую определяет прогноз жизни больных.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей осложненными трофическими язвами на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. В дневном ангиологическом стационаре поликлиники ГБУЗ СО «СГБ № 6» г.о. Самара в 2015 г. находилось на лечении 26 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета 2 типа, осложненными трофическими язвами. Площадь трофических язв составила от 1 до 5 см². Возраст больных колебался от 42 до 62 лет, из них мужчин было 18 (71 %) человек, а женщин 8 (29 %) пациентов. У наблюдаемых больных диагностирован сахарный диабет 2 типа тяжелое течение, длительность заболевания составила от 3–12 лет. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование артерий нижних конечностей с подсчетом ЛПИ, с последующей консультацией сосудистого хирурга для решения вопроса о тактике лечения. Лечение пациентов проводилось в условия дневного ангио-

логического стационара поликлиники под контролем сосудистого хирурга, эндокринолога, терапевта и психолога. Назначался курс лечения с введением Вазaproстана 40 мг в/в капельно, чередовавшийся с введением Сулодексид 600 ЛЕ в/в капельно, в/в капельно Октолипен 600 МЕ № 10, Комбилепен 2,0 в/м, Артрозан в/м, Тромбо АСС 100 мг в сутки вечером, Клопидогрель 75 мг в сутки, Трайкор 145 мг в сутки, магнитотерапия. С последующим приемом амбулаторно Сулодексид 250 МЕ по 1 таблетки 2 раза в день (50 дней) затем Дузофарм 50 мг по 2 таблетки 3 раза в день (60 дней), Октолипен 300 МЕ по 2 таблетке 2 раза в день (60 дней), Нейромультивит по 1 таблетки 3 раза в день № 30, Тромбо АСС 100 мг в сутки, Трайкор 145 мг по 1 таб. в день, Клопидогрель 75 мг в сутки.

Местное лечение трофических язв проводилось с использованием ультрафиолетового облучения (5–8 процедур) и атравматических повязок Hartmann с учетом фазы раневого процесса. В первую фазу лечение применяли повязками с высокоабсорбирующими альгинатными раневыми покрытиями «Сорбальгон», впитывающими атравматическими повязками «ТендерВет» с полиакриламидным гелем, с водными растворами антисептиков (диоксидина 1 % или лавасепта 0,2 %). Во вторую фазу раневого процесса атравматические покрытия «Гидросорб», «Гидроколл», сочетающие в себе впитывающие дренирующие свойства и защиту грануляций от высыхания и предупреждающие появление вторичных некрозов. Контроль за эпителизацией трофических язв осуществляли при помощи разработанного нами оригинального устройства для определения площади раны (Патент РФ на полезную модель № 113645).

Проводилось исследования липидного спектра крови включающего в себя определение общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, в-липопротеидов, коэффициента атерогенности. Подсчитывалось уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, время свертываемости, СОЭ при их отклонении врач терапевт проводил коррекцию. Обязательным считали полный отказ больных от курения, под контролем врача психолога. Большое значение уделялось диетотерапии. Совместное ведение с эндокринологом подразумевало постановку и достижения индивидуальных целевых значений тощаковой, постпрандиальной гликемии и гликированного Нb. Использовались новые группы ПССП: ингибиторы ДПП-4 (галвус, янувия, англиза) и агонисты ГПП-1 (виктоза, баета) в сочетании с метформином. Нормализация АД достигалось назначением преимущественно 2–3-х компонентными комбинациями гипотензивных средств, чаще групп иАПФ+ тиазидные диуретики, что соответствует рекомендациям ВПОК у данной категории пациентов. Целевое значение АД было достигнуто у 76 % пациентов, (АД 120 и 80 мм рт. ст.).

Так же в лечение применялась разгрузка стопы с использованием костылей, специальной профилактической ортопедической обуви и ортопедических стелек, предназначенных для пациентов с осложнениями сахарного диабета (синдром диабетической стопы), принципы использования которой основаны не только на биомеханической коррекции, а в большей степени на аккомодации и смягчении нагрузки.

Результаты лечения. После проведенного курса лечения в течение двух месяцев улучшение в состоянии здоровья отмечено у всех пациентов. Болевой синдром, на начало лечения, был выражен у всех пациентов 100 %, уменьшение болевого синдрома вплоть до полного исчезновения болей через 20 дней отмечено у 21 (83 %) человека. Эпителизация язв наступила у 17 (65 %) пациента на 25–30 день, у 9 (35 %) человек на 50–65 сутки. Через 6 месяцев после проведенного лечения: боли в икроножных мышцах в покое возобновились у 2 больных, гнойные осложнения у 2 больных, реконструктивные операции выполнены у 5 (19 %) пациентов, малые ампутации у 4 человек.

Таким образом, применение предложенного медикаментозного комплекса позволяет улучшить результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета, уменьшить количество осложненной и сократить число ампутантов. Уменьшение сроков лечения ведет к сокращению сроков нетрудоспособности пациентов. повышение качества жизни и способствует сохранению достигнутых эффектов более длительный срок.

ГИРУДОТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

***Р. П. Крымская¹, Н. К. Починина¹, С. С. Киреева²,
Н. А. Сержантова², А. Л. Дуплянский²***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Клиника лечения позвоночника, г. Пенза

*²НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза» ОАО «РЖД»,
г. Пенза*

Хронический воспалительный процесс в ВЧП может проявляться кистозным поражением синуса. Больные, страдающие кистой ВЧП, составляют 30,2 % в структуре хирургического лечения хронической патологии ВЧП (А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин и др., 2015). По классификации М. И. Кадымовой (1972) кисты могут быть истинные или ретенционные, лимфангиэктатические и одонтогенные.

Больная 57 лет, обратилась с жалобами к ЛОР-врачу на затруднение носового дыхания, через правую половину носа, чувство давления в области правой верхнечелюстной пазухи. При рентгенологическом обследовании выявлена киста в области нижней стенки правой ВЧП. Была исключена одонтогенная патология. Исходя из информации, полученной в Интернете, о послеоперационных осложнениях, особенностей течения послеоперационного периода, пациентка отказалась от оперативного вмешательства и настаивала на консервативной терапии.

Малоинвазивный микроскопический доступ к ВЧП через переднюю стенку позволяет у 100 % больных удалить кисту ВЧП, но 43,2 % случаев сопровождается осложненным течением послеоперационного периода (А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, 2015).

Секрет слюнных желез пиявки, попадая в ранку, оказывает гуморальное воздействие на микроциркуляторное русло, микролимфообращение. Кровопускание способствует уменьшению локального воспалительного отека, венозного

застоя в пораженном участке, что улучшает микроциркуляцию. Компоненты секрета пиявки оказывают противовоспалительное, бактерицидное, противоболевое действие, ускоряется кровоток, снимается отек тканей, обеспечивается полноценная доставка кислорода в подлежащие ткани. Эти терапевтические эффекты предопределяют успешное применение ГТ в хирургической практике (И. П. Баскова, Г. С. Исаханян, 2004).

Пациентке был проведен курс гирудотерапии, состоящий из 10 сеансов. При процедуре проводилась тампонада преддверия полости рта, пиявку представляли под верхней губой по переходной складке в проекции клыковой ямки до полного насыщения. В процессе проведения курса ГТ, осуществлялся рентгенологический контроль, что позволило динамически наблюдать и дать оценку эффекту проводимого лечения.

На РГ ВЧП от 12.12.15г.: справа, в области дна пазухи выявляется локальное затемнение, размером 18×13 мм, с верхним округлым контуром.

На РГ ВЧП от 16.03.16 г.: справа, в области дна небольшое набухание слизистой до 2 мм, прозрачность пазухи при этом сохранена, слева без воспалительных изменений.

В клинической картине наблюдалась регрессия симптомов: головная боль перестала беспокоить, чувство тяжести, давления в области правой половины лица, в проекции правой ВЧП, прошли, носовое дыхание нормализовалось. Больная отмечает значительный положительный эффект от проведенного лечения, полученной терапией осталась довольна.

Приведенное клиническое наблюдение в определенной степени субъективно, так как большинство пациентов с подобной патологией получают оперативное лечение. Тем не менее, предложенный метод гирудотерапии при лечении кист ВЧП, на наш взгляд, заслуживает внимания, так как биологически активные соединения, содержащиеся в секрете слюнной железы пиявки, обладают деконгестивным, противовоспалительным, бактерицидным, противоболевым действием, ускоряют кровоток, снимают отек тканей, обеспечивая полноценную доставку кислорода в подлежащие ткани.

Данные РГ, на фоне проводимого лечения, свидетельствуют в пользу возможности применения данного метода, как консервативного метода лечения и в случаях, когда пациент категорически отказывается от проведения хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНСТАНТЫ А ДЛЯ ОБЪЕМОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ

С. Л. Кузнецов, Д. В. Логунов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Современный этап интраокулярной коррекции афакии характеризуется как бурным ростом новых высокотехнологичных интраокулярных линз (ИОЛ), так и повышенным требованием к точному рефракционному результату. В свя-

зи с этим особое значение придается оптимизации формул расчета ИОЛ. На сегодняшний день наиболее часто применяются формулы третьего поколения где одной из важных составляющих является константа А (const. А), характеризующая положение конкретной ИОЛ в глазу. Определение const. А особенно актуально для новых моделей ИОЛ в связи возрастанием вероятности рефракционных ошибок, связанных с неопределенностью их конструктивных и физических параметров, способа фиксации. Данное обстоятельство требует от производителей и исследователей накопления и обработки клинических данных достаточных для обеспечения точных рефракционных результатов.

На протяжении ряда лет нами проводится работа по разработке и изучению объемозамещающих ИОЛ на основе эластичной плоскостной торсионной гаптики – Plate Torsion Haptic Intraocular Lens (PTHIOL) (Патент РФ № 2208418. Эластичная интраокулярная линза с торсионной гаптикой / Кузнецов С. Л.; Заявитель и патентообладатель Кузнецов С. Л.; Заявл. 08.06.2001; Опубл. 20.07.2003 // Бюл. – 2003. – № 20.). Концепция данного имплантата предусматривает растяжение капсульного мешка хрусталика (КМХ) его упруго деформированными эластичными гаптическими элементами как в направлении экватора нативного хрусталика, так и в передне-заднем направлении с максимальным приближением оптической части линзы к заднему листку КМХ. Благодаря этому обеспечивается восстановление формы КМХ после удаления катаракты, анатомо-топографических взаимоотношений в глазу и уменьшается вероятность развития вторичных катаракт. В англоязычной литературе данные имплантаты известны как «open bag device».

Цель. Определить константу А для объемозамещающей эластичной интраокулярной линзы на основе плоскостной «торсионной» гаптики PTHIOL модели МИОЛ-28.

Материал и методы. Проанализированы теоретически рассчитанные и рефракционные результаты 265 неосложненных факоемульсификаций катаракт (ФЭК) с имплантацией PTHIOL модели МИОЛ-28 производства ООО предприятие «Репер-НН» (Н. Новгород). Средний возраст пациентов составил $64,2 \pm 8,01$ лет, срок наблюдения от 1,5 до 6 лет. Проводили стандартное дооперационное обследование, принятое в катарактальной хирургии с интраокулярной коррекцией. Расчеты оптической силы PTHIOL проводили: 1. путем теоретического определения константы А по данным дооперационной ультразвуковой биомикроскопии (УБМ), биометрии глубины передней камеры (АС) и толщины хрусталика (L) с использованием формул SRK/T, Holladay 1, Hoffer Q, MIKOF, 2. путем обработки послеоперационных рефракционных результатов для каждой формулы.

Результаты. Теоретическим методом для формулы SRK/T получено значение const. А равное 122,2. По послеоперационным клиническим данным для формулы SRK/T получено значение константы А для PTHIOL МИОЛ-28 равное $121,9 \pm 0,34$. Значения констант SF (Holladay) = 3,43, ACD const. (SRK/T) = 7,40 и rACD (Hoffer Q) = 7,24 для других формул определяли путем пересчета полученной стандартной константы А.

Выводы. Полученные значения константы А (121,9) РТНІОL демонстрируют ее максимальное приближение к задней капсуле хрусталика и полное восстановление анатомотопографических параметров глаза как необходимое предназначение для «Open bag devices». Установлена эффективность использования для определения константы А РТНІОL дооперационных значений параметров (АС, L) нативного хрусталика.

ЯЗВА МУРЕНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С. Л. Кузнецов, А. В. Воронкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Язва Мурена (ЯМ) – редкое тяжелое идиопатическое заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим периферическим стромальным изъязвлением с распространением в центральную зону. Впервые описана Bowman в 1849 и McKenzie в 1854 как серпигиозная язва роговицы, но в 1867 немецкий офтальмолог Albert Mooren детально описал заболевание.

Этиология достоверно не известна. Вероятно, имеет место аутоиммунный процесс. Есть версии о связи ЯМ с вирусом простого герпеса, герпесом зостером, вирусом гепатита С, сифилисом, туберкулезом (Gottsch J., Liu S., Stark W. 1999). Возможно у генетически предрасположенных лиц пусковым фактором является травма (хирургическое вмешательство – кератопластика, хирургия катаракты). У мужчин встречается чаще, чем у женщин, и очень редко у детей. Заболевание бывает двусторонним в 30 % случаев, протекает более агрессивно, чем при одностороннем поражении.

Заболевание начинается с выраженного лимбального воспаления и отека эписклеры и конъюнктивы (Watson P. G. 1997). Изменения роговицы начинаются в 2–3 мм от лимба и переходят в изъязвление, распространяющееся циркулярно и к центру в течение 4–12 месяцев (Chen J., et al. 2000). Дно язвы васкуляризируется с распространением сосудов в направлении основания в направлении подрывных краев язвы с вовлечением в процесс стромы роговицы и ее замещением фиброваскулярной мембраной (Srinivasan M., et al. 2007).

Единого эффективного метода лечения ЯМ не существует. Местно используют стероиды и циклоспорин 1,0 %, заменители слезной жидкости. Резекция конъюнктивы и криотерапия (Brown S. I. 1975). Системная иммуносупрессивная терапия назначается при двустороннем заболевании или тяжелом течении без значительного эффекта от предыдущего лечения (John C., Hill P. R. 1987). Ламеллярная кератопластика в целом противопоказана, но есть сообщения о хорошем эффекте при сочетании ее с местным применением циклоспорина А (Quan Dong Nguyen 1997).

Целью представленного клинического случая ЯМ является обратить внимание специалистов на особенности данной редкой и тяжелой патологии.

Клинический случай. Пациентка Л., 1942 г. р., считает себя больной с марта 2015 года, когда появились покраснение правого глаза (ОД), слезотечение, боль в глазу, блефароспазм. Начало заболевания связывает со снятием роговичного шва после экстракции катаракты. Экстренно госпитализирована в офтальмологический отделение с диагнозом: «Острый кератит ОД», где находилась на лечении с 02.04.2015 по 13.04.2015. Была неоднократно осмотрена терапевтом, выполнены общеклинические анализы, системных аутоиммунных заболеваний не выявлено.

Объективно: Острота зрения (ОЗ) ОД = 0,2 н/к, глазная щель сужена, конъюнктивна инъецирована, гнойное отделяемое. Роговица: паралимбально инфильтрат с 10 до 1 час, с неровными краями, белого цвета. Передняя камера глубокая, влага прозрачная. Радужка – рельеф четкий, зрачок круглый, реакция на свет живая, интраокулярная линза (ИОЛ) в капсульном мешке. На глазном дне – ангиосклероз сетчатки. Проведено местное лечение: левофлоксацин 0,5 %, тетрациклиновая мазь 1 %, окомистин, циклоптик, гентамицин под конъюнктиву; внутрь: нистатин, ципролет, диазолин. Состояние при выписке: ОЗ ОД = 0,2 н/к, пальпаторно нормотонус, глазная щель немного сужена, небольшая инъекция конъюнктивы, отделяемого нет. На роговице паралимбально инфильтрат с 10 до 1 час, с неровными краями. Амбулаторное лечение: макситрол, мазь флоксал, нистатин.

Повторно госпитализирована с диагнозом: «Обострение кератита ОД» с 29.07.2015 по 08.08.2015. Объективно: ОЗ ОД = 0,1 н/к, ОД: глазная щель умеренно сужена. Роговица: паралимбально инфильтрат с 10 до 1 час, пронизан сосудами, на 12 час округлый инфильтрат серого цвета. При выписке: ОЗ ОД = 0,2 (–) 1,5 Д = 0,6. Роговица: паралимбально инфильтрат с 10 до 1 час, пронизан сосудами, эпителизация хорошая.

Вновь экстренно госпитализирована с 02.09.2015 по 09.09.2015 с диагнозом: «Периферический язвенный кератит ОД». Объективно: ОЗ ОД = 0,6 н/к., глазная щель сужена, смешанная конъюнктивальная инъекция. Роговица в центре прозрачная, в зоне послеоперационного рубца фасетка, лентовидный инфильтрат с 6 до 1 ч, подрывные края от 6 до 10 ч, смешанная васкуляризация, нарастание конъюнктивы, чувствительность роговицы снижена. Лечение местно: вигамокс, офтальмоферон, солкосерил-гель, дикло-ф, под конъюнктиву – полудан. При выписке: ОЗ ОД = 0,6 н/к, незначительная инъекция конъюнктивы, умеренная смешанная васкуляризация периферии роговицы, инфильтраты регрессировали, в зоне фасетки эпителизация.

Госпитализация 30.11.2015 с диагнозом: «Периферический язвенный кератит (язва Мурена) ОД». Объективно: ОЗ ОД = 0,2 н/к. Состояние роговицы аналогично состоянию на момент предыдущей госпитализации. Выполнено исследование мазка-посева с язвенного дефекта, выделен *Staphylococcus epidermidis*. Проведен курс противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии с назначением таб. дексаметазона по убывающей схеме. На фоне лечения отмечена положительная динамика. 10.12.2015 – резекция конъюнктивы ОД. При выписке 15.12.2015 ОЗ ОД = 0,3 н/к. Амбулаторно назначено лечение: внутрь

таб. дексаметазон 5 мг 1 раз в день 6 недель, циклоспорин А (Сандиммун Неорал) по 200 мг 2 раза в день 5 дней, далее по 100 мг 2 раза в день 6 недель под наблюдением офтальмолога, терапевта, контролем общего анализа крови, сывороточного креатинина.

Контрольный осмотр 14.01.2016: ОЗ ОД = 0,6 н/к, роговица прозрачная, умеренная смешанная васкуляризация периферии роговицы в зоне фасетки, эпителизация язвенного дефекта. До настоящего времени 30.06.2016 состояние стабилизировано, рецидивов не наблюдалось, что, по нашему мнению, связано с системным применением цитостатического препарата (Циклоспорин А).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕРПЕНОКСА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ

О. Ю. Кузнецова¹, А. П. Горшенина²

¹ФГБОУ ВО КНИТУ, г. Казань

²ФГАОУ ВО К (П) ФУ, г. Казань

Герпетическая инфекция работников промышленных предприятий города Казани входит в число наиболее распространённых и плохо контролируемых инфекций человека и представляет собой серьёзную медицинскую и социальную проблему. Из 100 представителей семейства вирусов 8 выделены непосредственно у человека. Наиболее распространён вирус простого герпеса. Им инфицировано более 90 % людей земного шара. Рецидивы заболевания связаны с ослаблением иммунной защиты и наблюдаются примерно у 20 % носителей (от 2 до 12 раз в год), сопровождаются болью в местах поражения, сильным дискомфортом, косметическими дефектами, в серьёзных случаях – температурой, ознобом и другими крайне неприятными симптомами. У ослабленных людей рецидивирующий герпетический стоматит может поражать ЦНС, кожу, слизистые оболочки и внутренние органы, ещё больше подавляя иммунитет. (Нисевич Н. И, Учайкин В. Ф., 1990 г.) Вирусы герпеса являются инфекцией, способной вызвать злокачественные изменения в клетках организма человека.

Сделав анализ осмотра работников промышленных предприятий города Казани и выявив большое число случаев (до 67 %), мы решили провести профилактику данной группы работников герпеноксом осенью и ранней весной.

Герпенокс – единственный препарат, который обладает одновременно мультинаправленным эффектом, обусловленным противовирусным, противогерпетическим, иммуномодулирующим, ранозаживляющими противобактериальными действиями.

Герпенокс активизирует выработку противовоспалительных цитокинов (интерферонов и интерлейкинов) и специфических антител. Предупреждает распространение инфекции и ускоряет процесс заживления. Он стимулирует синтез антител местной специфической защиты и фагоцитоз, связывает токсины,

мобилизует антиоксидантную защиту. Стимулирует эпителизацию. Герпенокс оказывает асептическое действие. Подавляет адгезию ряда бактерий и грибов (в частности: *Candida albicans*, *S. Aureus*, *P. asne*, *S. sobrinus*) к тканям человека.

С целью профилактики рецидивирующего герпетического стоматита работникам промышленных предприятий герпенокс наносили заблаговременно на слизистую оболочку полости рта до появления первых симптомов заболевания в течение 5 дней.

Нами было обследовано 124 работника промышленных предприятий города Казани в возрасте от 19 до 54 лет. Срок наблюдения составил от 2 до 6 лет. До и после профилактики РГС у всех работников промышленных предприятий изучали показатели местного иммунитета полости рта. Определяли уровень лизоцима слюны фотонейтральным методом по В. Г. Дорофейчуку и секреторный иммуноглобулин А (SIg A) в слюне методом радиальной иммунодиффузии по G. Mancini. Определяли показатели клеточного иммунитета (постановка реакции бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином, определяли Т-лимфоциты), гуморального иммунитета (определение иммуноглобулинов класса G, A, M в сыворотке крови, а также В-лимфоцитов).

Результаты исследования. До проведения профилактики герпеноксом РГС работникам промышленных предприятий наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей лизоцима и SIg A слюны, также достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей реакции бласттрансформации, число Т-лимфоцитов и показатели IgG, IgA, и IgM оставались в норме.

После проведения профилактики наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей лизоцима и SIg A слюны, а также достоверное повышение показателей реакции бласттрансформации лимфоцитов, числа Т-лимфоцитов, а также концентрации IgG.

Таким образом, вышеизложенные данные свидетельствуют об эффективности полученной профилактики рецидивирующего герпетического стоматита у работников промышленных предприятий города Казани, что позволяет рекомендовать герпенокс в широкую врачебную практику.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

***Е. Р. Кулюцина¹, Л. А. Сорокина², Т. А. Дружинина¹,
Е. В. Кривченкова¹, Л. Л. Рыжкина²***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова», г. Пенза

Актуальность. Мониторинг лечения больных параноидной шизофренией на современном этапе включает в себя комплекс современных лабораторных диагностических исследований для оценки степени печеночно-клеточной недостаточности и дезинтоксикационной функции почек. Одним из проявлений нарушений функций печени является развитие синдрома эндогенной интокси-

кации (СЭИ), обусловленной деструктивными процессами, в результате которых в жидкостях и тканях организма накапливаются в нефизиологических концентрациях промежуточные и конечные продукты обмена веществ и нарушенного метаболизма. Они вызывают дисфункцию различных органов и систем, анемический синдром, активацию прокоагулянтной системы гемостаза. В совокупности с лекарственными средствами, используемыми для лечения больных с параноидной формой шизофрении, что существенно усугубляет течение заболевания.

Цель: изучить гематологические, биохимические, гемостазиологические показатели, отражающие развитие синдрома эндогенной интоксикации у больных параноидной шизофренией в различных гендерных группах.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с параноидной шизофренией в возрасте от 30 до 50 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова» г. Пензы. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – группа мужчин ($n = 22$), 2 – группа женщин ($n = 28$).

Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование, согласно стандартов оказания медицинской помощи, включавшее следующие исследования:

– гематологические показатели: RBC (количество эритроцитов), HGB (гемоглобин), HCT (гематокрит), MCV (средний объем эритроцитов), MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците), MCHC (средняя концентрация гемоглобина в эритроците), RDW sd (ширина распределения эритроцитов по объёму, стандартное отклонение), RDW cv (ширина распределения эритроцитов по объёму, коэффициент вариации), СОЭ, ретикулоциты, WBC (количество лейкоцитов), NEU (абсолютное количество нейтрофилов), LYM (абсолютное количество лимфоцитов), MON (абсолютное количество моноцитов), EO (абсолютное количество эозинофилов), BAS (абсолютное количество базофилов), NEU % (относительное количество нейтрофилов), LYM % (относительное количество лимфоцитов), MON % (относительное количество моноцитов), EO % (относительное количество эозинофилов), BAS % (относительное количество базофилов), PLT (количество тромбоцитов), MPV (средний объем тромбоцитов) PCT (тромбоцитрит), – на гематологических анализаторах Medonic, Elite 5.

– биохимические показатели: общий белок, альбумин, креатинин, аланинаминотрансфераза (АсАТ), аспартатаминотрансфераза (АлАТ), общий билирубин, прямой билирубин, глюкоза, холестерин, ЛПНП, – на биохимическом анализаторе Erba XL 2000.

– гемостазиологические показатели: антитромбин III, фибриноген, протромбиновое время, время рекальцификации плазмы, – на 4-х канальном коагулометре Coadata. В клинико-диагностической лаборатории внедрена методика определения активности антитромбина III согласно стандарта обследования пациентов с параноидной шизофренией.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0». Уровень гематологических, биохимических, ге-

мостазиологических показателей представлен медианой и интерквартильным размахом (Me [25 %; 75 %]). Достоверность различий между группами оценивали непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. За достоверность различий принимали $p \leq 0,05$

Результаты и обсуждение.

Оценка гематологических показателей не выявила отклонений результатов исследований у больных обеих групп при сравнении с референтными величинами (табл. 1).

Таблица 1

Гематологические показатели пациентов с параноидной шизофренией

Показатель	Пациенты с параноидной шизофренией				Референтные значения
	Мужчины		Женщины		
	n	Me [25 %; 75 %]	n	Me [25 %; 75 %]	
RBC, 10 ¹² /л	22	4,6 [4,4; 4,97]	28	4,35 [4,07; 4,7]	4,00–5,50
HGB, г/л	22	153,5 [147; 161]	28	142 [136; 149]	120–174
HCT, %	8	38,95 [38,2; 40,15]	12	38,45 [36,9; 42,05]	36–52
MCV, фл	8	85,65 [79,6; 90,3]	10	86,9 [83,9; 90,7]	76–96
MCH, пг	8	31,8 [30,65; 33,1]	10	32,95 [29,8; 34,7]	27–32
MCHC, г/л	8	379 [367; 382]	10	370 [354; 379]	300–350
RDW sd, фл	4	39,55 [38,9; 42,75]	8	38,25 [36; 40,95]	46–59
RDW cv, %	4	14,8 [14; 15,4]	8	14,5 [13,4; 14,65]	0,0–16,0
Ретикулоциты, %	22	1 [1; 1]	28	1 [1; 1]	0,2–1
WBC, 10 ⁹ /л	22	7,3 [6,7; 10]	28	7,06 [5,55; 8,5]	5,00–10,00
NEU, 10 ⁹ /л	22	4,755 [3,9; 7,1]	28	4,285 [3,35; 5,65]	2,00–7,50
LYM, 10 ⁹ /л	22	1,95 [1,6; 2,6]	28	1,8 [1,455; 2,105]	1,30–4,00
MON, 10 ⁹ /л	22	0,6 [0,3; 0,7]	28	0,415 [0,325; 0,525]	0,15–0,70
EO, 10 ⁹ /л	21	0,1 [0,1; 0,2]	27	0,100 [0,04; 0,2]	0,00–0,50
BAS, 10 ⁹ /л	8	0,145 [0,1; 0,175]	9	0,07 [0,05; 0,14]	0,00–0,15
NEU, %	22	67 [57; 71]	28	64,5 [56; 68]	40,0–75,0
LYM, %	22	27 [22; 35]	28	29 [24; 35]	21,0–40,0
MON, %	22	6[5; 8]	28	6 [5; 8]	3,0–7,0
EO, %	22	2[1; 2]	28	2 [1; 3]	0,0–5,0
BAS, %	6	1 [1; 1]	4	1 [1; 1]	0,0–1,5
PLT, 10 ⁹ /л	22	198,5 [185; 222]	28	207 [184; 238,5]	150–400
MPV, фл	8	7,7 [7,4; 7,8]	10	7,8 [7; 8,6]	8,0–15,0
PCT, %	8	0,16 [0,115; 0,195]	10	0,13 [0,13; 0,14]	0,15–0,40
СОЭ, мм/ч	22	4,5 [2; 8]	28	6 [4,5; 9,5]	М 2 –10 Ж 2–16

Результаты биохимического тестирования сыворотки крови пациентов представлены в табл. 2.

Исследуемые биохимические показатели в основном также находились в пределах нормы, исключение составили повышенные показатели уровня креатинина в обеих группах: у мужчин его уровень составил 120,55 [105,8; 129,9] мкмоль/л; у женщин – 99,3 [90,05; 112,95] мкмоль/л. Наиболее часто повыше-

ние уровня креатинина связывают с нарушением фильтрационной функции почек, при этом возможной причиной повышения может быть и нарушение функционального состояния печени. В любом случае повышение креатинина является признаком эндогенной интоксикации у больных параноидной шизофренией.

Таблица 2

Биохимические показатели пациентов с параноидной шизофренией

Показатель	Пациенты с параноидной шизофренией				Референтные значения
	Мужчины		Женщины		
	<i>n</i>	Me [25 %; 75 %]	<i>n</i>	Me [25 %; 75 %]	
Общий белок, г/л	22	66,85 [62,5; 68,9]	28	65,2 [62,9; 69,95]	60–80
Альбумин, г/л	22	49,1 [44,2; 50,5]*	27	45,7 [43,5; 49,2]	32,0–50,0
Креатинин, мкмоль/л	22	120,55 [105,8; 129,9]*	28	99,3 [90,05; 112,95]	М 60,0 –116,0 Ж 53,0–98,0
АсАТ, Ед/л	22	21,8 [17,1; 33]	28	21,1 [14,85; 25,65]	0,0–35,0
АлАТ, Ед/л	22	22,35 [15,2; 28,4]*	28	20,85 [16; 30,1]	0,0–45,0
Общий билирубин, мкмоль/л	12	11,65 [7,8; 13,05]	16	10,7 [7,45; 18,95]	8,5–20,5
Прямой билирубин, мкмоль/л	4	5,3 [3,5; 6,85]*	6	8,25 [5,9; 13,3]	0,0–5,2
Глюкоза, ммоль/л	13	5,04 [4,79; 5,39]	15	5,42 [4,88; 5,76]	3,60–6,10
Холестерин, ммоль/л	22	5,035 [4,1; 6,47]*	28	5,925 [4,59; 6,24]	0,00–5,15
ЛПНП, ммоль/л	20	3,305 [2,42; 4,405]*	26	4,01 [3; 4,47]	до 3,37

Примечание: * – достоверное различие показателя в группе мужчин от группы женщин ($p \leq 0,05$).

В группе женщин обнаружено повышение прямого билирубина (8,25 [5,9; 13,3] мкмоль/л), уровень которого у больных был выше как референтных значений, так и аналогичных показателей в группе мужчин. Однако уровни общего и непрямого билирубина оставались в пределах нормы. При этом уровень активности АлАТ находился в пределах референтных значений (20,85 [16,0; 30,1] Ед/л). Повышение уровня прямого билирубина может быть связано с нарушением процесса активного транспорта конъюгированного билирубина в желчь, что по данным ряда авторов является скоростью – лимитирующей стадией всего процесса метаболизма билирубина в печени.

Кроме того, сравнительная оценка биохимических показателей в гендерных группах позволила выявить статистически значимое повышение холестерина (5,925 [4,59; 6,24] ммоль/л), ЛПНП (4,01 [3; 4,47] ммоль/л) в группе женщин по сравнению с группой мужчин. Следует отметить, что уровень холестерина

превышал верхний референтный предел. Учитывая также повышение у женщин уровня ЛПНП, можно говорить о нарушении в данной гендерной группе липидного обмена.

Концентрация альбумина (45,7 [43,5;49,2] г/л) в обеих группах варьировала в пределах нормальных значений. Однако в группе мужчин наблюдались статистически значимые более высокие показатели.

Гемостазиологические показатели находились в пределах нормы. При анализе гемостазиологических показателей в гендерных группах достоверных различий также не выявлено (табл. 3).

Таблица 3

Гемостазиологические показатели пациентов с параноидной шизофренией

Показатель	Пациенты с параноидной шизофренией				Референтные значения
	Мужчины		Женщины		
	<i>n</i>	Me [25 %; 75 %]	<i>n</i>	Me [25 %; 75 %]	
Антитромбин III, %	22	109 [102; 120]	28	101,5 [88; 119]	80–120
Фибриноген, г/л	22	3,5 [3,3; 3,55]	27	3,5 [2,66; 3,7]	2–4
Протромбиновое время, с	20	17,9 [16,15; 19,7]	26	17,7 [17,2; 18,7]	14–18
Время рекальцификации плазмы, с	13	101 [97,5; 102]	17	101 [97,5; 107]	60–120

Выводы.

1. Повышение уровня креатинина в обеих гендерных группах может свидетельствовать о наличии синдрома эндогенной интоксикации у больных с параноидной шизофренией.

2. Повышение уровня холестерина у женщин, а также повышение у них уровня ЛПНП требует более тщательного обследования в плане атеросклеротических изменений сосудов.

3. Повышенный уровень прямого билирубина у женщин вероятно свидетельствует о нарушении механизмов активного транспорта прямого билирубина в желчь. В плане дополнительных тестов обследования можно рекомендовать оценку активности гамма-глутамилтрансферазы.

Таким образом, данная работа требует более расширенного лабораторного обследования больных для диагностики возникновения СЭИ на ранних этапах и в динамике лечения параноидной шизофрении. Необходимо использовать наиболее чувствительные клинико-лабораторные тесты и персонализированный подход для определения показателей эндогенной интоксикации у больных с данной патологией.

ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Е. Р. Кулюцина¹, Т. В. Крылова², И. В. Шапошникова²,
Т. А. Дружинина¹, Е. В. Кривченкова¹**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови», г. Пенза

Сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения являются главной причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности населения всех развитых стран. В ближайшие годы смертность от ишемической болезни сердца станет ведущей причиной смерти во всех странах земного шара, поэтому, заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) является значимой медико-социальной проблемой. Несмотря на то, что за последние десятилетия смертность от ССЗ снизилась, отмечаются более высокие показатели среди мужского населения России [1, 2]. Различными проспективными исследованиями доказана ведущая роль гомоцистеина (ГЦ), цистатина С и С – реактивного белка (СРБ) в диагностике ССЗ [3–5]. Данные лабораторные показатели являются предикторами их возникновения, течения и смертности от данной патологии [6]. Однако частота встречаемости повышенных уровней этих предикторов ССЗ в Пензенской области, в различных возрастных и гендерных группах остается неизученной.

Цель исследования – проанализировать распространенность предикторов ССЗ (ГЦ, цистатина С и высокочувствительного СРБ) у здорового населения Пензенской области в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы. Доноры ГБУЗ Пензенская областная станция переливания крови были обследованы в качестве модели здорового населения Пензенской области. Обследованы 168 доноров, из которых были разделены на шесть групп: мужчины и женщины по возрастам 18–31, 32–45, 46–60 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение доноров в группах по полу и возрасту

Возраст (годы)	Группы				Итого (n)
	№	Мужчины (n)	№	Женщины (n)	
18–31	1	53	4	25	78
32–45	2	26	5	30	56
46–60	3	19	6	15	34
Всего (n)		98		70	168

Концентрацию ГЦ исследовали иммунохемилюминесцентным методом на анализаторе «Architect», высокочувствительного СРБ (вчСРБ) иммуноферментным методом на анализаторе «Statfax», цистатин С иммунологическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе «Сапфир». Частоту

встречаемости (ЧВ) повышенных уровней предикторов определяли прямым подсчетом. Различия в ЧВ повышенных значений уровней ГЦ, цистатина С, вчСРБ оценивали с помощью точного критерия Фишера и отношения шансов (OR) с расчетом доверительного интервала.

Результаты и их обсуждение. Выявленная гипергомоцистеинемия (ГГЦ) (для мужчин уровень ГЦ > 16,2 мкмоль/л, для женщин ГЦ > 13,6 мкмоль/л) в каждой группе представлена в табл. 2.

Таблица 2

Распространенность ГГЦ

Возраст (годы)	Группы мужчин			Группы женщин		
	№	n	ЧВ (%)	№	n	ЧВ (%)
18–31	1	18	33,96*	4	5	20,0
32–45	2	3	11,54	5	2	6,67
46–60	3	3	15,79	6	5	33,3**
Всего (n)		24	24,49		12	17,1 %

Примечание: * – $p_{1-2} = 0,049$, ** – $p_{5-6} = 0,032$.

Нами определено, что у всех обследованных мужчин ГГЦ встречается чаще в 1,4 раза, чем у женщин, однако различия были статистически недостоверными. Также недостоверными оказались различия в ЧВ повышенного уровня ГЦ между мужчинами и женщинами в каждой возрастной группе. В 1 и 2 группах обследуемых мужчин были выявлены статистически значимые различия. Так, в 1 группе мужчин 18–31 год ЧВ повышенных значений ГЦ составила 34 %, тогда как во 2 группе – только 11,5 % ($OR_{1-2} = 3,943$ (0,937; 19,06), $p = 0,028$).

У женщин в различных возрастных группах установлена статистически значимая более высокая ЧВ изучаемого показателя у женщин старшей возрастной группы (46–60 лет) (33,3 %) по сравнению с группой женщин 32–45 лет ($OR_{6-5} = 7,0$ (0,951; 63,459), $p = 0,032$). По сравнению с группой женщин 18–31 год эти значения также были выше, но статистически недостоверны. Эти данные согласуются с работами ряда авторов [7, 8] о повышении уровня ГЦ у лиц старшего и пожилого возраста. Это позволяет сделать вывод о том, что ГГЦ чаще выявляется у мужчин в наиболее молодой обследуемой группе (18–31 год), и наоборот, у женщин – в старшей возрастной группе (46–60 лет).

При анализе концентрации цистатина С его повышенный уровень (у мужчин – более 0,95 мг/л, у женщин – более 0,97 мг/л) выявлен во всех обследуемых группах (табл. 3).

При сравнении выявляемости повышенного уровня цистатина С в группах мужчин и женщин позволил определить тенденцию к более высокой частоте встречаемости патологически высоких значений данного показателя у женщин ($OR_{ж-м} = 1,909$ (0,846; 4,327), $p = 0,066$). Анализ концентрации данного показателя в различных возрастных группах у мужчин обнаружен статистически значимый высокий шанс ЧВ повышенных показаний цистатина С у мужчин

старшей возрастной группы (46–60 лет) по отношению к мужчинам самой молодой возрастной группы (18–31 год) ($OR_{3-1} = 3,615 (0,844; 15,759)$, $p = 0,052$).

Таблица 3

Распространенность повышенного уровня цистатина С

Возраст (года)	Группы мужчин			Группы женщин		
	№	<i>n</i>	ЧВ (%)	№	<i>n</i>	ЧВ (%)
18 – 31	1	6	11,32	4	6	24
32 – 45	2	4	15,39	5	8	26,67
46 – 60	3	6	31,58	6	5	33,33
Всего (<i>n</i>)		16	16,33		19	27,14

Выявлено, что ЧВ повышенных значений цистатина С у женщин варьировала от 24 до 33,3 % и не имела статистически значимых различий.

ЧВ гиперцистатинемии была выше у мужчин старшей возрастной группы. Но более высокая частота распространенности патологически высоких значений у женщин, чем у мужчин в целом, свидетельствует о наличии и роли ренальной патологии в риске ССЗ у данных гендерных и возрастных групп.

Повышенный уровень вчСРБ (более 8 мг/л), выявлялся во всех обследуемых группах (табл. 4).

Таблица 4

Распространенность повышенного уровня вчСРБ

Возраст (года)	Группы мужчин			Группы женщин		
	№	<i>n</i>	ЧВ (%)	№	<i>n</i>	ЧВ (%)
18–31	1	11	20,76	4	8	32
32–45	2	6	23,08	5	11	36,67
46 – 60	3	6	31,58	6	5	33,33
Всего (<i>n</i>)		23	23,47		24	34,29

Выявлялась тенденция к более высокой встречаемости повышенных значений вчСРБ у женщин по сравнению с мужчинами в целом ($OR_{ж-м} = 1,701 (0,817; 3,55)$, $p = 0,086$). Оценивая ЧВ повышенных значений вчСРБ как в группе мужчин, так и женщин, не установлено статистически значимых различий во всех группах обследуемых. На наш взгляд, отсутствие различий объясняется с неопределенностью верхней границей нормы при интерпретации показателя, что необходимо учитывать при дальнейших исследованиях для уточнения степени риска развития ССЗ.

Выявлялись сочетания повышенных значений двух или трех предикторов, в среднем в 4–12 % случаев во всех группах кроме группы 5 (женщины 32–45 лет) и 6 (женщины 46–60 лет). В группе женщин 32–45 лет не наблюдалось сочетаний повышенных концентраций изучаемых показателей. Обнаружен статистически значимый высокий шанс ЧВ (33,3 %) сочетания повышенных значений исследуемых показателей только у женщин 46 – 60 лет по сравнению с мужчинами того же возраста ($OR = 9,0 (0,791; 235,104)$; $p = 0,046$).

Таким образом, при комплексном клинико-лабораторном обследовании доноров в качестве модели здорового населения Пензенской области установлено во всех возрастных и гендерных группах повышение уровня предикторов ССЗ (гомоцистеина, цистатина С, вчСРБ) с различной ЧВ. Обращает на себя внимание наибольшая ЧВ гипергомоцистеинемии, выявленная у мужчин 18–31 лет и женщин 46–60 лет, соответственно ЧВ повышенных значений цистатина С – у мужчин 46–60 лет. В тоже время, шанс определения повышенных значений вчСРБ и цистатина С имеет тенденцию к более высокой встречаемости патологически высоких значений данного показателя у женщин. Сочетания повышенных значений исследуемых предикторов ССЗ выявлены в группе женщин 46–60 лет. Полученные данные распространенности повышенных значений исследуемых предикторов ССЗ у здорового населения Пензенского региона говорят о наличии степени риска данной патологии, развитию которой способствуют различные патогенетические процессы. Это должно быть стимулом и основой дальнейших исследований по изучению их причин в различных гендерных и возрастных группах для организации программ профилактики и лечения ССЗ населения Пензенского региона.

Список литературы

1. Бойцов, С. А. Динамика сердечно-сосудистой смертности среди мужчин и женщин в субъектах Российской Федерации (2002–2011 гг.) / С. А. Бойцов, И. В. Самородская // Кардиология. – 2014. – № 4. – С. 4–9.
2. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертонией / И. Е. Чазова, Ю. В. Жернакова, Е. В. Ощепкова и др. // Кардиология. – 2014. – № 10. – С. 4–12.
3. Гомоцистеин – предиктор патологических изменений в организме человека / И. И. Мирошниченко, С. Н. Птицына, Н. Н. Кузнецова, Ю. М. Калмыков // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17, № 4. – С. 224–227.
4. Mora, S. The Clinical Utility of High-Sensitivity C-Reactive Protein in Cardiovascular Disease and the Potential Implication of JUPITER on Current Practice Guidelines / S. Mora et al. // Clinical Chemistry. – 2009. – № 55. – P. 2219–2228.
5. Association of cystatin C with mortality, cardiovascular disease: data from the heart and soul stud / J. H.Ix, G. M. Shlipak, G. M. Chertow et al. // Circulation. – 2007. – № 115. – P. 173–179.
6. Оценка люминолзависимой хемилюминесценции, С-реактивного белка и уровня гомоцистеина / О. А. Левашова, И. Г. Золкорняев, Н. И. Алешина, Е. Р. Кулюцина, И. И. Кухтевич // Здоровье и образование в XXI веке : журн. науч. ст. – 2015. – Т. 17, № 4. – С. 344–348.
7. Хубутя, М. Ш. Гомоцистеин при коронарной болезни сердца и сердечного трансплантата / М. Ш. Хубутя, О. П. Шевченко. – М. : Реафарм, 2004. – 272 с.

8. Гипергомоцистеинемия и полиморфизм генов фолатного обмена у здорового населения Пензенской области / Е. Р. Кулюцина, О. А. Левашова, А. Г. Денисова, Т. А. Дружинина // Здоровье и образование в XXI веке : журн. науч. ст. – 2016. – Т. 18, № 2. – С. 640–645.

ВЫБОР МЕТОДА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

М. Ф. Купцова¹, А. А. Гришин², Т. В. Чернова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Черепно-мозговая травма – важнейшая медико-социальная проблема вследствие высокой распространенности, смертности и инвалидизации населения. При этом отмечается неуклонная тенденция к увеличению травматических повреждений центральной нервной системы. Это является результатом критически нарастающего количества травм техногенного характера, особенно являющихся результатом ДТП; а также ухудшением криминогенной обстановки.

Это подтверждается статистикой ОРИТ ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина, за 2009 г. (160) – 2015 г. (238) Всего с изолированной ЧМТ находилось на лечении в ОРИТ за 7 лет 1425 пациентов. Важно, что среди пациентов с ЧМТ преобладают лица молодого (34 %) и среднего возраста (от 30 до 50 лет – 40 %).

Основная задача интенсивной терапии при ЧМТ: обеспечение соответствия между потребностями в кислороде и нутриентах и их доставкой в ткани мозга.

Варианты действий:

- снизить потребность в кислороде и нутриентах («покой мозга»);
- увеличить доставку кислорода (экстренное восстановление и поддержание оксигенации и перфузии головного мозга) являются приоритетными задачами интенсивной терапии ЧМТ).

Считается более безопасным допустить избыток кислорода в церебральной крови, чем его недостаток.

Принципы интенсивной терапии при ЧМТ:

- протезирование дыхательной функции;
- обеспечение центрального венозного доступа;
- борьба с вторичными ишемическими атаками (в том числе купирование резких гемодинамических расстройств, нормализация мозгового кровообращения и ликвородинамики).

Показаниями к проведению ИВЛ помимо классического подхода (клинические и лабораторные признаки дыхательной недостаточности) у пациентов с ЧМТ будут явления церебральной недостаточности: нарушения сознания: 10 баллов и менее по шкале комы Глазго) и нарастание очаговой и дислокационной неврологической симптоматики.

Интубация – наиболее уместное решение для искусственной вентиляции лёгких.

В ведении больного возможны три подхода:

- ранняя экстубация (компенсированное состояние головного мозга по данным клинических и инструментальных методов, отсутствие признаков дыхательной недостаточности);

- продленная вентиляция через интубационную трубку;

- выполнение трахеостомии.

Показания к трахеостомии

- прогноз длительности бессознательного состояния и необходимость пролонгированной ИВЛ (более 7–10 суток);

- гнойно-воспалительные осложнения, не имеющие тенденции к регрессу у интубированных больных более 3–5 дней;

- стойкие бульбарные нарушения;

- Наличие сочетанных краниофациальных повреждений, носовой и ушной ликвореи при переломах основания черепа.

При необходимости трахеостомии предпочтительно её раннее выполнение. Этой методики придерживается ОРИТ: (соотношение ранних трахеостомий с поздним приблизительно 5/1).

Режимы ИВЛ принципиально делятся на 2 группы:

- управляемая вентиляция: задается число дыханий и параметры машинного вдоха (Control Mandatory Ventilation);

- вспомогательная вентиляция: задается чувствительность респиратора к дыхательным попыткам больного, пациент может самостоятельно индуцировать респираторные циклы.

Используемые режимы управляемой вентиляции:

- PCV (вентиляция контролируемая по давлению – управляемая вентиляция, наиболее употребимая на ранних этапах ведения пациентов с ЧМТ), при неэффективности которой уместен перевод на VCV (вентиляция контролируемая по объёму, менее «мягкий» к лёгким режим);

- PSIMV (вспомогательная вентиляция: перемежающаяся спонтанная вентиляция, контролируемая по давлению предоставляет большую «свободу дыханию» пациента);

- PSV (вентиляция со вспомогательным давлением), в том числе виртуальный Pressure Support (наиболее «комфортный для пациента режим» вспомогательной вентиляции уместен у более «сохранных» больных);

- BIPAP (вспомогательная вентиляция с 2 положительными уровнями давления, на высоте которых пациент может осуществлять самостоятельные вдохи);

- SPAP (постоянное положительное давление в дыхательных путях) и другие режимы могут быть применены в зависимости от класса вентилятора, потребностей пациента, стадии лечения.

В соответствии с продолжительностью ИВЛ пациенты с ЧМТ ОРИТ ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина (2009–2015 г.) были разделены на 3 группы:

- 1) группа ИВЛ до суток, т.е. ранняя экстубация (440);
- 2) группа ИВЛ до 6 суток, т.е. продолжительная вентиляция через интубационную трубку (625);
- 3) группа ИВЛ 7 и более дней, трахеостомия (360).

В этих группах наблюдались тенденции к применению определённых режимов ИВЛ:

- начало PCV, затем при положительной динамике перевод на вспомогательные режимы PSIMV, SPAP, и уход от вентилятора;
- начало PCV, затем с учётом динамики перевод на VCV или на вспомогательные режимы PSIMV, PSV, и постепенное отлучение пациента от аппарата (1–2 дня), с использованием наиболее свободных режимов: SIMV со снижением числа машинных дыхательных циклов, PSV, SPAP, и уход от вентилятора;
- наиболее разнообразная комбинация режимов: PCV, затем при его неэффективности, как правило VCV. При улучшении показателей возвращение к PCV. При возникновении необходимости использование разнообразных вспомогательных режимов PSIMV, PSV, BIPAP, SPAP и другие, в зависимости от возможностей и класса аппарата. Уход от искусственной вентиляции в этой группе сложен и продолжителен (5–7 дней).

Выбирая режим, следует руководствоваться результатами лабораторных анализов, выбирая основные целевые показатели:

- Sat O₂ 99 %, paO₂ >100 mmHg (лучше Sat O₂ 99,9 %, paO₂ >150 mmHg);
- paCO₂ = 36–42 mmHg;
- Sv O₂ 55–75 %;
- Hb 100–120 г/л, Ht 31–33 %;
- ВЧД < 20 mmHg.

При проведении ИВЛ важно учесть возможность травмировать пациента неправильном подборе параметров вентиляции, поэтому необходимо соблюдать индивидуальность подхода к ИВЛ. В качестве профилактики баро-, волюмо-, ателекто- и биотравмы легких регулируются параметры:

- $P_{\max} = 30\text{--}35 \text{ см H}_2\text{O}$;
- $V_T = 8\text{--}9 \text{ мл/кг}$ (здоровые легкие);
- $V_T = 6\text{--}7 \text{ мл/кг}$ (ОПЛ и ОРДС);
- PEEP = не менее 6–8 см H₂O.

Заключение.

Черепно-мозговая травма является одной из ведущих причин инвалидизации населения.

Среди мероприятий интенсивной терапии выделяются в первую очередь обеспечение функции внешнего дыхания и купирование гемодинамических расстройств, церебральных и метаболических изменений.

Подбирать режим ИВЛ необходимо в зависимости от состояния пациента, периода ЧМТ на основе проведения мониторинга и характеристик респиратора, с целью поддерживать оптимальные показатели церебральной перфузии и оксигенации, легочной механики и системного транспорта кислорода.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ВЫБОР НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

**М. Ф. Купцова¹, В. Г. Васильков¹, И. С. Попова²,
М. В. Прохорова², А. А. Шольчева²**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Актуальность темы. Тяжелая травма как ведущая причина летального исхода и инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста остается серьезной медико-социальной проблемой (Гуманенко Е. К. с соавт., 2008; Кузин А. А. с соавт., 2010; Consunji R. J. et al., 2011). В настоящее время на долю тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) приходится до 60–70 % всех травматических повреждений, при этом летальность варьирует от 30 до 85 % (Ярошецкий А. И. с соавт., 2007). Во многом это обусловлено такими принципиальными отличиями ТСТ от изолированных повреждений, как масштаб разрушения тканей, объем и длительность кровотечения, тяжесть и продолжительность течения травматического шока, развитие которого вызывает тканевую ишемию с последующей реперфузией. (Габдулхаков Р. М. с соавт., 2009).

Отличительной чертой патогенеза ТСТ является закон взаимного отягощения, в силу которого один вид повреждения ухудшает течение другого вида повреждения. Несмотря на успехи в лечении больных с ТСТ, летальность остается высокой.

Травма запускает порочный каскад реакций – возникает системно-воспалительный ответ, который приводит к повышенному катаболизму, и как результат: развитие белково-энергетической недостаточности, ослабление иммунитета, развитие инфекционных осложнений и полиорганной недостаточности, что диктует необходимость поиска новых подходов к оказанию реаниматологической помощи пострадавшим с тяжёлой сочетанной травмой для снижения частоты развития жизнеугрожающих осложнений, летальности и затрат на лечение пациентов.

Любая травма тела приводит к местным и генерализованным реакциям организма. Это четыре основные реакции: реакция ССС, вторичное токсическое поражение из-за всасывания продуктов распада ткани, нейроэндокринный ответ и метаболическая реакция.

Именно нарушение метаболизма и является ключевым звеном в развитии наиболее тяжелого критического состояния, в независимости от исходного этиологического фактора. Это проявляется катаболической направленностью метаболизма, активным глюконеогенезом, прогрессирующим истощением соматического и висцерального пулов белка с развитием белково-энергетической недостаточности, иммунодепрессией, ослаблением иммунитета, возникновением инфекционных осложнений, снижением толерантности к глюкозе, активным липолизом с избыточным образованием свободных жирных кислот.

В последние годы сложилось представление о том, что в условиях критических состояний, инфекции, эндотоксемии, системного воспаления увеличение содержания липидов и изменение профиля липопротеинов в крови имеют стереотипный защитный характер и способствуют выживанию организма, что дало основание предположить возможно ведущую роль расстройств липидного обмена, в частности холестерина (ХС), сывороточной концентрации липопротеинов (ЛПВП ЛПНП), триглицеридов (ТГ) в развитии генерализации системного воспаления (Щербакова Л. Н. и соавт. 2008; Grion C. M. C. et al., 2010).

Холестерин (ХС) является необходимой составляющей всех клеточных мембран. Эндотелиальные клетки окисляют жирные кислоты в митохондриях, активно взаимодействуют с липопротеинами высокой плотности (ЛПВП) холестерином (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП).

Внесосудистые триглицериды (ТГ) и липопротеины низкой (ЛПНП) в хиломикронах обрабатываются эндотелиальной липазой, обеспечивая энергетическим субстратом ткани (Щербакова Л. Н. и соавт. 2008; Grion C. M. C. et al., 2010). В последнее время вырос интерес относительно способности липопротеинов, особенно ЛПВП, участвовать в модуляции острой воспалительной реакции [20, 21], в частности связывании и нейтрализации бактериальных токсинов

Недостаточность питания у больных с травматической болезнью является закономерным процессом и в зависимости от тяжести метаболических нарушений, степени выраженности питательной недостаточности, состояния функций желудочно-кишечного тракта нутритивная поддержка может быть реализована путем использования специальных пероральных энтеральных диет, энтерального зондового питания (ЭЗП) и парентерального питания (ПП). В целом ряде клинических ситуаций эти методы могут использоваться совместно или последовательно, дополняя друг друга.

Основные цели нутритивной поддержки:

- снижение гиперметаболических (катаболических) реакций организма;
- обеспечение организма донаторами энергии (углеводы и липиды) и пластических процессов (аминокислоты);
- поддержание активной белковой массы;
- восстановление имеющихся энергетических затрат.

К основным задачам нутритивной поддержки следует отнести:

- поддержание моторно-эвакуаторной функции ЖКТ;
- обеспечение сохранности гомеостатирующей функции тонкой кишки;
- обеспечение регенераторных процессов слизистой и барьерной функции кишечника;
- контроль кишечного микробиоценоза и предупреждение контаминации в проксимальные отделы кишечника;
- предупреждение транслокации микрофлоры и ее токсинов в кровь;
- терапию синдрома кишечной недостаточности с использованием антигипоксантов;
- сохранение и поддержка процессов пищеварения;

- полноценное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма методами парентерального (ПП), сочетанного парентерально-энтерального (ПП+ЭП) и сбалансированного энтерального питания (ЭП), с использованием фармаконутриентов (глутамин, Ω -3 жирные кислоты);
- профилактику и лечение полиорганной недостаточности (ПОН).

Цель исследования проанализировать результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой на фоне индивидуально подобранной нутритивно-метаболической терапии, учитывая показатели липидного, углеводного и белкового обменов.

Материал и методы. Обследовано 223 пациента с тяжелой сочетанной травмой, (ЧМТ + скелетные травмы, без абдоминального повреждения 123 пациентов – 1 группа, из них группа 1А - 34 умерших пациента) и (100 пациентов (ЧМТ + скелетные травмы с абдоминальным повреждением органов брюшной полости 2 группа, из них группа -2А 18 умерших пациентов).

Структура исследования влияния нутритивной терапии на метаболические изменения при сочетанной травме выполнена в виде следующих функциональных блоков:

- оценка нутритивного статуса – по соматометрическим параметрам (окружность плеча – ОП, толщина кожно-жировой складки над трицепсом - ТКЖСТ; окружность мышц плеча – ОМП);
- оценка лабораторных показателей белкового обмена – общий белок плазмы, уровень альбумина, мочевины и креатинина крови;
- липидного обмена – холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, углеводного обмена – уровень гликемии крови;
- оценка потерь белка, путем определения суточной потери азота с мочой;
- оценка суточного азотистого баланса и степени катаболической реакции;
- оценка функционального состояния желудочно-кишечного тракта;
- расчет суточной потребности в энергии – углеводах, жирах, пластическом материале – аминокислотах, белке;
- интегральная оценка эффективности лечения сочетанной травмы (показатели: частоты развития полиорганной недостаточности, сроки проведения ИВЛ, купирование синдрома кишечной недостаточности, сроки достижения положительного азотистого баланса, длительность пребывания в отделении реанимации, уровень летальности).

Все указанные выше параметры контролировались в 1, 3, 5, 7 и 10-е сутки интенсивной терапии

Стартовая нутритивная терапия, проводилась согласно рекомендациям и протоколам, (Лейдерман И. Н., 2001 г.). После оценки трофологического статуса, метаболических потребностей и суточных потерь азота определялись фактические потребности в энергии – углеводах, жирах, белке. Далее нутритивную поддержку продолжали с постепенным увеличением количества белка (до 1,5 г на кг/сут.) и энергетической нагрузки (до 35–50 ккал/кг в сутки) к 14–21 дню. С целью сохранения барьерной функции кишечника и поддержки трофики энте-

роцитов назначалось раннее энтеральное питание (первые 12–24 ч), за счёт полу-элементных, стандартных смесей с постепенным увеличением объема введения и энергетической ценности. При восстановлении функции ЖКТ использовали сбалансированные, гиперкалорийные и высокобелковые смеси с иммуномодулирующим эффектом, специальные фармаконутриенты и антигипоксанты.

При невозможности использовать энтеральное введение питательных смесей восполнение потерь белка и энергозатрат проводили парентеральным способом.

Результаты: Индекс массы тела при поступлении в стационар в среднем составил $25,5 \pm 5,56$ кг/м². В состоянии эйтрофии находились 85 пациентов, 9 имели повышенное питание, у 26 пациентов отмечалась недостаточность питания (НП): легкой – 92 %, средней 6 % и 2 % тяжелой степени, объективная оценка степени белково-энергетической недостаточности (Луфт В. М., Костюченко А. Л. 1992).

Высокий уровень катаболизма отмечали в 100 % случаев (220 пациентов). Висцеральный пул белка на момент поступления у всех больных характеризовался гипопроteinемией, которая сохранялась на протяжении первых 5–6 суток уровень общего белка составил 58–60 г/л, альбумина – 30–33 г/л.

Показатели соматического пула белка при поступлении были в пределах нормы (окружность плеча ОП составляла 25,5–29,5 см, толщина кожно-жировой складки над трицепсом ТКЖСК 11,5–14,5 мм). Изменение соматического пула белка у всех больных происходило к 5–6 суткам (ОП – 22–26,5 см, ТКЖСК – 10,5–12,6 мм), формирование начальной гипотрофии (первая потеря мышечной массы) развивалось в течение 8–9 суток нахождения в ОРИТ.

В контрольной группе показатели общего белка (61 г/л) и уровень альбумина (28 г/л) оставались низкими более 10–12 суток, гипотрофия усугубилась к 15 суткам (ОП – 19–23,5 см, ТКЖСК – 8,6–10,4 мм).

В основной группе к 7–8 суткам уровень общего белка достигал нормальных величин (68 г/л), альбумина крови – (36 г/л), к 12–13 суткам не происходило дальнейших потерь соматического пула белка.

В контрольной группе высокий уровень катаболизма сохранялся более 15 суток, что подтверждалось отрицательным азотистым балансом. В основной группе достигали положительного азотистого баланса к 7–8 суткам

Оценка изменений параметров липидного обмена показала, что концентрация холестерина в обеих группах была ниже нормальных показателей, и значительно ниже на 21 % – в группе погибших пациентов.

В целом, группа погибших пациентов характеризовалась в сравнении с группой выживших существенно более низким уровнем ХС на (18–23 %) на всех этапах исследования, значительным снижением сывороточной концентрации ЛПВП с достоверной разницей на 5-е сутки между выжившими и погибшими, достоверно большим ростом уровня ТГ к 10-м суткам, с превышением значений этих показателей относительно нормы в группе умерших.

Уровень гликемии также был достоверно выше в группе погибших пациентов, начиная с 3-х суток исследования. При этом в группе выживших этот

показатель достоверно снижался к 5-м ($p = 0,031$), 7-м ($p = 0,031$) и 10-м ($p = 0,006$) суткам в сравнении с 1-ми сутками, а в группе умерших исходно повышенная концентрация гликемии достоверно между этапами исследования не изменялась

Заключение: Метаболические нарушения и белково-энергетическая недостаточность развиваются у всех больных (100 %), даже при отсутствии недостаточности питания при поступлении. Осложненная повреждением ЖКТ сочетанная травма имеет высокий трудно купируемый катаболизм.

Расстройства липидного обмена оказывают влияние на тяжесть течения тяжелой сочетанной травмы, развитие полиорганной дисфункции и результаты клинического исхода.

Стрессовая гипергликемия тесно взаимосвязана с расстройствами липидного обмена и ухудшает клинический исход заболевания. Выявленные особенности нарушений липидного, углеводного и белкового обменов при тяжелой сочетанной травме позволяют рассматривать их в качестве дополнительных критериев тяжести и возможных предикторов неблагоприятного клинического исхода тяжелой сочетанной травмы.

Индивидуально подобранная нутритивно-метаболической терапия позволяла добиться более раннего перехода катаболической фазы в анаболическую, сокращения длительности ИВЛ на $3,5$ суток $\pm 1,4$, уменьшения сроков пребывания больных в ОРИТ на $4,8$ суток $\pm 2,2$, снижения гнойно-септических осложнений на $9,8$ %, снижения летальности на $5,5$ %.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

М. Ф. Купцова¹, В. Г. Васильков¹, А. А. Гришин², А. В. Аракчеев²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) – это острое, диффузное, воспалительное поражение легких, ведущее к повышению проницаемости сосудов, повышению веса легких и снижению аэрации легочной ткани.

Этиологически ОРДС является результатом повреждения структур альвеолярного барьера, что ведет к нарушению оксигенирующей функции легких с развитием гипоксии и последующим каскадом субклеточных, клеточных, органических и системных гипоксических повреждений.

Патогенетические механизмы развития ОРДС аналогичны классической картине воспалительного процесса с использованием ряда специфических и неспецифических медиаторов.

Критерии ОРДС: срок возникновения в пределах 1 недели от провоцирующего клинического фактора, визуализация органов грудной клетки выявляет двусторонние затемнения в проекции лёгких, дыхательная недостаточность не

является результатом сердечной недостаточности или перегрузки жидкостью, внесосудистая вода легких > 10 мл/кг – дополнительный критерий диагностики отека легких при ОРДС.

Гипоксия (PaO_2/FiO_2), подразделяет течение ОРДС по степени тяжести:

Лёгкий ОРДС: $200 < PaO_2/FiO_2 \leq 300$ при ПДКВ или CPAP $\geq$

5 см. водн. ст. (Летальность 27 %).

Умеренный ОРДС: $100 < PaO_2/FiO_2 \leq 200$ при ПДКВ или CPAP $\geq$ 5 см водн. ст. (Летальность 32 %)

Тяжелый ОРДС: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ при ПДКВ или CPAP $\geq$ 5 см водн.ст. (летальность 45 %) Тяжёлый ОРДС предполагает при рентгенографии затемнение минимум 3–4 полей.

Причины этого повреждения могут носить как экзо-, так и эндогенный характер. Следует отметить, что важное место среди индуцирующих ОРДС причин занимает сочетанная травма. При преимущественном повреждении органов грудной клетки при сочетанной травме развивается – прямой ОРДС.

В 80 % случаев с ведущим поражением других частей тела возникает вторичный ОРДС.

В ГКБ СМП им. Г. А.Захарьина пациенты с сочетанной травмой составляют 9–10 % от числа лечившихся в реанимационном отделении. Обращает на себя внимание, что количество этих больных возрастает из года в год, с сохраняющейся высокой летальностью при этой патологии одной из причин которой является развитие как первичного так и вторичного ОРДС

Проведен анализ лечения 164 пациентов с сочетанной травмой, которые были разделены на две группы:

- с преимущественным поражением грудной клетки 86 пациентов с сочетанной травмой – в 95 % случаев возникал первичный ОРДС;

- с преобладанием неторакальной травмы (78.пациентов с сочетанной травмой) – в 70 % случаев приводил к вторичному ОРДС.

Необходимость в длительной ИВЛ у выживших пациентов возрастала соответственно тяжести ОРДС: от 5 суток при легком, до 7 при средней тяжести и до 9 суток при тяжелом ОРДС. Внутрилегочное шунтирование составляло 21, 29, 40 % соответственно степеням тяжести.

Лечение ОРДС принципиально делится на две группы методик: нереспираторная терапия и респираторная поддержка.

Нереспираторные методы – коррекция гемодинамики, этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия включают: экстракорпоральный газообмен, позиционная и кинетическая терапия, экстракорпоральная детоксикация.

Фармакотерапия, включающая в частности: экзогенные сурфактанты, селективные легочные вазодилататоры и вазоконстрикторы, перфторуглероды, препараты, влияющие на различные звенья неспецифического воспалительного процесса в легких, антиоксиданты, антигипоксанта.

Основными задачами респираторных методов является оптимизация газообмена, уменьшение работы дыхания – снижение потребления O_2 , предотвращение волюмо-, баро-, био- и ателектотравмы.

Применяемость методик оксигенации и вентиляции возрастает в зависимости от тяжести течения ОРДС по степени инвазивности. Следует учитывать, что при развитии дистресс синдрома, лёгкие уже скомпрометированы и требуют наиболее бережного к себе отношения при проведении ИВЛ. Применение вентиляторного режима с низким объёмом вдоха (6–8 мл/кг), обеспечивающим защиту от ателектазирования и улучшающим газообмен ПДКВ.

Подбор ПДКВ должен осуществляться с учётом кривой «давление-объём», оптимальной оксигенации и комплайнсу.

При лёгком ОРДС (58 пациентов) проводилась неинвазивная вентиляция с низким ПДКВ-4-5 см вод. ст., при ОРДС средней тяжести (62 пациента) использовали инвазивное ИВЛ, с повышением ПДКВ до 6–8 см вод. ст., и применяли медикаментозную седацию. при тяжёлом ОРДС – высокое ПДКВ до 9-10 см вод. ст., с применением седации и миорелаксантов для снижения работы респираторных мышц, при необходимости – вентиляция в положении на животе и высокочастотная ИВЛ.

Искусственная вентиляция легких является основным методом терапии ОРДС. Респираторная поддержка должна проводиться с учётом оксигенации (поддержание $\text{SaO}_2 > 90\%$; $\text{PaO}_2 > 60$ мм рт. ст.), при $\text{FiO}_2 < 0,6$, малыми дыхательными объёмами в протективном режиме при любой степени тяжести ОРДС. Особенности протективной модели ИВЛ: не перераздуваем лёгкие (ИВЛ малыми объёмами), и не даём спадаться альвеолам (подбор оптимального ПДКВ).

Современный аппарат ИВЛ экспертного класса даёт возможность проводить лечебные маневры вентиляции и подбирать индивидуальные режимы, соответствующие потребностям больного, мониторировать параметры механики дыхания реально осуществляемой вентиляции и газового состава крови.

ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

М. Ф. Купцова¹, Т. В. Чернова², К. В. Гаврилова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Инсульт наиболее распространенное неврологическое заболевание. Значимость его возрастает в связи с увеличивающейся распространенностью острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), также в связи с увеличением доли больных с предшествующей соматической патологией, особенно в старших возрастных группах.

Поддержка нормальной дыхательной функции и адекватной оксигенации крови требуется для сохранения нейронов в зоне ишемической пенумбры. С этой целью необходимо поддерживать уровень сатурации (SaO_2) крови не

менее 94 %. Особенно важно поддерживать должный уровень сатурации при обширном ишемическом поражении ствола или полушарий головного мозга, а также при большой внутримозговой гематоме, эпилептическом статусе или при осложнениях типа тяжелой пневмонии, особенно у пациентов с риском аспирации, сердечной недостаточности, тромбоэмболии легочной артерии или обострении хронической обструктивной болезни легких.

Дыхательная функция может страдать особенно в период сна (Iranzo et al, 2002). Гиповентиляция может быть вызвана патологическим типом дыхания. Кроме того, существует риск механической асфиксии в результате рвоты или орофарингеальной мышечной гипотонии.

Развитию дыхательных расстройств способствуют: пожилой и старческий возраст, избыточная масса тела, курение, множественная соматическая патология, наличие предшествующих инсульту заболеваний легких и верхних дыхательных путей, длительный постельный режим, обездвиженность, недостаточный общий уход, пребывание в блоке интенсивной терапии и реанимации более 4 дней, назначение глюкокортикостероидов, возможность аспирации, гипостаз, а также снижение системного и местного иммунитета.

Наряду с инфекционно–воспалительными бронхо–легочными процессами трахеитами, бронхитами, трахеобронхитами и пневмониями, обнаруживаются и такие крайне тяжелые формы легочной патологии, как ателектазы и инфаркты легких, острый респираторный дистресс–синдром, отек легких, кровоизлияния в легочную ткань и острая эмфизема.

Возникновение и прогрессирование патологии органов дыхания обусловлено рядом факторов: центральными нарушениями регуляции дыхания с формированием синдромов альвеолярной гипер– и гиповентиляции при поражении бульбо–понтинного респираторного центра ствола головного мозга;

- фарингеальным или фаринголарингеальным парезом, что приводит к гиперсекреции слизи и нарушению проходимости верхних дыхательных путей, дисфагии, снижению кашлевого рефлекса и аспирации;

- центральными гемодинамическими изменениями легочного кровотока; гипостатическими процессами в легких.

Одним из наиболее частых, осложнением инсульта в остром его периоде является пневмония. Такие факторы, как нарушение сознания, требующее длительной (более 24 ч) респираторной поддержки, патологическая аспирация, а также длительное пребывание больного в отделении (палате) интенсивной терапии (ОРИТ) являются несомненными факторами риска развития пневмонии у больных тяжелым инсультом.

Бактериальная пневмония – одно из наиболее важных осложнений у пациентов (15 % летальности) с инсультом (Davenport et al, 1996; Langhorne, 2000; Weimar et al, 2002), большинство из которых обусловлено развитием аспирации (Horner et al, 1988). Результат аспирации может быть выявлен при флюорографии у 50 % пациентов в течение первых дней инсульта, особенно у пациентов с нарушением глотания и откашливания. Аспирация часто обнаруживается и у пациентов с нарушением уровня сознания. Выявлена также связь аспирации с

локализацией повреждения в мозге: у 66,7 % больных с инсультом ствола головного мозга, у 85,7 % с сочетанным повреждением ствола и полушарий мозга. К другим причинам пневмоний относят гипостаз, неадекватный кашлевой рефлекс и неподвижность. Адекватный респираторный уход может предотвращать этот тип пневмонии.

Патогенез пневмонии при инсульте связан, с одной стороны с трофическими расстройствами легочной ткани из-за нарушения центральной иннервации легких и диафрагмы, с другой – инфицированием нижних отделов дыхательных путей условно-патогенной микрофлорой вследствие аспирации содержимого ротоглотки и рвотными массами при угнетении сознания и нарушении глотания.

Наиболее часто пневмония развивается в первые три дня после инсульта (ранняя форма пневмонии). *Ранняя пневмония* зачастую является тем фактором, который способствует наступлению, летального исхода у больных инсультом. Инсульт осложняется ранней пневмонией при массивных кровоизлияниях или обширных инфарктах в полушариях мозга и очагах в стволе мозга.

Поздняя пневмония редко приводит к летальному исходу, но серьезно осложняет течение реабилитационного периода инсульта. Вторая волна пневмонии приходится на 2–6 неделю восстановительного периода (поздняя форма пневмонии). Поздняя пневмония осложняет инсульт одинаково часто при очагах в полушариях, подкорковых структурах и стволе мозга.

Основной причиной выступает грамотрицательная флора в различных ассоциациях, а также смешанная флора.

Клиническому анализу подвергнуты больные, поступившие в ОРИТ № 3 ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина в 2014–2015 гг.

На лечении с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) находилось 835 пациентов, в возрастной группе от 57 до 88 лет, преимущественно степень угнетения сознания при поступлении у большинства, (712) была на уровне 4–8 баллов по шкале ком Глазго. Средние сроки лечения в ОРИТ составили 2014 г. – 5,4 койко-дня, 2015 г. – 4,9 койко-дня.

Синдром острых дыхательных расстройств отмечался у 72 % пациентов в 2014г, в 2015 г. у 84 %. Более 46 % пациентов нуждались в респираторной поддержке. Сроки ИВЛ колебались от 6 ч до 13 суток, в среднем $4,8 \pm 2,4$ дня.

С целью санации трахеобронхиального дерева выполнено 323 фибробронхоскопии, во всех случаях выявлялся трахеобронхит. До поступления в ОРИТ у 34 пациентов был аспирационный синдром, который в 53 % осложнился пневмонией с летальным исходом.

С внебольничной пневмонией поступило 36 пациентов, летальность составила 44 % – 2014 г. и 38,5 % в 2015 г. Внутрибольничная пневмония развилась в шести случаях у больных с тяжелой патологией легких.

Развитие тяжёлых форм пневмонии приведших к летальному исходу было у 4,5 % больных, переживших период неврологических осложнений.

Всего с диагнозом ОНМК погибло 339 пациентов, летальность 2014 г. – 33 % , 2015 г. – 26,7 %, причем число умерших от первичного поражения мозга – 23 человека (17,1 %).

Большинство умерших пациентов с ОНМК по шкале ком Глазго имели оценку в 4–8 баллов – 33 пациента (45,2 %) и 3 балла – 30 пациентов (41,1 %).

Развитие тяжёлых форм пневмонии приведших к летальному исходу было у 4,5 % больных, переживших период неврологических осложнений.

Интенсивная терапия инсульта

Цель интенсивной терапии инсульта как одного из проявлений острой церебральной недостаточности в том, чтобы сохранить функциональное состояние центральной нервной системы, обеспечивающее автономное полноценное существование пациента как социального, а не биологического (вегетативный статус) объекта.

Конкретные задачи интенсивной терапии инсульта определяются его характером и топикой и могут быть сформулированы следующим образом:

- создание церебрального метаболического покоя до момента наступления устойчивой компенсации неврологического дефицита;
- обеспечение постоянного уровня церебрального перфузионного давления в пределах сохранения ауторегуляции (60–140 мм рт. ст.) при достаточном уровне сатурации (не ниже 91 %);
- протезирование витальных функций (дыхания, кровообращения), необходимое для восстановления вегетативной автономности.

Тяжелый неврологический дефицит (оценка по шкале ком Глазго 9 и менее баллов, по шкале m NIHSS > 6 баллов, по шкале mRS 4 и более баллов), обширный очаг инсульта в большом полушарии, очаг инсульта в области базальных ядер, локализация очага инсульта в полушариях мозжечка и/или стволе головного мозга обычно ассоциируются с необходимостью длительной защиты дыхательных путей и длительной ИВЛ.

При нарастающем угнетении сознания, недостаточном туалете трахеобронхиального дерева, бульбарном синдроме необходима:

- превентивная интубация;
- санационная бронхоскопия;
- ранняя трахеостомия;
- тщательный респираторный уход.

Профилактика пневмонии

При поступлении пациента с острым инсультом в отделение реанимации необходимо, совместно с неврологом:

- оценить уровень сознания в баллах по шкале ком Глазго (ШКГ);
- провести оценку баллов по модифицированной шкале NIHSS;
- провести оценку баллов по модифицированной шкале Ранкина;
- оценить частоту дыхания и выполнить исследование газового состава артериальной крови;
- оценить глоточные рефлексы с помощью шпателя и провести тест глотания воды;
- оценить наличие дизартрии и/или афазии.
- определить показания для интубации трахеи и начала ИВЛ.

Абсолютными показаниями для интубации трахеи при остром инсульте являются:

- декомпенсированная острая дыхательная недостаточность (ОДН);
- нарушение сознания (9 баллов и ниже по ШКГ);
- тяжелый диэнцефальный синдром;
- нейрогенная гипервентиляция ($\text{ЧД} > 30$ в мин, $\text{PaCO}_2 < 25$ мм рт. ст.);
- нарушения глотания.

Выполнение интубации трахеи проводится по оротрахеальной методике с соблюдением принципов профилактики регургитации и аспирации. Пациентов потенциально оценивают, как больных с «полным» желудком.

Оптимизация респираторной поддержки

Целями респираторной поддержки при остром инсульте являются:

- обеспечение достаточной оксигенации ($\text{SaO}_2 \geq 95\%$, $\text{PaO}_2 \geq 80$ мм рт. ст.);
- обеспечение нормокапнии ($\text{PaCO}_2 = 35\text{--}40$ мм рт. ст.);
- увлажнение и очищение вдыхаемой газовой смеси;
- дыхательный мониторинг.

Обязательным условием является соблюдение правил асептики и антисептики при манипуляции с НДП пациента (интубация трахеи, санация ТБД одноразовыми катетерами, санационная ФБС).

Показаниями для ФБС являются:

- явные клинические и рентгенологические признаки ателектазирования легочной ткани на фоне обтурации бронхов мокротой, кровью и т.д.;
- видеоассистенция для исключения повреждения задней стенки трахеи, при выполнении чрезкожной дилатационной трахеотомии;
- диагностика постинтубационных стенозов трахеи перед деканюляцией;
- получения материала для бактериологического исследования.

Цели выполнения трахеостомии:

- обеспечение адекватного ухода за полостью рта;
- обеспечение адекватных условий санации трахео-бронхиального дерева;
- уменьшение потребности в седации;
- уменьшение патологической афферентной импульсации от верхних дыхательных путей, связанной с оротрахеальной трубкой;
- снижение риска развития постинтубационного ларингита вследствие длительного стояния оротрахеальной трубки.

Оптимальный срок выполнения операции – вторые сутки от начала заболевания, т.е. до развития максимального отека головного мозга и внутричерепной гипертензии, с использованием «закрытых» систем для санации трахеи

Необходимо стремиться, как можно раньше перейти к режимам вспомогательной вентиляции легких, начинать попытки прекращения респираторной поддержки. Обязательные условия, при которых возможно начать попытки «отлучения от респиратора»:

- «достаточный» уровень сознания (оглушение, либо ясное сознание);

- удовлетворительная спонтанная дыхательная активность;
- отсутствия инфекционных осложнений.

Для прекращения респираторной поддержки могут быть использованы режимы: BiPAP, CPAP+PSV, «SmartCare» (Drager), PAV (PB-840).

Пациент должен находиться под наблюдением в течение всей процедуры отлучения от респиратора.

Наличие интубационной трубки, центрального венозного катетера, уретрального катетера и других инвазивных устройств не является показанием к проведению антибиотикопрофилактики.

При развитии инфекционных осложнений после проведения оценки пациента по модифицированной шкале CPIS (оценка по CPIS ≥ 6 баллам), следует по результатам бактериологического исследования назначить или изменить антибактериальную терапию.

Заключение. Обширность повреждения мозга при тяжелых ишемических инсультах полушарной локализации, частое нарушение сознания вплоть до комы, развитие на этом фоне неврологических осложнений, нарушений глотания и дыхания, требуют проведения всеобъемлющего комплекса лечебных мероприятий в условиях отделений нейрореанимации, включая длительную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Профилактики дыхательных расстройств и проведение комплекса последовательной интенсивной терапии позволили улучшить качество лечения пациентов с ОНМК. За два года летальность снизилась на 6,3 % (2014 г. – 33 %, 2015 г. – 26,7 %), причем число умерших от первичного поражения мозга – составило 15,1 %.

МОЧЕВАЯ КИСЛОТА В ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ

Л. В. Курашвили¹, А. Н. Лавров²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ Пензенская РБ, г. Пенза

Мочевая кислота согласно современным данным [1] связана с адаптационно-компенсаторными механизмами, анионы её обладают способностью захватывать активные формы кислорода при недостаточном поступлении с пищей аскорбиновой кислоты. Мочевая кислота может инактивировать гидроксил-радикалы, пероксинитрил радикал (ONOC⁰), защищая от инактивации столь биологически важный, филогенетически древний гуморальный медиатор – NO. Ионы уратов химически инактивируют АФК и превращаются в аллантоин, который фильтруется в клубочках и выводится с мочой. Содержание в моче аллантоина является достоверным тестом степени наработки нейтрофилами активных форм кислорода и активности биологической реакции воспаления [2].

Увеличение содержания мочевой кислоты в крови способно повышать устойчивость организма к инфекциям и препятствовать развитию опухолей,

а также положительно влиять на биологическую реакцию врожденного иммунитета.

Цель исследования: провести сравнительную оценку уровня мочевой кислоты в сыворотке крови школьников и оценить влияние внешней среды на организм в зависимости от экологии.

Материал и методы. Проведено обследование школьников (169 девочек и мальчиков) в возрасте 8–16 лет при профилактических осмотрах. Школьники п. «Центральный» (1 и 2 группы) вошли в основную группу, контрольную, так как проживали далеко от промышленного комплекса. Школьники п. «Южный» (3 и 4 группы) и школьники п. «Северный» (5 и 6 группы) составили группы сравнения, так как проживали рядом с промышленным комплексом. В 1, 2, 3 группы вошли девочки, во 2, 4, 6 группы вошли мальчики.

Результаты исследования (отображены в табл. 1).

Таблица 1

Содержание мочевой кислоты в сыворотке крови у здоровых детей

Средняя концентрация М± m Моль/л	Основная группа П. «Центральный»		Группа сравнения			
			П. «Северный»		П. «Южный»	
	Девочки 1 группа	Мальчики 2 группа	Девочки 3 группа	Мальчики 4 группа	Девочки 5 группа	Мальчики 6 группа
Средняя концентрация мочевой кислоты М± m, мкмоль/л	168,2±21,8	226,53±16,51	250,9±22,4	289,93±21,7	285,6±19,8	302,6±24,2
Min-Max, мкмоль/л	195–245	245–360	150–350	215–360	175–440	225–375
Me (25-й п 75-и Процентиль), мкмоль/л	224,25 (209,0 – 228,8)	230,6 (212,5 – 247,0)	273,5 (256 – 304)	291 (270 – 345)	257 (235 – 299,4)	299 (260,8 – 328,8)
Р достоверность различия между группами			P ₁₋₃ 0,0000	P ₂₋₄ 0,001534	P ₁₋₅ 0,00073 P ₃₋₅ 0,875090	P ₂₋₆ 0,001967 P ₄₋₆ 0,944512

П р и м е ч а н и е: P₁₋₃ – различия между количеством мочевой кислоты в сыворотке крови девочек 1 и 3 группы; P₁₋₅ – у девочек; P₂₋₄ и P₂₋₆ – различия у мальчиков; P₃₋₅ и P₄₋₆ – различия между группами сравнения.

Как видно из таблицы (см. табл. 1), у здоровых детей выявлена повышенное содержание мочевой кислоты относительно основной группы: медиана мочевой кислоты у девочек п. «Северный» превышала на 14,5 % (p₁₋₃ = 0,00000), у девочек п. «Южный» на 22 % (p₁₋₅ = 0,00073). Изменения между группами сравнения у девочек были недостоверными (P₃₋₅ 0,875090). Количество мочевой кислоты у мальчиков в п. «Южный» превышало на 26 % (p₂₋₄ = 0,0015), в п. «Северный» на 29,6 % (p₂₋₆ = 0,0019) величину мочевой кислоты у мальчиков

п. «Центральный». Изменения внутри групп сравнения у мальчиков были не достоверными ($P_{4-6} = 0,9445$).

Как показано в табл. 1 уровень мочевой кислоты у школьников, проживающих вблизи от промышленного комплекса, менялся по-разному. Выявлена бессимптомная гиперурикемия превышающая средние значения мочевой кислоты на 30–80 %.

Скорее всего, это повышение мочевой кислоты является компенсаторной противовоспалительной реакцией в ответ на изменение внешней среды.

Однако, возможно развитие и продуктивной гиперурикемии, которая может быть, как экзогенной и зависеть от характера пищи, так и эндогенной при усилении гибели клеток *in vivo*, в частности при синдроме цитолиза неоплазированных клеток в условиях химио – и радиотерапии.

Увеличение концентрации мочевой кислоты в крови может быть компенсаторным и патологическим. В ответ на увеличение первичных и вторичных форм активных форм кислорода (супероксидного кислорода, перекиси водорода и гидроксильных радикалов) повышается концентрации мочевой кислоты. Если она повышается в пределах 40 %, то это считается компенсаторной реакцией [1]. Мочевая кислота активирует биологическую реакцию экскреции и устраняет нарушение биологической функции эндоекологии в сыворотке крови у детей и выступает в роли антиоксиданта.

Тысячи органических и неорганических веществ, токсичных для организма, найдены в питьевой воде по всему миру. При профилактических осмотрах из-за экологической и социально-экономической ситуации в стране ухудшается здоровье школьников. Сегодня не более 10 % детей рождаются здоровыми [3].

Выводы. Бессимптомная гиперурикемия у детей является ретенционной компенсаторной противовоспалительной реакцией в результате снижения активности иммунной системы у школьников в ответ на действие факторов внешней среды.

Список литературы

1. Гиперурикемия – показатель нарушения биологических функций эндоекологии и адаптации, биологических реакций экспреции, воспаления и артериального давления / В. Н. Титов, Е. В. Ощепкова, В. А. Дмитриев, О. В. Гущина, Ю. К. Ширяева, А. Я. Яшин // КДЛ. – 2012. – № 4. – С. 3–14.
2. Kand'ar, R. Clin. Chem / R. Kand'ar, P. Zakova // Lab. Med. – 2008. – Vol. 46, № 9. – P. 1270–127.
3. Экологическая педиатрия / под ред. А. Д. Царегородцева, А. А. Викторова, И. М. Османов. – М. : Триада-Х, 2011. – 328 с.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕТАЛЬНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ДЛЯ ЖИЗНЕННОГО ПРОГНОЗА

И. И. Кухтевич, Н. И. Алешина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Несмотря на внедрение современных методов лечения и реанимации, процент летальных случаев ишемического инсульта остается достаточно высоким. Клиническая практика показывает, что надежных критериев, позволяющих прогнозировать течение инсульта и, в частности, летальный исход, не так много и они нередко противоречивы. В связи с этим поиск клинических маркеров прогрессирующего ухудшения состояния пациентов при острой ишемии мозга остается актуальной задачей, позволяющей оптимизировать лечебные мероприятия в острой фазе ишемического инсульта. Оценка клинического статуса дает в руки врача своевременное и достаточно полное представление об основных жизнеугрожающих симптомах при ишемическом инсульте и стимулирует принятие безотлагательных реанимационных мер.

Целью настоящей работы является сравнительный анализ основных клинических параметров состояния пациентов с разным исходом ишемического инсульта.

Работа проводилась в первичном противоишемическом отделении ГКБ им. Г. А. Захарьина г. Пензы, где методом случайной выборки изучены истории болезни 49 пациентов с летальным исходом в остром периоде ишемического инсульта (1 группа больных), и 101 выжившего пациента (2 группа). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Данные представлены в виде среднего значения (M) и среднего квадратического отклонения (s), а также в виде медианы (Me) и квартилей [25 %; 75 %]. Для сравнения групп применялся непараметрический U -критерий Манна-Уитни, различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Основные клинические характеристики анализируемых пациентов представлены в табл. 1.

Как показывают основные общеклинические характеристики пациентов, возраст больных с неблагоприятным исходом инсульта был статистически значимо выше, женщины преобладали в обеих группах и имели больший возраст, чем мужчины. В группе умерших пациентов чаще встречался в анамнезе сахарный диабет и инфаркт миокарда.

Более половины пациентов первой группы поступили в стационар в течение первых 6 часов от начала заболевания (53 %). На момент поступления у 40,8 % больных отмечалось ясное сознание, у 32,6 % – оглушение или сопор, у 26,6 % – кома. Гемиплегия в неврологическом статусе выявлена у 25 пациентов (51 %), в двух случаях (4 %) парезов не было, у остальных пациентов отмечен гемипарез. Бульбарные расстройства присутствовали в 10 случаях (20,4 %), в условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ) поступили 6 (12,2 %) па-

циентов. Синдром полиорганной недостаточности отмечен у 10,2 % пациентов, инфаркт миокарда у 12,2 % и пневмония – у 12,2 %. Досуточная летальность зафиксирована в 4 (8,2 %) случаях, в первые 5 суток умерли 17 (34,7 %) человек, на 6–14 сутки – 19 (38,8 %). В подавляющем большинстве случаев причинами смерти стали отек мозга с дислокацией стволовых структур (91,8 %), в двух случаях – массивная тромбоэмболия легочной артерии, в одном – острый инфаркт миокарда, и еще в одном – полиорганная недостаточность. Все пациенты с досуточной летальностью имели при поступлении нарушение сознания и гемиплегию. Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов первой группы составила 10[5;14] дней.

Таблица 1

Основные общеклинические характеристики пациентов

Показатель	1 группа	2 группа
Число пациентов	49	101
Мужчин, п(%)	18 (37 %)	43 (42,6 %)
Женщин, п(%)	31 (63 %)	58 (57,4 %)
Средний возраст, лет, M(s)	74,6 (9,4)*	69,5 (10,4)
Средний возраст мужчин, лет, M(s)	71,8 (9,2)	65,9 (10,9)
Средний возраст женщин, лет, M(s)	76,3 (9,3)	72,3 (9,1)
Локализация инсульта:		
каротидный бассейн, п(%)	39 (79,6 %)	79 (78,2 %)
вертебрально-базиллярный бассейн, п(%)	8 (16,3 %)	22 (21,8 %)
два бассейна, п(%)	2 (4,1 %)	-
Анамнестические сведения:		
артериальная гипертония, п(%)	47 (96 %)	95 (94,1 %)
мерцательная аритмия, п(%)	20 (41 %)	47 (46,5 %)
сахарный диабет, п(%)	15 (30,6 %)*	18 (17,8 %)
инфаркт миокарда, п(%)	18 (36,7 %)*	12 (11,9 %)
индекс коморбидности Чарлсона, Me[25 %;75 %]	6 [4,5; 7]	5 [3; 5]

* – $p < 0,05$ в сравнении со второй группой

Среди пациентов второй группы поступление в стационар в течение первых 6 часов от начала заболевания отмечено в 43 (42,6 %) случаях. На момент нарушения сознания до уровня оглушения и сопора было у 7 (6,9 %) пациентов, гемиплегия в неврологическом статусе выявлена в 34 (33,7 %) случаях, бульбарные расстройства имели место в 3 (2,9 %) случаях.

Анализ изучаемого материала показал, что ведущие клинические признаки тяжести состояния пациентов первой группы в первые сутки заболевания были представлены гемиплегией, нарушением сознания и их сочетанием. Преобладание этих симптомов при инсультах, закончившихся летально, было статистически значимо по сравнению со второй группой (рис. 1).

Сравнение групп показало, что в случаях летального исхода инсульта статистически значимо чаще, чем во второй группе, встречались сочетание геми-

плегии и нарушения сознания на фоне сахарного диабета (14,3 % и 1 % соответственно), лейкоцитоза (26,5 % и 8,9 % соответственно), перенесенного ранее инфаркта миокарда (14,3 % и 4,1 % соответственно).

Таким образом, наиболее репрезентативными клиническими признаками неблагоприятного исхода ишемического инсульта в первые сутки заболевания являются нарушение сознания, гемиплегия и их сочетание. Наличие сахарного диабета, перенесенного инфаркта миокарда и лейкоцитоз в первые сутки инсульта отягощают его прогноз.

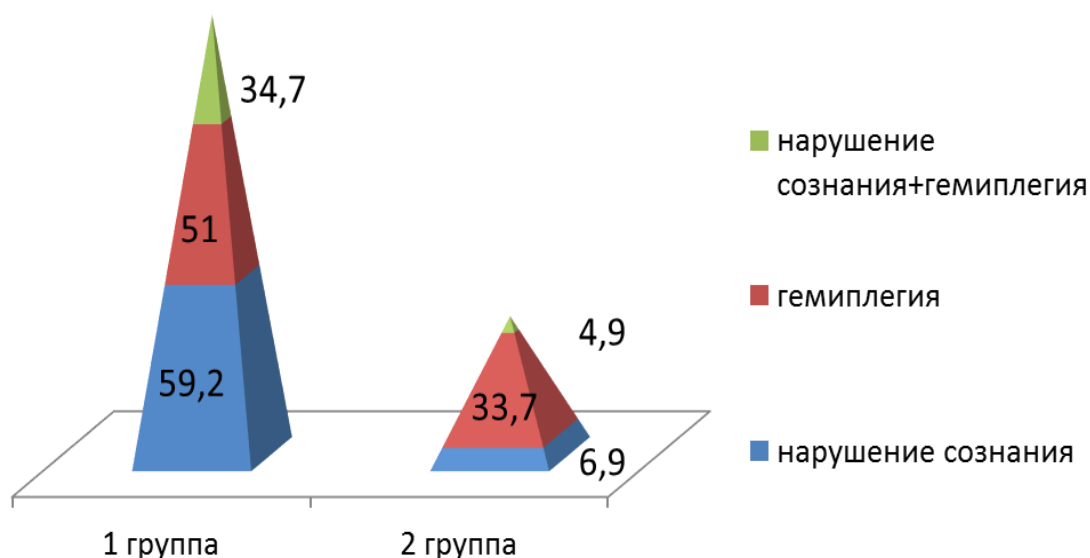


Рис. 1. Частота встречаемости основных неврологических синдромов (%) в первые сутки заболевания у пациентов первой и второй групп.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Е. И. Лапо, Н. В. Исаева, Р. А. Пахомова, Л. В. Кочетова

*ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск*

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) – это нервно-психический синдром, проявляющийся расстройством поведения, сознания, нервно-мышечными нарушениями, обусловленный метаболическими расстройствами вследствие острой печеночно-клеточной недостаточности, хронических заболеваний печени или порто-системного шунтирования крови. В развитии острой энцефалопатии вследствие массивного некроза печеночных клеток преобладают факторы паренхиматозной недостаточности, исходом которой чаще является эндогенная печеночная кома. В настоящее время существует три теории развития печеночной энцефалопатии. Токсическая теория освещена в работах. Ведущим эндогенным нейротоксином является аммиак, кроме того, имеют значение жирные

кислоты, фенолы и меркаптан. При печеночной энцефалопатии происходит снижение скорости метаболизма аммиака, других токсинов в печени. Кроме того, токсические продукты могут попадать в общий кровоток, минуя печень, по порто-кавальным анастомозам.

Основной патогенетической моделью ПЭ в настоящее время является «гипотеза глии». Согласно этой теории, печеночно-клеточная недостаточность и портосистемное шунтирование крови приводят к развитию аминокислотного дисбаланса и увеличению содержания в крови эндогенных нейротоксинов. Это вызывает отек и функциональные нарушения астроглии: повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, изменение активности ионных каналов, нарушение процессов нейротрансмиссии и обеспечения нейронов энергией АТФ, что клинически проявляется симптомами ПЭ.

Клинические симптомы печеночной энцефалопатии проявляются когнитивными, психическими и нервно-мышечными расстройствами. Степень выраженности печеночной энцефалопатии зависит от этиологии основного заболевания, характера и тяжести триггерных факторов, скорости нарастания эндотоксикоза.

Когнитивные нарушения (КН) являются наиболее ранними признаками церебральной недостаточности. КН, связанные с печеночной патологией, относятся к группе дисметаболических энцефалопатий и имеют свои особенности.

По классификации West-Haven выделяют несколько стадий печеночной энцефалопатии:

0 стадия, или латентная, соответствует минимальной печеночной энцефалопатии. На этой стадии нет объективной клинической симптоматики при обычных условиях. Однако, минимальная печеночная энцефалопатия опасна неадекватной реакцией в экстремальных условиях (например, при вождении автомобиля, что сопряжено с повышенным риском аварийных ситуаций).

При I стадии клинически выраженной ПЭ наблюдается рассеянность, легкое изменение личности, нарушения сна, снижение концентрации внимания, легкая атаксия, умеренный астериксис, апраксия.

II стадия проявляется ПЭ сопровождается нарастанием церебральной недостаточности в виде угнетения сознания до уровня оглушения, с возможным психомоторным возбуждением, снижением критики, нарушениями ориентации, выраженным «хлопающим» тремором, появлением патологических рефлексов, речевых нарушений.

Для III стадии печеночной энцефалопатии дальнейшее характерно угнетение сознания до сопора, с возможными нарушениями жизненно-важных функций – дыхания и гемодинамики, усилением выраженности астериксиса, появлением судорог.

IV стадией ПЭ является печеночная кома, которая характеризуется отсутствием сознания, исчезновением дифференцированных реакций на болевые раздражители. Характерно повышение мышечного тонуса вплоть до децеребрационной ригидности мышц. В терминальной стадии печеночной комы возникает арефлексия, атония, расширяются зрачки, исчезает их реакция на свет, угасают роговичные рефлексы, проводится инотропная поддержка.

Клинические симптомы печеночной энцефалопатии сочетаются с проявлениями печеночно-клеточной недостаточности в виде желтухи, печеночного запаха, симптомов интоксикации. В анализах крови отмечается гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, снижение концентрации альбумина и факторов свертывания крови. Маркерным лабораторным параметром ПЭ является повышение концентрации аммиака в крови, регистрируемое у большинства пациентов.

Основными направлениями лечения ПЭ являются диета и медикаментозная терапия.

Поскольку ни одно из предложенных медикаментозных средств для лечения ПЭ не является в достаточной степени эффективным и не охватывает всех известных звеньев ее патогенеза, продолжается поиск новых лекарственных препаратов и их комбинаций.

Таким образом, анализ данных доступных источников литературы показал отсутствие единого подхода к проблеме своевременной диагностики и лечения печеночной энцефалопатии у пациентов с механической желтухой, что определяет необходимость дальнейших исследований в данном направлении. С учетом перечисленных выше позиций, представляется интересным изучение возможности применения препаратов с антиоксидантной и нейропротекторной активностью в лечении печеночной энцефалопатии.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И АССОЦИИ ГЕНОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЕГО МЕТАБОЛИЗМ И РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

О. А. Левашова, И. Г. Золкорняев, Н. И. Алешина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Ишемический инсульт (ИИ) является важнейшей медико-социальной проблемой, обусловленной высокой долей в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности. Одним из значимых факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний является гипергомоцистеинемия (ГГЦ).

Гомоцистеин (ГЦ) – серосодержащая аминокислота, являющаяся промежуточным продуктом метаболического превращения метионина в цистеин. ГЦ оказывает неблагоприятное влияние на механизмы, участвующие в регуляции сосудистого тонуса, обмена липидов и коагуляционного каскада, является фактором риска для развития атеросклеротических изменений и тромбоэмболических осложнений. Такой эффект гомоцистеина проявляется через его непосредственное воздействие на стенку сосудов и косвенно путем вовлечения оксидантного механизма. Результатом этих процессов является развитие дисфункции эндотелия. Показано, что ИИ является мультифакториальным заболеванием с участием традиционных (артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет и др.) и генетических факторов. Гены, принимающие участие

в развитии заболевания, можно условно разделить на несколько основных групп: гены системы липидного и гомоцистеинового метаболизма, гемостаза, продукции оксида азота, ренин-ангиотензиновой системы и воспаления.

Цель исследования: изучить уровень гомоцистеина и частоту встречаемости полиморфных вариантов ряда генов, кодирующих ферменты фолатного цикла (MTHFR C677T и A1298C, MTR A2756G, MTRR A66G) и протеины различных звеньев ренин-ангиотензиновой системы (РАС) (AGT Thr174Met, AGT Met235Thr, AGTR1 A1166C), продукции оксида азота (NOS3 C786T) у пациентов с ишемическим инсультом различной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 78 пациентов с ишемическим инсультом, верифицированного по результатам МРТ/КТ головного мозга. Возраст пациентов составил $65 \pm 7,8$ лет. Неврологический статус оценивался по шкале NIHSS.

Уровень гомоцистеина определяли иммуноферментным методом тест-системами «Axis-Shield» (Великобритания). Анализ полиморфизма изучаемых генов проводили методом ПЦР в режиме «реального времени» реактивами НПО «Литех» и ООО «НПО ДНК-технология» на амплификаторе «DT-lite» (ООО «НПО ДНК-технология»).

Пациенты в зависимости от тяжести мозгового инсульта были разделены на 2 группы. Первую группу составили 53 пациента с инсультом легкой и средней степени тяжести, от 4 до 14 баллов по шкале NIHSS. Во вторую группу вошли 25 пациентов с тяжестью инсульта от 15 до 22 баллов по NIHSS. Группу сравнения составили 15 человек сопоставимого возраста.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрических методов при помощи программы STATISTICA 6. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [25 %; 75 %]). Сравнение количественных признаков проводили по критерию Манна-Уитни. Критической величиной уровня значимости (p) считали значение 0,05. Для сравнения распределений частот генотипов и аллелей использовался критерий χ^2 (Пирсона).

Результаты и обсуждение. У больных с легким и средним ишемическим инсультом (1 группа) уровень гомоцистеина превышал значения контрольной группы (10,5 [4,4; 16,2] мкмоль/л) и составил 18 [16,9; 33,3] мкмоль/л ($p > 0,05$). В группе пациентов с тяжелым течением инсульта (2 группа) концентрация гомоцистеина также статистически значимо отличалась от группы контроля и составила 23,4 [14,9; 21,0] мкмоль/л. Однако при сравнении уровня ГЦ у больных ишемическим инсультом различной степени тяжести статистически значимых различий не обнаружено. Причины, приводящие к нарушению метаболизма гомоцистеина, достаточно разнообразны. Гипергомоцистеинемия может быть обусловлена дефицитом фолиевой кислоты, витаминов группы В, а также генетическими дефектами ферментов, обеспечивающих процессы обмена данной аминокислоты.

Анализ распространенности генетического полиморфизма генов, кодирующих ферменты фолатного цикла (MTHFR A1298C, MTR A2756G, MTRR A66G), не выявил достоверных различий у больных ишемическим инсультом

различной степени тяжести. Однако зарегистрировано более частое носительство аллеля 677T фермента MTHFR в группе больных с тяжелым течением заболевания ($\chi^2 = 6,205$; $p < 0,05$), что может свидетельствовать о влиянии генетически обусловленной гипергомоцистеинемии на течение острой ишемии мозга.

Анализ частоты встречаемости полиморфных генов PAC не выявил статистически значимых различий в изучаемых группах пациентов. Полиморфизм гена NOS C786T в нашем исследовании также не ассоциировался с тяжестью ишемического инсульта.

Комплексное изучение цереброваскулярной патологии, в том числе ишемического инсульта, с учетом генетической составляющей позволит определить новые критерии повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, оптимизировать профилактику, снизить инвалидизацию и летальность при данной патологии.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ НА ТЕМУ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗАНТЕМНЫХ ИНФЕКЦИЙ» (МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ)

***О. Н. Лесина, И. П. Баранова, О. А. Коннова, М. В. Никольская,
О. А. Зыкова, Ж. Н. Карнеева***

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» (Москва, 2012 г.) отмечено, что ее стратегической целью является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг. Это невозможно без повышения компетентности специалистов здравоохранения и качества обучения врачей. Качество непрерывного профессионального образования обеспечивается не только квалификацией профессорско-преподавательского состава, оснащением учебной и лечебной базы, наличием средств для симуляционной подготовки (тренажеры, иллюстративный материал, макеты историй болезней), измерительными материалами для контроля обучения, но и доступностью образовательного процесса. В современных условиях особое значение приобретает модульное обучение, позволяющее за небольшой промежуток времени освоить и углубить знания по определенному разделу знаний, овладеть новыми компетенциями.

Высокая распространенность инфекционных заболеваний у детей и взрослых, и в то же время уменьшение числа специалистов в этой области, междисциплинарные аспекты инфектологии свидетельствуют о необходимости обучения врачей различных специальностей по вопросам инфекционной безопасности. В этой связи модульное обучение также приобретает особую актуальность. В силу контагиозности большинства инфекционных болезней, протекающих с экзантемами, а также их социальной значимости, особую роль приобретают знания дифференциально-диагностических особенностей этих заболеваний.

Цель обучающего модуля: повышение компетенции врачей в вопросах дифференциальной диагностики экзантем (непрерывное профессиональное образование врачей).

Представляем модуль для повышения компетенций врачей различных специальностей по вопросам дифференциальной диагностики экзантем. Дифференциальная диагностика проводится при первичном осмотре больного, направлена на раннее выявление инфекционного заболевания, протекающего с экзантемой, основана на выявлении этого ведущего клинического признака и на последовательном сопоставлении вариантов его проявления при различных нозологических формах. Это позволяет со значительной степенью вероятности сформулировать предварительный диагноз, определить объем лабораторных исследований для верификации диагноза, выработать терапевтическую тактику, и провести необходимые эпидемиологические мероприятия в очаге инфекции. Компетентность врача зависит от его способности применить знания и умения в практической деятельности. Необходимой составляющей частью формирования компетенций врачей различных специальностей по вопросам инфекционных болезней является возможность правильно оценить клинические характеристики инфекционных экзантем.

Структура модуля:

1. Общие вопросы и терминология.
2. Экзантема как важный диагностический признак при брюшном и сыпном тифе.
3. Особенности экзантемы при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса; атипичные формы; экзема Капоши.
4. Сыпь при варицелла-зостер инфекции: две клинические формы.
5. Поражение кожи при энтеровирусной инфекции: ящуроподобный синдром «рука-нога-рот» и пятнисто-папулезная экзантема.
6. Корь как «классическая» инфекция с макулопапулезной сыпью: эпидемиологическая обстановка и основные диагностические критерии.
7. Дифференциально-диагностические отличия краснухи.
8. Характеристика сыпи при скарлатине.
9. Особенности сыпи при инфекционной эритеме.
10. Клинические проявления инфекции, вызванной герпетическим вирусом 6 типа, связанной с поражением кожи (внезапная экзантема).
11. Сыпь при инфекционном мононуклеозе и клинико-лабораторная диагностика заболевания.
12. Псевдотуберкулез и иерсиниоз – многообразие клинических проявлений.
13. Аллергические сыпи.
14. Иллюстративный материал.
15. Измерительные материалы (тесты, ситуационные задачи).
16. Литература и нормативные документы.

Контингент слушателей: специалисты с высшим образованием (врачи) [специалитет по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»].

Компетенции: после прохождения модуля врач должен:

- знать терминологию, первичные и вторичные элементы сыпи, основные характеристики сыпи, дифференциальную диагностику везикулезных и макулопапулезных инфекционных экзантем;
- уметь описать элементы сыпи и охарактеризовать особенности высыпаний при различных инфекционных, а также неинфекционных экзантемах;
- владеть навыками осмотра пациента, сбора эпидемиологического анамнеза и анамнеза заболевания, интерпретации результатов лабораторных исследований при инфекционных заболеваниях.

Таким образом, образовательный модуль, демонстрация больных, коррекция знаний через ситуационные задачи и тестовый контроль (измерительные материалы) позволит повысить квалификацию врачей различных специальностей в вопросах своевременной диагностики инфекционных экзантем, что будет способствовать выбору адекватной терапевтической и профилактической тактики.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Е. В. Мазурова

ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко, г. Пенза

В современных условиях реформирования системы здравоохранения в сочетании с интенсивным развитием новых медицинских технологий более половины всех случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) происходит в высокотехнологичных специализированных и крупных многопрофильных стационарах. Об этом свидетельствуют многочисленные литературные данные. В Пензенской области ситуация с заболеваемостью ИСМП достаточно спокойная. В целом по области в 2013 г. зарегистрировано 643 случая, в 2014 г. – 618, в 2015 г. 610 случаев ИСМП. Из этого количества на долю областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко в 2013 г. приходится 18,2 %, в 2014 г. – 12,4 %, в 2015 г. – 13,1 % случаев ИСМП.

В Пензенской области в 2015 г. наибольшее число случаев ИСМП (42,3 %) зарегистрировано в хирургических стационарах, из них 85,3 % случаев приходится на послеоперационные инфекции, 7,4 % – на пневмонии, 4,3 % – на другие инфекционные заболевания; по 1,5 % – на постинъекционные инфекции и острые кишечные инфекции. В 2012 г.– 1015 гг. структуре ИСМП Пензенской областной клинической больницы преобладают послеоперационные инфекционные осложнения – 72,5 %, инфекции дыхательных путей и инфекции кожи и подкожной клетчатки, связанные с проведением инъекций составляют соответственно – 16,7 и 4,2 %.

Целью исследования явилось изучение механизмов возникновения и распространения послеоперационных инфекций среди пациентов в хирургических отделениях Пензенской областной клинической больницы.

В условиях интенсивного развития новых медицинских технологий имеется ряд нозологических форм ИСМП, появление которых объясняется с конкретной инвазивной процедурой или манипуляцией: это инфекция дыхательных путей, связанная с интубацией и длительной искусственной вентиляцией легких; инфекция кровотока, обусловленная катетеризацией кровеносных сосудов; инфекции мочевыводящих путей, возникающие вследствие длительной катетеризации мочевого пузыря и другие инфекционные осложнения, обусловленные лечебно-диагностическим процессом. Возникновению и распространению ИСМП способствуют концентрация на ограниченной площади лиц со снижением иммунных статусов, переуплотнение коечного фонда, формирование госпитальных штаммов микроорганизмов и реализация в этих условиях естественных механизмов передачи возбудителей, а также недостаточное обеспечение безопасности медицинских процедур и манипуляций. Следовательно, можно выделить три типа механизма передачи возбудителей в стационаре – контактный, гемоконтактный, аэрозольный и их совокупность, то есть, искусственный. Особую роль в возникновении ИСМП играют условно-патогенные микроорганизмы, способные адаптироваться к новым условиям существования ввиду появления наследуемой изменчивости. Стойкая наследуемая изменчивость возбудителей, способствующая появлению у них устойчивости к дезинфекционным средствам и антимикробным препаратам, имеет большое значение для понимания закономерностей развития эпидемического процесса. Следует также отметить отсутствие закономерного инкубационного периода в классическом понимании у группы заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами.

Исходя из вышесказанного, среди мер по обеспечению безопасного оказания медицинской помощи на первом месте должны быть организация мероприятий по антисептике, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, поверхностей, воздуха, а также выполнение санитарно-гигиенических мероприятий и утилизация отходов. Обязательной мерой при этом должно стать усиление санитарно-противоэпидемического в случае выявления источника инфекции, что предполагает соблюдение мер асептики, создание «замкнутого» режима палаты, ежедневную заключительную дезинфекцию (поскольку источник инфекции продолжает оставаться в стационаре) в повышенных концентрациях, соблюдение правил личной гигиены медицинским персоналом, рациональное использование антибактериальных средств. Основным принципом профилактики внутрибольничного инфицирования является разделение «чистых» и инфицированных потоков на всех этапах лечебно-диагностического процесса и предотвращение перекрестной инфекции. Наиболее эффективным мероприятием в этом случае считается индивидуальная и «барьерная» изоляция, позволяющая уменьшить уровень заболеваемости послеоперационными инфекционными осложнениями.

Целенаправленная работа, проводимая в Пензенской областной больнице по уменьшению опасности возникновения инфекционных осложнений путем ликвидации возбудителей в больничной среде при тесном сотрудничестве гос-

питательных эпидемиологов, клинических микробиологов, лечащих врачей, руководителей лечебно-диагностических подразделений и администрации медицинской организации позволило добиться снижения заболеваемости ИСМП в 2015 г. по сравнению с 2013 г. на 44 %.

Заключение. Таким образом, в условиях интенсивного развития новых медицинских технологий, обеспечение безопасной медицинской помощи в многопрофильном стационаре требует обязательного учета механизма возникновения и распространения послеоперационных инфекционных осложнений и тесного сотрудничества специалистов и администрации учреждения по вопросам профилактики ИСМП. Положительная тенденция в возникновении и распространении ИСМП в областной клинической больнице позволяет утверждать, что даже в условиях крупного многопрофильного медицинского учреждения при правильно организованной работе возможно осуществление эффективной профилактики ИСМП.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D, ПАРАТГОРМОНА, КАЛЬЦИТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ С ТРАНЗИТОРНЫМ НЕОНАТАЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

М. Н. Максимова, В. И. Струков, Л. Г. Радченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Введение. Несмотря на широкое использование препаратов витамина D, частота встречаемости рахита у детей раннего возраста остается высокой и колеблется от 35 до 80,6 % (Струков В. И., 2004; Баранов А. А., 2009; Рывкин А. И., 2014). Неудовлетворенность результатами профилактики рахита делают эту проблему актуальной задачей современной педиатрии и диктуют необходимость проведения дальнейших комплексных научных исследований по изучению патогенеза заболевания, D-витаминного статуса пациентов, особенностей гормональной регуляции фосфорно-кальциевого гомеостаза (Демин В. Ф., 2004; Новиков П. В., 2007; Коровина Н. А., 2008; Мальцев С. В., 2012; Захарова И. Н. с соавт., 2014; Ахмадеева Э. Н., 2015).

Одной из причин, влияющих на баланс кальция и фосфора в организме, является гипофункция щитовидной железы, гормоны которой оказывают влияние на процессы минерализации костной ткани (Долгов В. В. с соавт., 2002; Дедов И. И. с соавт., 2008). Дифференцированный подход к коррекции нарушений фосфорно-кальциевого обмена у детей, с учетом роли функциональной недостаточности щитовидной железы в патогенезе рахита, может способствовать разработке новых более эффективных мер профилактики заболевания.

Цель исследования: изучить содержание витамина D (25(OH)D₃), паратгормона (ПТГ), кальцитонина (КТ) в сыворотке крови у персонализированной группы детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом (ТНГ) в зависимости от способа специфической профилактики рахита.

Материалы и методы. В исследование включены 66 доношенных новорожденных детей с ТНГ, находящихся на естественном вскармливании, поступивших на лечение в ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова (главный врач – к.м.н. М. С. Баженов). Транзиторный неонатальный гипотиреоз подтвержден результатами неонатального скрининга (при проведении массового обследования новорожденных на наследственные заболевания согласно приказу МЗ № 185 от 2006 года) и исследованием сыворотки крови на содержание тиреотропного и тиреоидных гормонов.

Методом последовательной рандомизации пациентов, в зависимости от предложенного способа профилактики рахита, наблюдаемые дети с ТНГ, были выделены в три подгруппы (А, В, С).

В подгруппе А (n = 20): дети получали витамин D по 500 МЕ ежедневно с 3–4-х недель, согласно действующим рекомендациям МЗ СССР (Москва, 1990). В подгруппе В (n = 22): дети также получали витамин D 500 МЕ/сутки, а матери по рекомендации эндокринолога на период лактации принимали тиреопротектор (Йодомарин 200мкг/сутки). В подгруппе С (n = 24): витамин D 500 МЕ получали дети и дополнительно витамин D 400–500 МЕ/сут. получали матери в комплексе с цитратом кальция 1000 мг/сут. в течение первых трех месяцев и препаратом йода (Йодомарин 200 мкг/сут.).

Содержание в крови 25(OH)D₃ определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа (АКСИТЕСТ–25OhvitaminD), паратгормона, кальцитонина - методом ферментативно-усиленной хемилюминесценции на анализаторах закрытого типа Immulite 2000i. Определение гормонального профиля (ТТГ, Т4св.) в сыворотке крови осуществлялось иммунохемилюминесцентным методом с помощью набора «Алкор-Био» на аппарате «Viktor». При неонатальном скрининге новорожденных использовался набор DELFIA Neonatal hTSH kit для количественного определения человеческого ТТГ в пробах крови, методом флюоресцентного иммунного анализа.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ SPSS17, STATISTIKA 6. Сравнение средних значений в независимых группах проводили с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA с использованием поправки Бонферрони. Различия считали значимыми при $p < 0,017$.

Результаты исследования. В течение первого полугодия в подгруппе А, несмотря на профилактический прием витамина D, отмечено повышение средних значений ТТГ до $30,05 \pm 0,45$ пг/мл, которое значимо отличалось от показателей подгруппы В ($p = 0,002$) и С ($p < 0,001$). Превалировала тенденция к снижению содержания кальцитонина (в 6 месяцев $7,89 \pm 0,33$ пг/мл, $p < 0,001$ к подгруппам В и С). Напротив, к концу первого полугодия, в подгруппе С (на фоне дополнительного использования у матерей витамина D, цитрата кальция и препарата йода) средние значения КТ динамично нарастали до $10,83 \pm 0,35$ пг/мл, $p = 0,016$ к $9,64 \pm 0,32$ пг/мл подгруппы В).

К трехмесячному возрасту у детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом подгруппы А отмечалось снижение 25(OH)D₃ в сыворотке крови

($29,2 \pm 0,33$ нг/мл), что указывало на недостаток витамина D, и продолжало оставаться низким к полугоду ($29,3 \pm 0,36$ нг/мл, $p < 0,001$ к подгруппам В и С). Напротив, в подгруппе С (где дополнительно витамин D получали матери в комплексе с цитратом кальция и препаратом йода) отмечена тенденция к повышению уровня $25(\text{OH})\text{D}_3$ – $37,4 \pm 0,33$ нг/мл ($p < 0,001$ к подгруппе В – $33,3 \pm 0,21$ нг/мл).

Заключение. Дополнительное использование комплекса остеотиреопротекторов у лактирующих матерей способствует коррекции недостаточности витамина D и дисбаланса в кальцийрегулирующей системе у детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом и может повысить эффективность профилактики рахита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА С РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**М. Н. Максимова¹, В. И. Струков¹, Л. Г. Радченко¹, Р. Т. Галеева¹,
Е. О. Филина¹, В. С. Перестань¹, Т. В. Попылькова², М. И. Рамжаева²,
Н. В. Агеева²**

¹ ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

² ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Актуальность: Пилоростеноз – наиболее частая причина непроходимости желудка у новорожденных детей. Заболевание встречается у 1-3:1000 живорожденных детей, преимущественно у мальчиков (Красовская Т. В., Кобзева Т. Н., Белбородова Н. В. 2008).

До настоящего времени гипертрофический пилоростеноз остается актуальной проблемой в неонатологической и хирургической практике, требующей своевременной диагностики и адекватной терапии (Жиркова Ю. В., Кучеров Ю. И., 2004).

Сужение просвета привратника за счет гипертрофия мышечного слоя развивается постепенно после рождения, что приводит к нарушению эвакуации в двенадцатиперстную кишку. Типичная клиническая картина развивается на 3 – 6 недели жизни, когда появляется обильная рвота съеденной пищей, нарастающая по объему и частоте (Ю. Ф. Исаков, А. В. Гераськин, 2011).

Для подтверждения диагноза пилоростеноза используют инструментальные (фиброгастроскопия, рентгенологическое исследование) и функциональные методы исследования (УЗИ).

Цель исследования: продемонстрировать вариант раннего проявления врожденного пилоростеноза у новорожденного ребенка в возрасте 18 суток.

Пациенты и методы исследования: в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова 22.01.2014 г. поступила пациентка А. 06.01.2014 г. рождения (на 16 сутки жизни) с жалобами на нарастание желтухи, рвоту, потерю веса.

Девочка от III беременности, III срочных родов. Беременность матери протекала с угрозой прерывания (стационарное лечение в 20 недель), на фоне обострения герпеса во втором триместре, проводилась терапия ацикловиром. Вес при рождении 3190,0, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Период адаптации на фоне физиологической желтухи. Выписана из роддома на 4-е сутки.

С 11-х суток жизни (с 17.01.14.) у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, впервые появилась рвота створоженным молоком, которая нарастала по объему и частоте. С 21.01.14. (на 15 сутки жизни) рвота отмечалась после каждого кормления. Ребенок отказался от еды и был госпитализирован в ПОДКБ.

При осмотре общее состояние тяжелое. Вялый. Мышечный тонус, двигательная активность снижены. Гипорефлексия. Крик слабый. Кожные покровы иктеричные, сухие. Тургор тканей снижен. Вес – 3023,0. Дефицит веса – 487,0 г (13,87 %). Видимые слизистые сухие. Дыхание ослабленное, ЧД = 52 в мин. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС = 146 в мин. Живот мягкий, доступен пальпации, не вздут. Печень +1 см из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Диурез снижен. Зондовое кормление в объеме 10,0 не удерживал.

Результаты: в биохимическом анализе крови отмечалась гипербилирубинемия до 313,2 ммоль/л. На рентгенографии органов грудной клетки: картина аспирационной пневмонии. Ребенок консультирован хирургом: для исключения пилоростеноза рекомендовано дообследование.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия 24.01.14: Формирующийся пилоростеноз. Рентгенологическое исследование желудка с барием 24.01.14: Ро-признаки пилоростеноза (на серии снимков отсутствует эвакуация контраста из желудка).

24.01.14. в возрасте 18 суток ребенку проведено хирургическое лечение - пилоромиотомия по Фреде – Рамштетту. Послеоперационный период протекал благоприятно и 31.01.2014 в удовлетворительном состоянии ребенок был выписан домой.

Выводы: Клинические проявления врожденного пилоростеноза могут проявляться у новорожденных детей ранее 3–6 недели жизни, что следует учитывать клиницистам в своей практике.

ПОКАЗАТЕЛИ СПОНТАННОГО И ИНДУЦИРОВАННОГО γ-ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ И РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

И. А. Малова¹, И. П. Баранова², Н. И. Баранова²

¹ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 59» ФМБА России, г. Заречный

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

В организме человека вырабатывается около 20 видов интерферонов, которые подразделяют на два типа: I и II. Интерфероны первого типа α, β, γ про-

дуцируются и секретируются большинством клеток организма в ответ на действие вирусов. К интерферонам второго типа относится γ -интерферон, который продуцируется клетками иммунной системы в ответ на действие чужеродных агентов. Интерфероны всех типов участвуют в многочисленных иммунных взаимодействиях при вирусных инфекциях, играя при этом ключевую роль. Они способствуют как индукции, так и регуляции ответов врожденных и адаптивных противовирусных механизмов, активизируя многочисленные внутренние противовирусные факторы. К настоящему времени хорошо изучены возрастные особенности интерфероновой системы у детей, свидетельствующие о сниженной противовирусной защите. Установлено, что у детей в возрасте от одного месяца до 3-х лет способность к продукции интерферона снижена в 9 раз по сравнению со взрослыми пациентами. У некоторых детей в возрасте от 7 до 18 лет сохраняется незрелость системы интерферона.

Роль γ -интерферона в регуляции иммунного ответа является ключевой в реализации иммунной защиты организма человека от острых вирусных инфекций, таких как грипп и другие ОРВИ. Еще одним очень важным биологическим свойством γ -интерферона является наличие не только опосредованного, но и прямого неспецифического противовирусного действия. Под влиянием вирусов может происходить повреждение системы интерферонов.

Цель исследования: изучить показатели спонтанного и индуцированного γ -интерферона у госпитализированных больных гриппом и респираторно-синцитиальной в зависимости от возраста пациентов, гендерных факторов и этиологии возбудителя.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование пациентов, находившихся на лечении в инфекционном отделении медико-санитарной части № 59 ФМБА России г. Заречный Пензенской области в период 2015–2016 гг. У 48 пациентов (20 женского и 28 мужского пола) этиология ОРВИ и гриппа была верифицирована путем выявления генома вирусов в носоглоточном секрете с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени; забор материала производили в течение первых суток пребывания больного в стационаре. Мазок брали из обоих носовых ходов сухим ватным тампоном с последующим помещением его в пробирку с 0,5–1,0 мл среды. Для верификации возбудителей ОРВИ в клиническом материале использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией при помощи набора реагентов «АмплиСенсОРВИ-скрин-FL». У пациентов был исследован также уровень спонтанного и индуцированного γ -интерферона методом ИФА: забор крови проводили дважды – при поступлении и на 7–10 день после начала лечения. Из числа 48 пациентов: больных гриппом А было 13 человек (27 %), 9 (19 %) больных – гриппом В, в 10 случаях (21 %) диагностирована респираторно-синцитиальной (РС) инфекция, в 16 (33 %) случаях возбудитель не верифицирован. Из числа 48 пациентов: детей до 14 лет было 34 человека, из них 14 девочек и 20 мальчиков. Всем пациентам проводилось комплексное объективное и лабораторно-инструментальное обследование. Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 10 Rus (StatSoft Inc. USA).

Результаты исследования. Оказалось, что уровень спонтанного γ -интерферона у больных гриппом (А или В) и РС-инфекцией колебался в пределах 0,0-9,1 пг/мл; не обнаружено статистически значимых различий в уровне спонтанного γ -интерферона среди пациентов мужского и женского пола; также не было существенных различий в уровнях γ -интерферона до ($0,41 \pm 0,3$ пг/мл) и после лечения ($0,37 \pm 0,2$ пг/мл) в этих группах больных. Показатели индуцированного γ -интерферона зависели от этиологии заболевания, возраста пациентов, не зависели от гендерных факторов, колебались в пределах 18–1904 пг/мл ($716,25 \pm 61,1$ пг/мл) и мало изменялись к 7–10 дню заболевания. У детей в возрасте старше 6 лет ($p < 0,01$) и у взрослых ($p < 0,03$) уровень индуцированного γ -интерферона был достоверно выше в 2–2,5 раза, чем у детей дошкольного возраста. Обнаружено также достоверное различие в показателях у больных РС-инфекцией ($408 \pm 95,5$ пг/мл), гриппом В ($1123 \pm 176,1$ пг/мл) и гриппом А ($689,0 \pm 109,9$ пг/мл): уровень индуцированного γ -интерферона до лечения был достоверно выше в 2,7 раза при гриппе В и в 1,7 раза при гриппе А, чем при РС-инфекции.

Выводы:

1. Противовирусная защита с участием γ -интерферона у больных с РС-инфекцией и гриппом обеспечивалась преимущественно индуцированным γ -интерфероном, показатели которого значительно превышали уровни спонтанного γ -интерферона.

2. Уровень спонтанного γ -интерферона у больных гриппом (А или В) и РС-инфекцией не зависел от этиологии и периода болезни, возраста пациентов и гендерных факторов.

3. Показатели индуцированного γ -интерферона зависели от этиологии заболевания, возраста пациентов и не зависели от гендерных факторов. Уровень индуцированного γ -интерферона до лечения был достоверно выше в 2,7 раза при гриппе В и в 1,7 раза при гриппе А, чем при РС-инфекции.

4. Уровень индуцированного γ -интерферона у больных гриппом и РС-инфекцией до и после лечения был достоверно выше (в 2-2,5 раза) у детей школьного возраста и взрослых, чем у дошкольников.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В. Н. Маринчев, В. Г. Васильков, Д. В. Осинькин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Главной задачей анестезиолога является защита пациента от хирургической агрессии и обеспечение необходимых условий для выполнения операции, т.е. проведение анестезиологического пособия, которое должно быть безопасным для пациента. При определении приоритета между адекватностью защиты и стабильностью гемодинамики трудно порой сказать, что нарушается первич-

но? При адекватной антиноцицептивной защите будет стабильная гемодинамика, а будет ли адекватной анестезия, если гемодинамика нестабильна? И наоборот? Считаем необходимым обсудить этот вопрос на основании полученных нами результатов проведенных исследований.

Цель исследования – изучить показатели центральной гемодинамики и результаты BIS-мониторинга для разработки рекомендаций по повышению безопасности общей анестезии при лапароскопических операциях.

Материалы и методы. Работа основана на анализе анестезий, проведенных у 59 пациентов, прооперированных по поводу хронического холецистита в плановом порядке. Средний возраст пациентов 43, 7±2,5 года, 70 % из них – женщины, они не имели в анамнезе серьёзных травм и заболеваний, физический статус ASA 1–2. До операции все пациенты были обследованы по программе, принятой в клинике. Премедикация, анестезия и параметры ИВЛ были, по возможности, стандартизированы. Для анестезии использовались: фентанил, пропофол, атракуриум, севофлюран. ИВЛ в режиме нормо- или умеренной гипервентиляции при низком потоке кислорода. Мониторинг: АД систолическое, диастолическое, среднее, ЭКГ, SpO₂, концентрация CO₂ и севофлюрана определялась на вдохе и выдохе, у части пациентов определялся BIS-индекс с помощью прибора «BIS-XP-Aspect».

Исследование центральной гемодинамики проводилось на аппаратно-компьютерном комплексе РПКА 2-01 «Медасс» с определением УО, СИ, ОПСС, СВ и др. Результаты обработаны статистически, для выявления взаимосвязей между показателями использовался коэффициент парной корреляции (r).

Обсуждение и заключение.

- Наиболее существенные изменения гемодинамических параметров во время лапароскопической холецистэктомии происходят после наложения карбоксиперитонеума и перевода пациента в положение Фовлера.
- Сохранение сниженных, по сравнению с исходными данными, значений базового грудного импеданса свидетельствует о задержании жидкости в грудной клетке, что должно учитываться при проведении инфузионной терапии.
- Коррекцию гипотензии, при отсутствии кровопотери, необходимо осуществлять введением инотропных препаратов, а не увеличением скорости инфузии.
- Оценка глубины анестезии по клиническим признакам только в 2/3 случаев совпадает с данными BIS-мониторинга.
- Мониторинг позволил снизить расход препаратов для общей анестезии. Уменьшилась частота послеоперационной тошноты и рвоты на 15 %.
- Значение BIS индекса наиболее связано со значением концентрации севофлюрана на выдохе, причём эта связь обратно пропорциональна ($r = -0,71$).
- BIS-мониторинг не заменяет мониторинг центральной гемодинамики, а мониторинг центральной гемодинамики не заменяет BIS-мониторинг. Применение его наиболее целесообразно совместно с мониторингом гемодинамики и других показателей гомеостаза – в зависимости от категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н. М. Маркелова, Н. С. Соловьева, М. Н. Кузнецов, Г. Н. Гуликян

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск*

Одной из самых частых нозологий в структуре заболеваемости, с которой встречаются практические врачи, является хроническая венозная недостаточность. В России по данным статистики хронической венозной недостаточностью нижних конечностей страдает 38 млн человек, причем 5 млн из них имеют трофические язвы. Частота развития трофических язв у лиц пожилого возраста достигает 11 %. Несмотря на успехи современной медицины, частота трофических язв остается постоянной в течение последних 20 лет, однако в последние десятилетия прослеживается явная тенденция к омоложению данного контингента больных.

Проведены ограниченные клинические испытания целлюлозных раневых покрытий на базе второго хирургического отделения «НУЗ» ДКБ на ст. Красноярск ОАО «РЖД». В качестве продуцента целлюлозы использован штамм *Komagataeibacter xylinus* IBP/SFU-MG PV0, выделенный из природной ассоциации *Medusomyces gisevii* J. Lindau (чайный гриб) селекционным путем на стандартной среде Hestrin-Schramm (HS).

Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, площади ран. Методы исследования включали: клиническую оценку раневого процесса, планиметрию ран, статистическую обработку. В экспериментальную группу были включены 22 пациента с трофическими язвами венозной этиологии. У этих больных в комплексе традиционного местного лечения применяли разработанные раневые покрытия на основе целлюлозы. Группу сравнения составили 18 пациентов с аналогичной патологией; в качестве раневого покрытия были использованы повязки «Гидроколл». Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, площади ран. Сроки наблюдения за пациентами колебались от 14 до 21 суток.

Методы исследования включали: измерение клинко-лабораторных показателей, клиническую оценку раневого процесса, рН-метрию, лазерную доплеровскую флоуметрию.

При клинической оценке раневого процесса учитывали сроки исчезновения отека, появление единичных грануляций, заполнение ран зрелой грануляционной тканью, начало эпителизации и наступление полной эпителизации.

Применение целлюлозных раневых покрытий позволяет оптимизировать раневой процесс, сократить время появления грануляций и заполнения ран зрелой грануляционной тканью, а также повысить частоту эпителизации по сравнению с традиционной терапией.

Раневое покрытие на основе бактериальной целлюлозы обеспечивает более быстрое и интенсивное очищение и эпителизацию инфицированных ран.

При смене повязки некрозы, фрагменты разрушенных клеток и микроорганизмы удаляются вместе с ней. Покрытие служит матрицей для образования новой ткани в фазе регенерации. Образование равномерного, хорошо васкуляризованного участка, который может служить основой для последующей успешной кожной пластики, а также для спонтанной реэпителизации поверхностных ран является предпосылкой для более быстрого заживления раны. Раневое покрытие на основе бактериальной целлюлозы обладает рядом важных функций: служит барьером против возникновения вторичных инфекций, ограничивает потерю жидкости и одновременно с этим, обеспечивает необходимую аэрацию раны, а, следовательно, и ускорение процессов заживления таких ран.

АЛЛЕРГИЯ И ДЕРМАТОЗЫ – КАК СЛЕДСТВИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, А. Е. Леонтьев, А. А. Терюшев,
А. А. Куранов, Н. В. Казарина***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. В настоящее время существует парадоксальная ситуация, когда доминирующее в медицине мнение признает вредоносность нарушения функции таких барьерных структур, как кардия, привратник, сфинктер Одди, клапаны сердца, клапаны вен нижних конечностей и т.д., но игнорирует несостоятельность илеоцекального запирающего аппарата (баугиниевой заслонки) как возможную причину патологии пищеварительной системы, а также различных экстраинтестинальных заболеваний. По нашим данным, основанным на анализе 976 ирригоскопий, несостоятельность баугиниевой заслонки (НБЗ) выявлена в 56 % случаев. Одну из ведущих ролей в пищеварительной системе мы отводим илеоцекальному запирающему аппарату, разграничивающему функции тонкой и толстой кишок, изолирующему тонкую кишку от рефлюкса толстокишечного содержимого, который резко отличается по химическому составу, физическому состоянию и бактериальному спектру. В результате НБЗ происходит заброс миллиардов микробов толстой кишки в тонкую, наступает «колонизация» тонкой кишки аллохтонными (чужеродными) микроорганизмами, что приводит к развитию в тонкой кишке гнилостных и бродильных процессов. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов – индол, фенол, крезол, скатол, пирокатехин, карболовая кислота, сероводород, меркаптан, этан, метан и т.д. – поражают слизистую оболочку тонкой кишки и, всасываясь в кровь, вызывают явления аутоинтоксикации. Эти метаболиты не могут быть достаточно детоксифицированы, особенно при заболеваниях печени. Токсическими, инвазивными и нередко некротическими свойствами микробы способствуют разрушению кишечной стенки, а также дистрофическим, деструктивным и некротическим из-

менениям слизистой оболочки. При этом нарушается барьерная роль кишечной стенки. Кишечник становится входными воротами инфекции, о чем свидетельствует неспецифическая бактериемия у больных с кишечным дисбактериозом и формирование очагов эндогенной инфекции. Лимфоидная ткань по ходу ЖКТ также страдает в результате хронизации процесса, а следствием этого является дефицит иммуноглобулинов А и М. Организм становится менее защищенным перед микробной агрессией. Установлено, что у 82,4 % больных хроническим колитом, у 70 % больных хроническим энтероколитом наблюдается выраженное снижение иммунологической реактивности организма при заболеваниях ЖКТ.

Многими авторами признается факт восходящего ретроградного инфицирования слизистой тонкой кишки при несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ). Такое патологическое состояние получило название «синдром избыточного бактериального роста (СИБР)».

В настоящее время СИБР признается ключевым патогенетическим механизмом в развитии и персистировании многих заболеваний пищеварительного тракта и ассоциированных внепищеварительных состояний (бронхиальная астма, дерматологические атопии, сахарный диабет, аутоимунные аллергические состояния, предраковые состояния и т.д.).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе хирургического отделения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12» г. Нижнего Новгорода в период с сентября 2014 г. по декабрь 2014 г. За период более 30 лет баугинопластика выполнена 565 пациентам по методикам профессора В.Л. Мартынова. Лабораторное подтверждение хронической аутоинтоксикации доказано такими показателями как индикан мочи, уровень средних молекул сыворотки крови, перекисное окисление липидов, липидный обмен. Определение водорода в выдыхаемом воздухе аппаратом Gastrolyser с нагрузкой лактулозой до операции и на 7 сутки после операции выполнено 20 пациентам (12 женщин, 8 мужчины) с НБЗ.

Для определения антимикробной резистентности организма в группе из 20 пациентов с НБЗ исследовано содержание антител к пептидогликану золотистого стафилококка (штамм 885, солюбилизированный ультразвуком). Каждую пробу ставили в 3 повторях, высчитывая средний результат. Пептидогликан – структурный компонент клеточной стенки всех бактерий, имеющий кроме своих индивидуальных черт и определенную иммунологическую общность, что позволяет косвенно судить о содержании антипептидогликановых антител в целом.

Результаты. Из 565 пациентов с НБЗ качественная реакция мочи на индикан оказалась положительной в 95 % случаев (в норме эта реакция отрицательная). До и после операции эта реакция определялась у 24 пациентов. У всех 24 до операции качественная реакция мочи на индикан оценена как положительная, после баугинопластики (БП) указанная реакция оказалась положительной лишь у 4 пациентов (5 %).

Уровень средних молекул (УСМ) повышен у 82 % пациентов (в среднем это значение на 43,5 % превышало норму). До и после БП УСМ сыворотки кро-

ви определен у 20 пациентов. Нормальные показатели до и после БП выявлены в 1 случае. УСМ уменьшился по сравнению с дооперационным у 16 пациентов. Из 16 исследованных с уменьшением УСМ сыворотки крови у 7 данное уменьшение достигло нормальных показателей, у 9 нормы не достигнуто.

В условиях НБЗ (N = 193) нормолипидемия определена у 20 %, гиперлипидемия – у 72 %, гиполлипидемия – у 8 % пациентов. В условиях отсутствия рефлюкса в тонкую кишку из толстой (у пациентов после БП) нормолипидемия отмечена у 84 %, гиперлипидемия – у 16 % пациентов.

Выявлено, что содержание антител к указанному антигену превышало по сравнению с практически здоровыми людьми (позитивный контроль) у 8 больных (40 %), было меньше – у 12 больных (60 %). Увеличение содержания антител более чем в 2 раза по сравнению со здоровыми отмечено у 3 больных (15 %). На основании этого исследования можно полагать, что у большей части (60 %) пациентов с НБЗ наблюдается снижение напряженности иммунитета к микробным антигенам. После хирургической коррекции НБЗ через 1–2 года у этих же пациентов содержание антител к пептидогликану было выше, чем у практически здоровых людей (позитивный контроль) у 12 (60 %), меньше – у 8 (40 %). Содержание антител более чем в 2 раза по сравнению со здоровыми отмечено у 9 пациентов (41 %).

Средние показатели ВДТ с нагрузкой лактулозой у пациентов с НБЗ: базальная экскреция водорода (ррм) – 1,9; через 15 мин после нагрузки – 4,1; через 30 мин – 6,1; через 45 мин – 27,3; через 60 мин – 34,7; через 75 мин – 67,8; через 90 мин – 87,2; через 105 мин – 85,4; через 120 мин – 79,3.

На 7-е сутки в раннем послеоперационном периоде при отсутствии антибиотикотерапии индикан мочи у всех оперированных пациентов был отрицательным. Результаты ВДТ с нагрузкой лактулозой после БП следующие: базальная экскреция водорода (ррм) – 2,1; через 15 мин после нагрузки – 3,9; через 30 мин – 5,1; через 45 мин – 5,3; через 60 мин – 9,7; через 75 мин – 21,3; через 90 мин – 25,1; через 105 мин – 37,3; через 120 мин – 35,4.

Заключение. При НБЗ у пациентов развивается СИБР, хроническая аутоинтоксикация, снижается антимикробная резистентность организма, что может являться причиной многих патологических состояний и нозологических форм, включая аллергию и дерматозы. Баугинопластика – этиопатогенетический метод их коррекции.

БАУГИНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

***В. Л. Мартынов, А. Е. Семенов, А. Г. Леонтьев,
Н. В. Казарина, А. А. Куранов, А. А. Терюшев***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Наличие патологии желудочно-кишечного тракта и соответствующей симптоматики у больных дерматозами является известным фактом (у 86,5 % больных розовыми угрями – В. В. Заерко, 1979; у 2/3 – при псориазе – D. M. Ro-

berts, Д.Е. Preston, 1971). Естественно предположить сенсibilизацию к аутофлоре кишечника, что и подтверждается внутрикожными пробами с аллергенами микробов. Резко положительными оказались пробы прежде всего к кишечной палочке – до 97 % (Заерко В.В., 1979). Выделяют следующие энтероколитические звенья в этиопатогенезе дерматозов: в кишечнике образуются иммунные комплексы, где пища становится антигеном, в том числе и к аутоклеткам, которые проникают в кровь и оседают в различных тканях, в том числе и в коже, где развивается гиперчувствительность немедленного и замедленного типов. Следовательно, представляется наиболее вероятным считать, что органом пищеварительного канала, наиболее ответственным за развитие дерматозов, является кишечник, особенно тонкая кишка; в результате нарушения всасывания в тонкой кишке создается дефицит многих веществ, в частности витаминов, участие которых в патогенезе дерматозов велико; эндогенная интоксикация у пациентов с дерматозами проявляется повышенным содержанием средних молекул (в 2–3 раза по сравнению с нормой) и поэтому использование сорбентов, гемосорбции, плазмафереза значительно улучшает эффект терапии. У больных с дерматозами определяется состояние эндогенной интоксикации, что имеет патогенетическое значение, а проведение гемосорбции и энтеросорбции сопровождается уменьшением тяжести клинической симптоматики (Киреева Н. В., 2006).

Из 565 пациентов, которым выполнена баугинопластика, подтверждение хронической аутоинтоксикации доказано такими показателями как индикан мочи, уровень средних молекул сыворотки крови, перекисное окисление липидов, липидный обмен, определением синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке по водороду в выдыхаемом воздухе аппаратом Gastrolyser до операции и на 7 сутки после операции, определением антимикробной резистентности организма по содержанию антител к пептидогликану золотистого стафилококка. Из 565 пациентов с НБЗ 54 страдали различными формами дерматозов: псориазом – 61 %, нейродермитом – 27 %, розовыми угрями – 7 %, системной красной волчанкой – 7 %, аллергической реакцией по типу отека Квинке – 2,5 %. Не предъявляли жалоб энтероколитического характера лишь 2,5 % больных, остальные отмечали различные нарушения гастроэнтероколитического характера: боли в животе – у 78 % пациентов, тяжесть в животе после еды – у 51 %, отрыжка воздухом – у 53 %, срыгивание пищей – у 12 %, жжога – у 56 %, горечь во рту – у 15 %, тошнота – у 34 %, запоры – у 56 %, поносы – у 49 %, послабление стула – у 49 %, непереносимость молока – у 44 %, утомляемость у 63 %, снижение массы тела – у 19 %, неприятный запах изо рта – у 17 %, вздутие живота – у 41 %, урчание в животе – у 71 % пациентов. Из зоны операционной раны брались кожные биоптаты. Обнаруженные при гистологическом исследовании изменения сводились к трем группам признаков (профессор Н.С. Торгушина). Во-первых, облигатным для всех препаратов являлись дистрофические изменения, выражающиеся в развитии роговой дистрофии эпителиального пласта и проявляющиеся в пара- и гиперкератозе, мукоидном набухании волокнистых структур сосочкового и ретикулярного слоев дермы, особенно выраженном под базальной мембраной. Постоянной находкой

в коже больных с НБЗ являлся гиалиноз, особенно выраженных в ретикулярном слое; параллельно развитию соединительно-тканного гиалиноза отмечается тенденция к атрофии придатков кожи (потовых и сальных желез. Вторая группа морфологических процессов, проявившихся в коже, это пролиферация клеток, в первую очередь, эндотелия капилляров. Эндотелий становился высоким, сочным; нередко образовывал многорядные пласты, почти полностью перекрывающие просвет сосуда. Интересно отметить, что реакция не сопряжена с воспалением и, на наш взгляд, может быть расценена как проявление изменения общего состава крови. В меньшей мере пролиферативные изменения касаются клеток покровного эпителия, которые встречаются в виде очагов акантоза. Третья группа процессов, зафиксированных в коже, выражалась в виде диффузного или очагового дерматита. Воспалительный процесс носил продуктивный характер с превалированием в клеточном составе лимфоцитов с умеренной примесью сегментоядерных лейкоцитов. Воспалительные явления, как правило, сочетались с интенсивной реакцией сосудистого русла, отеками и экстравазатами. Выраженность воспалительных явлений в кожных биоптатах колебалась и чаще всего оценивалась как умеренная.

54 пациентам, страдающим дерматозами, произведена хирургическая коррекция этой патологии – баугинопластика.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в виде регресса кожных проявлений и соответственно связанных с ними жалоб, а именно: уменьшение или исчезновение зуда, уменьшение площади высыпаний и степени их выраженности, уменьшение шелушения и в отдельных случаях полное исчезновение патологических элементов на коже. Через 3–12 мес. после операции у всех определена стойкая ремиссия в течение дерматозов. Также отмечено уменьшение или исчезновение жалоб на ЖКТ, предъявляемых до операции.

Мы выдвигаем рабочую гипотезу: несостоятельность баугиниевой заслонки – звено в этиопатогенезе развития дерматозов, а баугинопластика – хирургический метод его коррекции. В 1970 г. Marks и Shuster предложили термин «дерматогенная энтеропатия». Исходя из вышесказанного, мы предлагаем термин «энтерогенная дерматопатия», так как он больше раскрывает причинно-следственные взаимоотношения между желудочно-кишечным трактом и дерматозами.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина, А. Е. Леонтьев,
А. А. Терюшев, А. А. Куранов***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Прошло более четырех столетий со времени описания Каспаром Баугином в 1579 г. существования заслонки между тонкой и толстой кишками, которая впоследствии в его честь была названа баугиниевой. Функция баугиниевой

заслонки – это, прежде всего, барьерная функция, и заключается она в предотвращении рефлюкса толстокишечного содержимого в подвздошную кишку. Важным компонентом илеоцекального барьера является слепая кишка. Ее значение состоит в том, что антиперистальтика переводит содержимое кишки мимо места впадения тонкой кишки. Тем самым максимум механической нагрузки приходится на слепую кишку, являющуюся как бы «отдушиной», защищающей баугиниеву заслонку от прямого механического воздействия. Если бы тонкая кишка впадала в дно слепой, то механическая нагрузка на илеоцекальный запиравательный аппарат возросла бы во много раз и привела у большинства людей к рефлюксу. По данным Л. Г. Перетца (1975), в 1 мл тонкокишечного содержимого имеется до 5000 микробов, а в 1 г содержимого толстой кишки их около 30–40 млрд. При утрате барьерной функции баугиниевой заслонки наступает колонизация тонкой кишки чужеродными микробами из другой среды обитания с развитием дисбиоза и определенными патологическими последствиями. О том, что недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ) имеет большое значение для клиницистов, указывал В. Д. Федоров: «Под флагом острого аппендицита проходят многие заболевания илеоцекальной области, в том числе и недостаточность баугиниевой заслонки, которая до сих пор является предметом обсуждения в литератур». I. Cohn (1970) подчеркивает, что илеоцекальный клапан и подвздошная кишка контролируют флору тонкой кишки. Само по себе присутствие в тонкой кишке микрофлоры фекального типа при развитии НБЗ является вредным, даже если оно не вызывает клиническую патологию у некоторых больных. Нарушение микроэкологии кишечника приводит к расстройству всасывательной его функции. Расстройством процессов всасывания сопровождается бактериальное заселение тонкой кишки. Неслучайно заселение микробами именно тонкого отдела кишечника оказывает особенно вредное влияние на белковый, углеводный, жировой, водный, витаминный, электролитный, иммунный обмены и обмен желчных кислот. При бактериальном заселении тонкой кишки тяжелые последствия связаны и с тем, что микробы могут конкурировать с хозяином за утилизацию питательных компонентов пищи и секретов кишки, нарушая таким образом процесс внутриполостного пищеварения, а также воздействовать непосредственно на энтероциты, особенно на их щеточную кайму и гликокаликс, снижая всасывательную способность слизистой оболочки тонкой кишки. Однако патофизиологические нарушения главным образом связаны с проявлением анаэробных бактерий. Абсорбция продуктов метаболизма микробов создает повышенную дезинтоксикационную нагрузку на печень. Бактериальные аминокислотные метаболиты переносятся в кровь и не могут быть достаточно обезврежены. По мнению многих авторов важным является постоянный рефлюкс толстокишечного содержимого в тонкую кишку, что нарушает не только функцию, но и структуру этого органа. М. Brotman установил, что в подвздошной кишке в норме всасывается около 95 % желчных кислот, которые вновь поступают в печень, Г. Г. Немсадзе и Е. П. Рыбин выявили в группе из 192 больных раком толстой кишки значительное повышение экскреции желчных кислот при несостоятельности баугиниевой заслонки по сравнению с ее нормальной функцией. Некоторые авторы выска-

зывают предположение, что через образование канцерогенных веществ из желчных кислот бактериоды могут способствовать повышенной заболеваемости раком толстой кишки. Другие авторы определенно считают, что «ликвидация НБЗ и использование антирефлюксного анастомоза открывают возможности хирургической профилактики возникновения предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки». В развитии секреторной иммунной системы желудочно-кишечного тракта важная роль принадлежит нормальной микрофлоре. Особенно важное значение микрофлора имеет для синтеза секреторного иммуноглобулина А. Непатогенные микроорганизмы обладают высокими иммунными свойствами, что определяет их значение для развития местного иммунитета, созревания лимфоидного аппарата кишечника. В свете современных представлений о местной иммунной системе желудочно-кишечного тракта может быть развита известная теория великого русского ученого И. И. Мечникова о «самоотравлении» аутофлорой и продуктами ее жизнедеятельности, о влиянии кишечника на продолжительность жизни». Одним из методов диагностики НБЗ является ирригоскопия. Высота заброса контрастного вещества в тонкую кишку имеет определенное клиническое значение – чем выше рефлюкс, тем ярче и длительнее клиническая картина. Этот симптом Я. Д. Витебский называл «акт дефекации в собственную тонкую кишку». Н. Дубяга и Б. К. Гиберт ирригоскопию проводят при тугом заполнении слепой кишки и после дефекации. В. М. Гуц и Г. Н. Лукин отмечают, что во время акта дефекации величины внутрикишечного давления значительно выше, чем при тугом заполнении толстой кишки барием. По данным И. А. Алексеева – Беркмана так называемый императивный позыв происходит при внутрикишечном давлении равным 20–60 мм ртутного столба.

И. И. Греков высказывал положение, сохранившее свою актуальность: «Несмотря на ряд работ, посвященных проксимальному отделу толстых кишок, патология этого отдела все-таки недостаточно разъяснена потому, что в этих работах роль баугиниевой заслонки совершенно не принималась в расчет».

УРОВЕНЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, В. А. Курилов,
А. Е. Леонтьев, А. А. Терюшев, А. А. Куранов***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Ключевым этапом хирургического вмешательства на полых органах желудочно-кишечного тракта является формирование анастомоза (Мохов Е. М. и соавт., 2011). Но применение новых методик формирования межкишечных анастомозов и алгоритмов хирургической тактики радикально не решает проблему несостоятельности соустья (Ачкасов С. И. и соавт., 2011; Красильников Д. М. и соавт., 2011).

В экстренной ситуации в кишечной стенке возникают значительные нарушения микроциркуляции (МЦ), что препятствует нормальному заживлению ушитой кишечной раны (Зайцев Е. Ю., 2009; Шеянов С. Д., 2009). Известно, что одна из главных причин нарушения МЦ в стенке кишки являются повышение внутрибрюшного (ВБД) и внутрикишечного (ВКД) давления, что приводит к сдавлению микрососудов, развитию венозного стаза и интерстициального отека (Милюков В. Е., 2006). Существует сильная прямая корреляционная связь между повышением ВКД и ВБД при ОКН (Лукоянычев Е. Е., 2011; Рябков М. Г., 2015). Характер морфологических изменений в стенке тонкой и ободочной кишки зависит от степени тяжести кишечной непроходимости. Повышение внутрикишечного давления до 31 мм рт. ст. даже в течение 30 мин значительно ухудшает показатели интрамурального кровообращения тонкой и ободочной кишки (Лукоянычев Е. Е., 2006).

Интраабдоминальная гипертензия осложняет ОКН у 30–70 % пациентов и приводит к развитию синдрома абдоминальной компрессии у 7–10 % из них (Гельфанд Б. Р. и соавт., 2007; Otto J. et al., 2009). В зарубежных исследованиях у пациентов с установленным синдромом интраабдоминальной гипертензии летальность составляет 68 % (Eddy V., Eddy V., Nunn C., Morris J. A. Jr., 1997).

Эти нарушения манифестируют при повышении давления уже до 15 мм рт. ст. При увеличении внутрибрюшного давления до 25 мм рт. ст. развивается ишемия кишечной стенки, которая приводит к транслокации бактерий и их токсинов в мезентериальный кровоток и лимфоузлы.

Интраабдоминальная гипертензия II–III–IV степеней в пред- и послеоперационном периоде вызывает нарушение микроциркуляции в кишечной стенке соответственно степеням ВБГ на 20, 40 и 50 % от нормы, снижение перфузионного давления на 30–40 % (Какубава М. Р., 2012).

На расстоянии до 30 см проксимальнее опухоли уровень микроциркуляции в стенке кишки при обтурационной толстокишечной непроходимости снижен по данным ЛДФ (лазерной доплеровской флоуметрии) на 20–30 %, дистальнее опухоли на 10–15 см отмечается снижение кровоснабжения на 5–10 % (Джаджиев А. Б., 2009). Снижение микроциркуляции в проксимальном и дистальном краях резецированной кишки по данным ЛДФ > 30 % является опасным для наложения анастомоза в связи с высокой вероятностью несостоятельности (до 19 % толсто-толстокишечного, до 13 % тонко-тонко-кишечного, до 3 % тонкотолстокишечного), некрозом выведенной колостомы (до 16 %). При снижении микроциркуляции в проксимальном крае резекции по данным ЛДФ до 15 % и в дистальном крае резекции до 10 % возможно наложение первичного межкишечного анастомоза на левой половине ободочной кишки. Операцией выбора является левосторонняя гемиколэктомия типа Гартмана при снижении кровоснабжения в стенке кишки после резекции по данным ЛДФ > 30 % (Джаджиев А. Б., 2009).

Нами разработан аппаратный трубочный способ формирования отсроченного межкишечного компрессионного анастомоза (ОМКА) – патент РФ № 146199. ОМКА сформирован у 38 пациентов в возрасте от 39 до 78 лет, ко-

торые оперированы в экстренном порядке (формирование первичного лигатурного анастомоза признано опасным, так как ВБД было не менее II степени): при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью – у 26 пациентов; при долихомегасигме, осложненной заворотом и некрозом кишки – у 11 пациентов; при некрозе тонкой кишки и разлитом фибринозно-гнойном перитоните – у 1 пациента. Нормализация ВБД отмечена к 5–8 суткам, до клинического раскрытия ОМКА. Отхождение газов, появление стула естественным путем (с рентгенологическим доказательством раскрытия анастомоза) отмечалось на 11–14 сутки после операции уже при нормализованном ВБД. Несостоятельности не отмечено. В эксперименте морфологически подтверждено преимущество ОМКА перед лигатурным анастомозом – заживление тканей линии анастомоза идет по типу первичного натяжения.

Нами также в эксперименте выявлено, что нарушения МЦ после формирования ОМКА минимальны. Суммарный показатель МЦ уменьшился на 9,3 % и составил 49 пф. ед. ($p = 0,032$), а после формирования лигатурного анастомоза – на 44,4 % и составил 30 пф. ед. ($p = 0,032$), при МЦ = 54 пф. ед. ($p = 0,032$) интактной кишки.

Выводы:

1. Нарушения МЦ тканей стенки кишки по линии соустья при формировании межкишечного анастомоза лигатурным методом в 4 раза превышают таковые при компрессионных методах

2. В условиях экстренной хирургии при ВБД II степени и более первичный анастомоз противопоказан из-за выраженных нарушений МЦ стенки кишки, обусловленных основной патологией и способом формирования анастомоза

РОЛЬ БАУГИНОПЛАСТИКИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, А. Е. Леонтьев,
Н. В. Казарина, А. А. Терюшев, А. А. Куранов***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Пищеварительный тракт является не только органом, через который путем всасывания в организм могут проникать различные аллергены, но и местом проявления аллергических реакций. В подобных случаях он выступает как шок-орган, в котором развивается реакция антиген – антитело. По нашим данным при несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ), в результате чего развивается синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, в пищеварительной системе развиваются дистрофические, атрофические, воспалительные изменения, что способствует нарушению расщепления и повышению вероятности проникновения в организм не только пищевых продуктов, но и их примесей, консервирующих средств, медикаментов, продуктов обмена и токсинов бактерий, грибов, паразитов и других протеинсодержащих

веществ. При гастроэнтерите у взрослых всасывание аллергенов возрастает в 4 раза, а у детей – в 5–6 раз и более (следует напомнить, что формирование баугиниевой заслонки заканчивается к 5–6-летнему возрасту). В результате НБЗ печень из-за эндотоксикоза не препятствует в достаточной степени поступлению аллергенов из пищеварительного тракта в общий кровоток, что вызывает вторичную сенсibilизацию организма. По литературным данным этиопатогенетическая связь между желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) и бронхиальной астмой (БА) отмечается в 40–82 %. Аллергические проявления вне пищеварительной системы отмечены у 21 % больных пищевой аллергией, которая имела у 21,7 % пациентов, страдающих БА, причем в 4,1 % случаев она являлась основной и единственной причиной астмы.

Из 565 пациентов, которым выполнена баугинопластика, подтверждение хронической аутоинтоксикации доказано такими показателями, как индикан мочи, уровень средних молекул сыворотки крови, перекисное окисление липидов, липидный обмен, определением синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке по водороду в выдыхаемом воздухе аппаратом Gastrolyser до операции и на 7 сутки после операции, определением антимикробной резистентности организма по содержанию антител к пептидогликану золотистого стафилококка. Проанализировав энтероколитические жалобы у 228 пациентов, страдающих бронхиальной астмой, мы установили их схожесть с симптоматикой несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ). Из них непереносимость различных пищевых продуктов отметили 81 человек (55 % больных). Более подробно мы обследовали 52 пациентов с бронхиальной астмой, у которых при ирригоскопии выявлена НБЗ. Возраст больных составил от 13 до 65 лет, стаж астмы от 5 до 35 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на боли (63 %) и тяжесть в животе (61 %), тошноту (49 %), отрыжку воздухом (61 %), срыгивание пищей (45 %), изжогу и горечь во рту (74 %), понос или послабление стула (43 %), непереносимость молока и другой пищи (41 %), неприятный запах изо рта (52 %), вздутие и урчание в животе (62 %). Различные операции на органах брюшной полости перенесли 48 % больных. Ведущей формой астмы явилась аллергическая (71 %), неаллергическая отмечена у 5 %, смешанная – у 24 % пациентов. Среднетяжелое течение бронхиальной астмы было у 63,1 %, легкое – у 21,1 %, тяжелое – у 15,8 % больных. Связь приступов удушья с пищевыми аллергенами отмечали 52,6 %, с домашней пылью – 47,4 %, с пылью растений – 26,3 %, с лекарственными препаратами – 21,1 % больных. Провоцирование приступов удушья физической нагрузкой отметили 52,6 % пациентов, холодным воздухом – 50 %, психоэмоциональным перенапряжением – 31,6 %. В 84,2 % наблюдений заметно преобладали ночные приступы удушья. Внелегочные проявления аллергии в анамнезе были представлены крапивницей или ангионевротическим отеком у 78,9 %, аллергическим ринитом – у 47,7 %, сезонным конъюнктивитом – у 21,1 %, атопическим дерматитом – у 15,8 % больных. Подавляющее большинство пациентов с БА четко указали пищевые продукты, после употребления которых возникает бронхоспазм или изменение кожи. Кроме того, они отмечали усиление проявлений га-

строэнтероколита (тошноту, рвоту, урчание и вздутие живота, боли в животе, послабление стула, понос, а также слабость, потливость, сердцебиение). Реакция мочи на индикан оказалась положительной у 63 % больных. Уровень средних молекул сыворотки крови был повышен у 76 % пациентов, в среднем это значение оказалось на 46 % выше нормальных показателей и составило $0,35 \pm 0,01$ при норме 0,24 ($p < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о наличии синдрома эндогенной интоксикации у пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА) с НБЗ, который выражен значительно сильнее, чем у больных с НБЗ, не страдающих астмой.

Всем пациентам выполнена баугинопластика по разработанной в клинике методике. В сроки до 1 года после операции стало возможным употребление пищевых продуктов, вызывавших ранее аллергические реакции, без ущерба для здоровья. У всех пациентов с БА любые пищевые продукты приступов удушья не вызывают. 12 пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечают приступов удушья и не принимают лекарственных препаратов. 40 пациентов продолжают отмечать приступы удушья, но они стали намного реже и не требуют постоянного приема лекарственных препаратов. 18 пациентов перестали принимать гормоны, а еще 20 сократили их прием. Один пациент не отмечает улучшения. У него выявлена явная зависимость приступов удушья от эмоционального состояния.

Мы выдвигаем рабочую гипотезу, что выявление и хирургическая коррекция несостоятельности баугиниевой заслонки являются этиопатогенетическими звеньями в лечении пищевой аллергии и некоторых форм бронхиальной астмы.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВЛИЯНИЯ БАУГИНОПЛАСТИКИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, А. А. Терюшев,
А. Е. Леонтьев, Н. В. Казарина, А. А. Куранов***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Пациенты ($N = 424$) с недостаточностью баугиниевой заслонки (НБЗ) без дерматозов отмечали: боли в животе – 100 %; урчание в животе 95 %, вздутие живота – 79 %, запоры – 71 %, поносы – 65 %, послабление стула – 86 %, чувство тяжести в животе после еды – 88 %, тошноту – 83 %, отрыжку воздухом – 87 %, горечь во рту – 95 %, неприятный запах изо рта – 79 %, непереносимость молока и другой пищи – 55 %; быструю утомляемость – 92 %; снижение массы тела – 58 %.

Пациенты с дерматозами ($N = 104$) отмечали: боли в животе – 78 %; урчание в животе 71 %, вздутие живота – 41 %, запоры – 56 %, поносы – 49 %, послабление стула – 49 %, чувство тяжести в животе после еды – 51 %, тошноту – 34 %, отрыжку воздухом – 53 %, горечь во рту – 15 %, неприятный запах

изо рта – 17 %, непереносимость молока и другой пищи – 44 %; быструю утомляемость – 63 %; снижение массы тела – 19 %; изжога – 56 %.



Рис. 1. Пациент М. до операции



Рис. 2. Пациент М. через один год после операции – баугинопластики



Рис. 3. Пациент С. до операции



Рис. 4. Пациент С. через один год после операции – баугинопластики

Таким образом, у больных с дерматозами имеется такой же набор энтероколитических проявлений, как и у больных с доказанной НБЗ, что предполагает этипатогенетическую связь НБЗ и дерматозов. У данных пациентов при ирригоскопии выявлена НБЗ.

Практическое влияние операции, баугинопластики, на течение псориаза показано нами на предлагаемых клинических примерах.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА

***В. Л. Мартынов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина,
А. Е. Леонтьев, А. А. Терюшев, А. А. Куранов***

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) (Small Intestinal Bacterial Overgrowth Syndrome) – это патологическое состояние, развивающееся вследствие бактериальной контаминации тонкой кишки различной микрофлорой и сопровождающееся функциональными нарушениями работы пищеварительного конвейера (Кучерявый Ю. А., 2010, 2014; Маев И. В., 2011). В настоящее время нет международных рекомендаций по диагностике СИБР, кроме того, нет единого мнения по выбору оптимального диагностического теста (Кучерявый Ю. А., 2010). К прямым (микробиологическим) методикам относятся: интестиноскопия с аспирацией содержимого тонкой кишки и дальнейшим бактериологическим исследованием; бактериологическое исследование кала. К непрямым методам относятся тесты, основанные на изучении метаболитов микрофлоры: молекулярно-генетические методы исследования микроорганизмов; гистохимические; морфологические; комбинированные методы исследования биоматериала; биохимические; различные дыхательные тесты. «Золотым стандартом» диагностики СИБР считается интестиноскопия с аспирацией содержимого тонкой кишки и посевом аспирата на питательную среду. Метод позволяет: высокодостоверно (100 % чувствительность и специфичность) определить степень тяжести СИБР, определить вид контаминирующих бактерий и установить их чувствительность к антибактериальным препаратам. Однако, имеются значительные недостатки: чрезмерная инвазивность, не идущая ни в какое сравнение со значимостью получаемых результатов; требует проведения общей анестезии; необходимость в наличии двухбаллонного интестиноскопа; высокие требования к квалификации врача-эндоскописта; наличие мощной бактериологической службы с возможностью культивирования не только аэробов, но и анаэробов; тщательность выполнения алгоритма метода на всех этапах от забора материала до посева на среды и интерпретации полученных данных; длительный период ожидания результата – от 3–5 до 10 дней и более; недостижимость дистальных отделов тонкой кишки и очагов бактериального роста при дивертикулитах, послеоперационных анатомических изменениях; высокий риск обсеменения оральной флорой интестиноскопа при заборе материала; высокая совокупная стоимость метода.

Нами предложен интраоперационный способ определения дистального синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке пациентам. Чаще всего, этот способ используется при баугинопластике. Интраоперационно в рану выводится участок подвздошной кишки на 20 см проксимальнее илеоцекального угла, двумя мягкими кишечными жомами изолируется участок подвздошной кишки длиной 10 см. Производится пункция просвета изолиро-

ванного участка подвздошной кишки, игла проводится косо относительно стенки кишки, в просвет кишки вводится 10 мл стерильного физиологического раствора (рис.1).

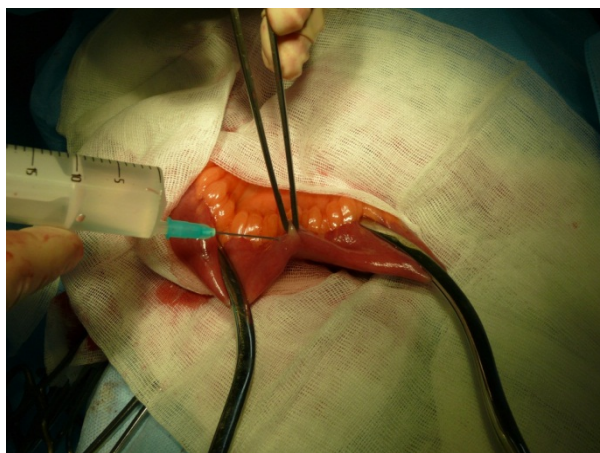


Рис. 1. Пункция просвета подвздошной кишки

Для максимального насыщения введенного физиологического раствора присутствующей флорой выдерживается экспозиция 5 мин, не извлекая иглу. После экспозиции содержимое изолированного участка подвздошной кишки аспирируется, при этом аспирация продолжается вплоть до прохождения иглы через слизистый слой кишки, игла извлекается. Место пункции кишки перитонизируется. В дальнейшем аспират содержимого просвета подвздошной кишки направляется на бактериологическое исследование с обязательным определением чувствительности к антибиотикам контаминирующей флоры.

Предложенный метод используется и для определения проксимального СИБР в том случае, если выполняется симультанное оперативное вмешательство по поводу нередко ассоциированных недостаточности баугиниевой заслонки и хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП). Срединный лапаротомный доступ позволяет выполнить пункцию тощей, подвздошной кишок и достоверно определить дистальный и проксимальный СИБР тонкой кишки у пациента.

Таким образом, разработанный способ интраоперационного забора материала для бактериологического анализа содержимого тонкой кишки позволяет выполнить «золотой стандарт» диагностики СИБР, при этом анализу подвергаются оба пула внутрикишечных микроорганизмов, а именно, просветная и мукозная флора.

ОБУЧЕНИЕ ПЛАВАНИЮ СТУДЕНТОВ С АБЛУТОФОБИЕЙ В ОРЕНБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Я. П. Мелихов

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Оренбург*

Актуальность: по исследованиям Г. Левина страх перед водой испытывают около 2–3 % детей, или 5 % – по многолетним исследованиям В. Васильевой. Данная фобия стала актуальной проблемой при обучении плаванию студентов Оренбургского государственного медицинского университета, так как возросла тенденция к неспособности сдать зачет по плаванию, по сравнению с предыдущими годами. Особенностью обучения является то, что приобретение и совершенствование навыков плавания происходит на открытом водоеме (озеро, река).

Цель: дать оценку эффективности обучения плаванию в спортивно-оздоровительном лагере «Медик» за лето 2015–2016 гг.

Материалы и методы: анализ эффективности обучения плаванию студентов Оренбургской государственной медицинской академии на основании анкет-опросников студентов, прошедших обучение в спортивно-оздоровительном лагере «Медик» в период за 2015 и 2016 гг. обучения и по результатам итогового тестирования практических навыков плавания за тот же период.

Результаты: опрос выявил, что 78 % из неаттестованных в 2015 по плаванию имеют аблутуфобию с детства, а в 2016 этот показатель увеличился на 7 %. Высокий процент аблутуфобии, 64 % обучаемых в 2015 и 69 % в 2016 г., связанным с первым неудачным опытом плавания. В 24 % случаев страх связан с непедagogичным обучением родственников в детстве (учили плавать на глубине, значительно превышающей рост ребенка). Из которых 6 % студентов боялись находиться в открытом водоеме на глубине, не превышающей 1 м. Командой преподавателей было принято решение провести ряд тренингов на сплочение и доверия, для установления доверительных отношений преподаватель-студент, с целью уменьшить страх при нахождении в воде на значительном расстоянии от преподавателей. Ежедневные тренировки в воде (беговые упражнения), совершенствование навыков плавания на незначительной глубине (до 1,5 м) трижды в день и создание комфортной психологической обстановки привело к следующим результатам. 94 % студентов Оренбургской государственной медицинской академии, пребывавших в лагере в 2015–2016 гг., научились плавать и 6 % – уверенно держаться на воде. Среди студентов, пребывавших в лагере летом 2015 г., меньше заболевших простудными заболеваниями за период обучения с 1 сентября 2015 г. по 31 мая 2016 г.

Выводы. При обучении плаванию на открытой воде необходимо проводить тренинги на установление доверительных отношений «преподаватель-студент» и преодоления психологического барьера.

Ежедневные тренировки оказывают не только общеукрепляющее действие, но и способствуют более быстрому обучению плавания.

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

И. У. Меркулова, А. А. Ковалев, И. Ю. Меркулова

ООО «Здоровье», г. Пенза

Актуальность лечения различных заболеваний бесспорна. Общеизвестно, что в основе этиопатогенеза большинства из них лежит иммунологическая перестройка в организме, запускающая дисфункцию различных органов и систем. Ввиду роста аллергизации населения, развития фармакозависимости и наличия побочных эффектов в результате применения медикаментозных препаратов, ведущую роль в коррекции различных звеньев этиопатогенеза, в том числе иммунологического, занимают многочисленные методы физикотерапевтического воздействия. При этом обращается внимание на то, чтобы факторы физического воздействия обладали наименьшей мощностью, чтобы не только не повреждать уникальные клеточные структуры тканей, но и существенно не вмешиваться в процесс регуляции тканевого гомеостаза.

Электромагнитное излучение (ЭМИ) крайне высокой частоты (КВЧ), диапазон которого составляет от 30×10^9 – 300×10^9 ГГц или 30 ГГц – 300 ГГц является именно тем фактором, который, не повреждая клеточных структур тканей, способен активизировать многие физические и химические реакции внутриклеточных структур и потенцировать их воздействие. Энергия ЭМИ индуцирует конформационные связи нейровегетативных структур, определяя их более высокую регуляторную активность, как и чувствительность отдельных рецепторных элементов клетки к этим сигналам. Аппаратное ЭМ-излучение является, собственно, имитатором «языка» и межклеточного общения.

Под нашим наблюдением находилось 35 человек медицинских работников, страдающих частыми простудными заболеваниями, и имеющих изначально сниженные показатели лейкоцитарной формулы (лейкоциты, моноциты, лимфоциты). Возраст пациентов колебался от 25 до 65 лет, мужчин было 20 человек, женщин – 15, давность заболевания составляла от 2-х до 5-ти лет.

Лечение проводилось в период ремиссии на аппарате последнего поколения «АИСТ-3», снабженного специально подобранным «сумматором» ЭМИ КВЧ с длинами волн 7,1 мм, 5,6 мм и 4,9 мм, позволяющим одномоментно облучать зону воздействия тремя видами ЭМИ в КВЧ диапазоне. Зоны лечебного воздействия включали БАТ в области верхней и нижней 1/3 грудины, третья – в проекции селезенки, по 7 минут на каждую БАТ, ежедневно, на курс лечения 7–8 процедур. Контингент лиц, сопоставимых по возрасту, полу и количественному составу, получавших лечение на аппарате КВЧ терапии, без участия сумматора в монодиапазоне с длиной волны 7,1, служил группой сравнения.

Полученные результаты подвергались статистической обработке с применением критерия Стьюдента.

Оценка полученных результатов КВЧ-терапии проводилась по клинико-лабораторным данным.

В результате проведенного лечения у лиц исследуемого контингента наблюдалось сокращение в 2–3 раза частоты рецидивов простудных заболеваний, оптимизация показателей лейкоцитарной формулы за счет увеличения исходно сниженного количества лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов. Кроме того, сравнительно с группой контроля на 15–20 % увеличивался фагоцитарный индекс, фагоцитарное число на 2–3 абс. ед. опережало аналогичный показатель в основной группе контроля. Дебют позитивных сдвигов в клинико-лабораторных данных в группе в итоге лечения прослеживался на 5–6 день КВЧ терапии, в группе контроля лишь на 7–8 день.

Полученные результаты свидетельствуют о повышении энергетического обмена клеточных структур, активации неспецифической резистентности и иммунитета.

Следовательно, проведенные исследования позволяют рассматривать КВЧ-терапию как один из компонентов комплексной коррекции иммунологического статуса.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕПОЗИЦИИ КРАНИАЛЬНОГО БЛОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАЛОТРАКЦИЕЙ АТЛАНТОАКСИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

В. А. Моисеенко, А. И. Кислов, А. В. Салаев, А. В. Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Среди травм шейного отдела позвоночника, составляющих 2–4,6 % по отношению ко всем травмам скелета (Басков А. В., Гринь А. А., Яриков Л. С., 2003). Несмотря на редкость, наиболее сложными в отношении диагностики и лечения оказываются атлантоаксиальные повреждения.

Настоящий период развития вертебрологии связан с внедрением высокотехнологичных методик лечения, в том числе и при повреждениях верхнешейного отдела позвоночника. Однако, открытая репозиция и стабилизация элементов повреждённых позвонков, вызывают дополнительную травматизацию области патологии и удлинение периода регенерации. Поэтому малоинвазивность, физиологичность методики с возможностью динамической репозиции, обеспечивают оптимальные условия регенерации костной ткани в зоне перелома. Всеми этими свойствами обладает способ галотракции, предложенный Perry J., Nickel в 1959 г., применяемый в нашей стране, и зарубежном.

С целью изыскания малоинвазивных и эффективных оперативных вмешательств при атлантоаксиальных повреждениях, нами предложен новый способ, который является одним из вариантов внеочагового чрескостного остеосинтеза – биполярная галотракция шейного отдела позвоночника (патент АС 1683711). Сущность способа заключается в создании двух блоков чрескостной фиксации (краниальный и каудальный), расположенных по разные стороны от области повреждения и соединённых подвижно-стопорящейся системой резьбовых штанг. Предложенный способ используется в клинике травматологии и ортопедии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России более 20-ти лет.

В процессе использования предложенного способа галотракции в клинике, с целью расширения возможностей проведения многоплоскостных репозиционных перемещений краниального блока, нами проведена модернизация узлов крепления. Предложение заключается во введении дополнительных подвижно-стопорящихся резьбовых штанг, позволяющих дозированно перемещать краниальный блок в горизонтальной плоскости.

Из всех 439-х больных с повреждением шейного отдела позвоночника, в возрасте от 15 до 81 года, у 142 (32,3 %) выявлены нейрососудистые осложнения. У 187 пациентов (42,5 %) были атлантоаксиальные повреждения.

Разработанный способ галотракции применён у 77-х больных (41,2 %), из которых, у 41 наблюдался трансдентальный подвывих атланта; у 34 – травматический спондилолистез C_{II} , и с повреждением Джефферсона C_I – 2 пациента. У 3-х пациентов с трансдентальным подвывихом атланта успешно применён модифицированный краниальный блок. Из всех 41 больных с переломом зубовидного отростка C_{II} , 11 пациентов поступило с признаками замедленной консолидации, в сроки от 2,5 до 8 месяцев с момента травмы.

При свежих повреждениях атлантоаксиальных повреждениях (30 пациентов) процесс дозированной репозиции длился 1–10 дней. Последующий период стабилизации в галоаппарате продолжался от 5–6 до 9–12 недель. Затем, на 1–2 месяца, для реадaptации мышц шеи накладывали воротник, типа Шанца, либо конструкцию – головодержатель Philadelphia. При замедленной консолидации перелома зубовидного отростка C_{II} этапная репозиция и стимуляция регенерата костной ткани осуществлялась путём дистракции в галоаппарате, в сроки от 10 до 32-х дней, с последующей стабилизацией до 2–3 месяцев. При наличии рентгенологических признаков формирующегося регенерата выполняли иммобилизацию гипсовой торакокраниальной повязкой до 3–5 месяцев. В результате у всех пациентов достигнуто сращение через 5–6 месяцев. Период стабилизации в галоаппарате у пациентов с травматическим спондилолистезом C_{II} длился 1,5–2 месяца. Восстановление трудоспособности достигнуто, в сроки 4-6 месяцев от начала лечения. У двух пациентов с переломом Джефферсона C_I лечение в галоаппарате проводили путём умеренной дистракции в течение 2-х месяцев под контролем нейросиндрома, затем накладывали гипсовую торакокраниальную повязку до 4–5 месяцев от начала лечения.

Таким образом, биполярная галотракция, основываясь на принципах компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Г. А. Илизарову, создаёт лучшие условия регенерации костной ткани при переломах C_I - C_{II} отдела позвонков.

Предложенный способ биполярной галотракции шейного отдела позвоночника с модификацией краниального блока, является малоинвазивным и эффективным способом устранения смещения элементов верхних шейных позвонков.

КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Б. А. Молотилев, Е. М. Костина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Известно, что около 20 % больных, страдающих аллергическим ринитом среднетяжелой и тяжелой степени, сохраняют жалобы, несмотря на полное соблюдение режима фармакотерапии и проведенной АСИТ.

Аллерген, как и любой другой антиген, попавший в организм человека, фрагментируется макрофагами до пептидов, которые затем представляются В и Th2-лимфоцитам, что ведет к выработке аллергенспецифических иммуноглобулинов Е (IgE). Эти иммуноглобулины фиксируются на специализированных рецепторах (Fc-эпсилон-рецепторы 1 типа), которые расположены на тучных клетках слизистых оболочек.

При повторных контактах аллерген связывается с IgE-антителами и в результате активации тучных клеток происходит секреция медиаторов: гистамин, простагландин D₂, лейкотриены C₄, D₄, E₄ и др. Указанные медиаторы способствуют повышению сосудистой проницаемости, отеку ткани, сокращению гладкой мускулатуры, гиперсекреции слизистых желез.

Кроме того, эти медиаторы привлекают в зону воспаления и другие клетки (базофилы, эозинофилы, нейтрофилы, моноциты, лимфоциты) которые, активируясь, вырабатывают провоспалительные цитокины. Так формируется поздняя фаза аллергической реакции.

И.С. Гущин (2012г.) пишет «Аллергия представляется нам как вынужденная реакция организма на поступление аллергенов в определенном дозовом и временном режиме при несостоятельности барьерных систем организма, а значит, основные способы контроля аллергии должны быть направлены на восстановление барьера и устранение воздействия аллергена».

Следовательно, необходимо предотвратить поступление аллергенов в организм с помощью создания барьера в слизистой оболочке носа. С этой целью во многих странах мира, в том числе и в нашей стране используется препарат Превалин в форме спрея. Он обладает барьерным механизмом действия и блокирует попадание в организм воздушных аллергенов, запускающих аллергическую реакцию. При распылении в нос Превалин обволакивает слизистую оболочку носа, создавая на ней тончайший защитный барьер, который захватывает и нейтрализует аллергены.

Превалин можно комбинировать с любыми системными или местными противоаллергическими препаратами. Препарат хорошо переносится пациентами.

Наш опыт показывает, что препарат в составе комплексной лекарственной терапии способствует более быстрому купированию клинических проявлений заболевания, уменьшению объема медикаментозной терапии и улучшению качества жизни больных. Его преимуществом является высокая безопасность и возможность применения у детей, у беременных и кормящих женщин.

Нельзя не отметить, что использование данного препарата позволит также расширить возможности проведения АСИТ и повысить ее эффективность у больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Н. А. Нафталиева, Н. И. Башкатова, Г. Н. Мнацаканова, Е. Ю. Левкова

ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко, г. Пенза

В структуре общей заболеваемости патология и последствия травм опорно-двигательного аппарата достигает 11 %. Доля пациентов трудоспособного возраста неуклонно растет, что усиливает экономические негативные последствия. Включение в комплекс реабилитационных мероприятий технологий ударно-волновой терапии значительно сократило сроки лечения пациентов.

Ударно-волновая терапия – метод воздействия акустическими импульсами различных уровней энергии. Механизм действия складывается из эффектов кавитации и физико-химических изменений в тканях. Метод обладает дефибрирующим, гипоалгезивным, репаративно-регенераторным, миорелаксирующим и локомоторнокорректирующим лечебными эффектами. Соответствие лечебных эффектов метода ударно-волновой терапии ведущим синдромам, определяющим клиническую картину последствий переломов, повреждений суставов, мышц и сухожилий, дегенеративно-дистрофических заболеваний, позволяет рассматривать данный метод как синдромно-патогенетический.

Эффективность предлагаемой технологии лечения пациентов доказана в исследовании, выполненном в отделении физиотерапии областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко у 382 больных, находившихся в стационаре, и с продолжением лечения амбулаторно после выписки из стационара при следующих заболеваниях: плечелопаточный периартроз (97 человек), пяточная шпора (39 человек), тендопатии (81 человек), миофасциальные контрактуры (96 человек), локтевой (лучевой) эпикондилит (69 человек). Критериями оценки эффективности служила динамика бальной оценки признаков, характеризующих заболевание. Наряду с базисной медикаментозной терапией всем пациентам проводили курс ударно-волновой терапии по патогенетически обоснованным режимам.

Больные были разделены на две группы. Группы наблюдения составили пациенты, у которых, наряду с базисной медикаментозной терапией, использовали процедуры ударно-волновой терапии, группу сравнения – пациенты, у которых использовали плацебо-процедуры. В процессе медицинских исследований установлено следующее. У 42 % пациентов с эпикондилитом уже после 2–3-й процедуры отмечено уменьшение болевого синдрома, при использовании ультразвуковой терапии улучшение клинической картины у пациентов отмечено к 5-й процедуре – у 80 % больных получен положительный эффект. В остальных случаях потребовалось дополнительное лечение.

Выраженность болевого синдрома по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) уменьшилась в среднем на 81,6 %, увеличилась амплитуда движений за счет уменьшения мышечного тонуса, вызванного болевым синдромом. В группе сравнения болевой синдром уменьшался лишь к концу курса лечения в среднем на 62 %.

После курса процедур у большинства больных с пяточной шпорой происходило купирование болевого синдрома и регресс рефлексорных синдромов по сравнению с больными группы сравнения. Динамика клинических синдромов у больных пяточной шпорой представлена в табл. 1.

Таблица 1

Динамика клинических синдромов у больных пяточной шпорой

№ п/п	Клинический симптом	Группы больных	
		Гр. наблюдения	Гр. сравнения
1	Степень нарушения двигательной функции	$1,8 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,2^*$
2	Степень выраженности напряжения большеберцовой и малоберцовой мышц	$2,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2^*$
3	Степень выраженности рефлексорных синдромов	$0,8 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,3$

*различия между группами наблюдения и сравнения достоверны ($p < 0,05$).

У больных с тендинопатиями ударные волны значительно уменьшали проявления болевого синдрома и восстанавливали подвижность пораженного сустава (табл. 2).

Таблица 2

Динамика болевого синдрома у больных с тендинопатиями

Показатель	Группа наблюдения		Группа сравнения	
	До лечения	Динамика показателя, Δ	До лечения	Динамика показателя, Δ
Болевой синдром, баллы	$1,9 \pm 0,1$	$-1,3 \pm 0,5^*$	$1,2 \pm 0,1$	$-1,0 \pm 0,4^{**}$
Болезненность при пальпации сустава	$1,8 \pm 0,1$	$-0,7 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,1$	$-0,9 \pm 0,9^{**}$
Подвижность сустава, баллы	$6,2 \pm 1,2$	$-4,3 \pm 1,4^*$	$6,2 \pm 1,1$	$-1,9 \pm 0,5^{**}$
Прием анальгетиков, табл. сут	$1,9 \pm 0,1$	$-1,4 \pm 0,1^*$	$2,4 \pm 0,2$	$-1,1 \pm 0,4^{**}$

*различия между группами наблюдения и сравнения достоверны ($p < 0,05$).

Эффективность применения ударно-волновой терапии в комплексном восстановительном лечении больных с тендинопатиями составила 77 % (в группе сравнения – 32 %, $p < 0,05$). Эффективность комплексного восстановительного лечения больных тендинопатиями составила 80 % (в группе сравнения – 68 %, $p < 0,05$ по критерию Фишера).

У больных миофасциальными контрактурами группы наблюдения под действием ультразвуковой терапии значительно уменьшались явления синовита и воспалительного отёка параартикулярных тканей, возрастала амплитуда движений коленного сустава, сокращались сроки и улучшались результаты комплексной терапии. К концу курса ударно-волновой терапии амплитуда активных движений в суставах увеличилась на $13 \pm 3^\circ$ ($p < 0,05$), а у пациентов группы сравнения – на $5 \pm 2^\circ$ ($p < 0,05$). Применение ударных акустических колебаний у всех пациентов группы наблюдения вызывало уменьшение болевого синдрома на $1,9 \pm 0,1$ балла на 10-е сутки, в группе сравнения – на $1,1 \pm 0,2$ балла ($p < 0,01$).

Таким образом, ударно-волновая терапия способствует значимому снижению болевого синдрома у пациентов, повышению амплитуды активных движений в суставах, уменьшению отёка и снижению мышечного тонуса. У исследованных групп пациентов сохранялся длительный эффект от лечения в течение 3–6 мес., что позволило перевести их со стационарного этапа лечения (первый курс) на амбулаторное долечивание (2–3 курса в год).

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М. В. Никольская¹, О. А. Коннова¹, С. Б. Рыбалкин²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ПОКЦ СВМП, г. Пенза

В настоящее время в мире более 50 млн человек в мире инфицированы или больны ВИЧ-инфекцией. В связи с многообразием клинических проявлений ВИЧ и СПИДа, протекающего с поражением многих органов и систем человека, борьба с этим заболеванием сегодня становится проблемой междисциплинарной. Одна из основных причин госпитализации больных с ВИЧ-инфекцией – поражение органов дыхания. Учитывая возрастающее число нуждающихся в стационарном лечении больных с ВИЧ-инфекцией представляется актуальным определение этиологической структуры заболеваний нижних дыхательных путей у пациентов с различной степенью иммунных нарушений.

Цель исследования: изучить структуру заболеваний органов дыхания у ВИЧ-инфицированных с различной степенью иммунной недостаточности, госпитализированных в инфекционное отделение Пензенского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 263 больных с подтвержденной ВИЧ-инфекцией 4 стадии, направленных на

госпитализацию по клиническим показаниям. Пациентам проводилось стандартное обследование, включающее клинические анализы крови и мочи, биохимические, инструментальные методы исследования (рентгенография, компьютерная томография, УЗИ, рентгеноконтрастные методы, спинномозговая пункция – по показаниям), бактериологическое исследование мокроты и крови для определения микрофлоры, микроскопия мокроты для выявления кислотоустойчивых палочек, исследование количества лимфоцитов CD4 в крови.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали лица мужского пола – 189 (71,9 %), женщин было 74 (28,1 %). Средний возраст больных составил $36,8 \pm 4,5$ лет (от 25 до 60 лет). Длительность заболевания ВИЧ-инфекции (с момента установления диагноза) до госпитализации – $5,9 \pm 4,6$ лет (от 6 месяцев до 24 лет). Патология органов дыхания выявлена у 105 из 263 пациентов, что составило 39,9 %. Изучена структура болезней органов дыхания в зависимости от содержания CD₄. Показатель выше 500 клеток/мкл наблюдался у 16 (15,3 %) больных (1 группа), от 200 до 500 – у 41 (39 %) человека (2 группа), ниже 200 клеток/мкл – у 48 (45,7 %) больных (3 группа). В 1 группе у 7 (6,7 %) пациентов диагностирована внебольничная односторонняя пневмония, у 6 (5,7 %) больных – ОРВИ, у 2 (1,9 %) больных – инфильтративный туберкулез легких и у 1 (0,9 %) пациента – пневмония как одно из проявлений сепсиса, в сочетании с эндокардитом. Во 2 группе инфильтративный туберкулез обнаружен у 8 (7,6 %) пациентов, диссеминированный туберкулез – у 4 (3,8 %) человек, туберкулез в сочетании с пневмонией – у 2 (1,9 %) пациентов, кроме того, у 2 (1,9 %) больных выявлены генерализованные формы туберкулеза (с поражением лимфатических узлов, печени и селезенки). У 13 (12,3 %) пациентов обнаружена внебольничная пневмония (односторонняя – у 7 (6,7 %), двухсторонняя – у 6 (5,7 %), септическая пневмония – у 8 (7,6 %) человек, ОРВИ и обострение ХОБЛ – по 2 (1,9 %) случая. Пневмоцистная пневмония отмечена только у больных с выраженной иммуносупрессией (10 (9,5 %) пациентов 3 группы). Также в 3 группе чаще встречался туберкулез органов дыхания: у 5 (4,7 %) человек – инфильтративный, у 6 (5,7 %) – диссеминированный, у 1 (0,9 %) – фиброзно-кавернозный, в сочетании с пневмонией – у 2 (1,9 %) и генерализованные формы – у 4 (3,8 %) больных: туберкулезный спондилит (2), туберкулез головного мозга (1), туберкулез лимфатических узлов (1). Пневмония выявлена у 8 (7,6 %) больных 3 группы, сепсис с пневмонией – у 10 (9,5 %), ОРВИ – у 2 (1,9 %) пациентов.

Выводы: болезни органов дыхания являются одной из ведущих патологий у больных ВИЧ-инфекцией; в структуре заболеваний преобладает туберкулез, что ведет к ухудшению прогноза сочетанной патологии; у больных с выраженной иммунной супрессией чаще выявляются пневмоцистная пневмония и генерализованные формы туберкулеза.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АМФЕТАМИН И ПСЕВДОЭФЕДРИН

М. Нузейли¹, В. Н. Маринчев², Я. Хурейби¹

¹Госпиталь им. Революции, Сана, Йеменская Республика

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Кратковременные, до 30 мин оперативные вмешательства занимают особое место в общей и экстренной хирургии, травматологии, урологии и гинекологии. Во многих странах Ближнего Востока и восточной Африки население использует для получения удовольствия кат, который они жуют. Кат, это кустраник, у которого употребляют молодые листья и побеги. Кат вызывает стимуляцию ЦНС и психики. Это сопровождается повышением АД, учащением пульса повышением температуры тела, возбуждением, развитием эйфории и т.д. Становится ясным, что при выборе препаратов для анестезии необходимо учитывать влияние ката на организм, у пациентов, употребляющих его.

Целью данного исследования явился поиск наиболее целесообразной методики и доз для кратковременной анестезии у лиц, регулярно употребляющих кат.

Задачами настоящего исследования были: исследование гемодинамики психического статуса и степени зависимости от ката у 104 пациентов с хирургическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. В дооперационном периоде все пациенты опрошены с применением специальной, разработанной и апробированной нами анкеты и условно разделены на три группы:

- слабо зависимые от ката,
- умеренно зависимые
- сильно зависимые от действия ката.

Премедикация – фентанил с диазепамом или мидазоламом в обычных дозировках и атропин. Использованы две методики анестезии: кетамин (1–2 мг/кг) с изофлюраном (1–1,5 МАК) или пропофол (2–3 мг/кг) с изофлюраном (1–1,5 МАК) в потоке кислорода и закиси азота (1:1) с сохранением спонтанного дыхания пациента. Мониторинг АД, ЭКГ, ЧСС, SpO₂, etCO₂, концентрация изофлюрана на вдохе и выдохе.

Исследования проводились до операции, после индукции и после операции (через 30 минут). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Дооперационный период. Проведенное анкетирование и анализ полученных результатов показал, что имеются существенные различия в нарушениях психики между группами пациентов. Пациенты первой группы отмечают разную степень напряжения до приёма ката (75 %), депрессию, тревогу (55 %), бессонницу (30 %). Для пациентов 2-й группы характерными жалобами были: плохое настроение и депрессия (до 50 %), напряжение (30 %), бессонницу (30–40 %), абстиненцию и сильную, зависимость

(40–45 %), нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (15–20 %). Большинство пациентов (65–75 %), вошедших в 3-ю группу, имели опыт употребления ката более 25–30 лет, а сеанс ежедневного жевания у них составлял не менее 4-х часов. Все пациенты (100 %) этой группы испытывали, сильное напряжение, тревогу, беспокойство, депрессию, раздражение, головные боли, кошмарные сны или бессонница отмечались у 15–20 % пациентов этой группы, потливость, плохое настроение, абстиненцию. Расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (повышение АД, аритмии, сердцебиения) отмечали почти половина всех пациентов этой группы (40–45 %). До трети всех пациентов этой группы имели заболевания сердечно-сосудистой системы.

При исследовании гемодинамики установлено, что по мере развития зависимости от ката, у пациентов происходит повышение АД, причём в первую очередь диастолического, что следует учитывать при дооперационном обследовании пациентов.

Индукция в анестезию. Считаем, что на фоне стимуляции ЦНС и сердечно-сосудистой системы, амфетамином и псевдоэфедрином, содержащихся в кате, действие кетамина усиливает данный эффект и делает течение анестезии неуправляемой и опасной у пациентов 3-й группы, наиболее зависимых от действия ката.

Послеоперационный и восстановительный период (через 30 мин после окончания операции). Восстановительный период оценивался по специальной, разработанной нами анкете. В неё вошли такие признаки, как возможность выполнять простейшие команды, отвечать на вопросы, наличие тошноты, рвоты, возбуждения, озноба и др. Интенсивность послеоперационной боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Пациенты, которым использовался пропофол, быстрее пробуждались, у них не наблюдалось возбуждения, тошноты, рвоты, чем у тех пациентов, которым применялся кетамин (возбуждение в 20–25 % случаев, тошнота, рвота – 5–10 %). Это прослеживалось во всех группах пациентов.

Анализ изменений показателей гемодинамики в ближайшем послеоперационном периоде показал: отмечается некоторое снижение сист.АД по сравнению с дооперационным уровнем после использования пропофола, а у тех пациентов, которым применялся кетамин отмечалась тахикардия (на 10-20 %) по сравнению также с дооперационным значением. У пациентов, наиболее зависимых от ката, которым применялся кетамин, сист. АД диаст. АД и средн. АД поддерживалось, в среднем, на 20-25 % выше дооперационного уровня, также, как и тахикардия. В 3 группе пациентов, которым использовался пропофол, сист. АД, диаст. АД, средн. АД, остались на дооперационном уровне, только учащение пульса на 10–12 % отличало гемодинамику от дооперационного уровня. Использование кетамина у пациентов 3 группы приводило к драматичным изменениям в психике и гемодинамике, что делало этот период опасным для жизни и требовало госпитализации в ОРИТ у 20–25 % пациентов этой группы. При использовании пропофола, ближайший послеоперационный период протекал более гладко и менее драматично, что привело к тому, что только 10 % пациентов 3 группы были госпитализированы в ОРИТ.

Выводы.

1. Пациенты, употребляющие кат около 25–30-ти лет ежедневно и не менее 4-х часов имеют сильную степень зависимости от амфетамина и псевдоэфедрина, использование кетамина противопоказано.

2. Комбинация пропофола (2 мг/кг) внутривенно и изофлюрана (1–1,5 МАК) в потоке кислорода и закиси азота (1:1) на фоне спонтанного дыхания обеспечивает надёжную, безопасную и стабильную анестезию при кратковременных оперативных вмешательствах у пациентов, употребляющих амфетамин и псевдоэфедрин, независимо от степени их зависимости.

АППАРАТНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ НА ОСНОВЕ ТЕРМОЭЛЕМЕНТОВ ПЕЛЬТЬЕ

К. О. Осипов¹, А. И. Сафронов²

*¹ГБОУ ВО «Пензенский государственный технологический университет»,
г. Пенза*

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Современные подходы к интенсивной терапии гнойно-септических заболеваний включают широкий комплекс лечебных мероприятий: адекватное хирургическое лечение, антибактериальную терапию, дезинтоксикационные мероприятия, ряд других методов лечения, среди которых локальная абдоминальная гипотермия занимает особое место.

В отличие от общей гипотермии, которая используется врачами с древних времен, локальные методы охлаждения участков человеческого организма нашли научное обоснование и клиническое применение только к середине XX в. Механизмы лечебного воздействия локальной абдоминальной гипотермии при перитоните достаточно детально изучены [Неговский В. А., 1960; Васильков В. Г., 1977; Анисимов А. Ю., 1998; Бердикян А. С. и соавт., 2002; Усенко Л. В. и соавт., 2009; Шевелёв О. А. и соавт., 2010]. Методика проводится интенсивным снижением температуры органов брюшной полости путем охлаждения передней брюшной стенки различными способами. При этом добиваются трех очень важных эффектов:

- снижения всасывательной способности воспаленной брюшины,
- повышения чувствительности микрофлоры к антибиотикам,
- снижения потребностей тканей в кислороде.

Многочисленные попытки отечественных и зарубежных ученых создать техническое средство для обеспечения локального снижения температуры тела не удовлетворяют клиницистов по многим причинам, среди которых главная – неудобство для проведения лечебно-диагностического процесса у этой категории больных, а также дороговизна аппаратуры. Поэтому в реальной клинической практике до сих пор используется старый, но крайне необходимый и эффективный способ – аппликация области живота пузырями со льдом в течение недель, а то и месяцев.

В нашей стране внедрение терапевтической гипотермии связано с именем основоположника отечественной реаниматологии профессора В. А. Неговского, который рассматривал терапевтическую гипотермию как наиболее перспективный метод защиты центральной нервной системы от последствий глобальной ишемии [Неговский В. А., 1960]. Исследования были продолжены профессором В. Г. Васильковым и другими учениками В. А. Неговского.

Большинство используемых в клинике аппаратов для проведения локальной абдоминальной гипотермии работают по принципу охлаждения циркулирующего хладоносителя и имеют ряд недостатков:

- громоздкость аппаратуры, изготовленной из промышленных холодильных установок;
- невысокая надежность;
- трудность выдерживания температурных режимов;
- утечки хладоносителя;
- выраженное шумовое сопровождение;
- помехи для мониторинга других параметров;
- невозможность длительной непрерывной работы;
- дороговизна аппаратуры и технического обслуживания;
- невозможность использования в условиях скорой медицинской помощи.

За последние 30 лет аппараты для проведения локальной гипотермии практически не изменились. Они имеют большие габариты и значительный вес (более 60 кг), вследствие чего практически лишены мобильности. В них преимущественно используют жидкостные хладоагенты, усложняющие их техническое обслуживание.

Термоэлектрический метод охлаждения, широко используемый для охлаждения нагреваемых элементов электронной аппаратуры, обладает рядом преимуществ по сравнению с другими методами охлаждения: термоэлектрические устройства отличаются простотой управления, возможностью тонкого регулирования температуры, бесшумностью, высокой надежностью работы, не имеют движущихся частей, их можно использовать в условиях скорой медицинской помощи.

Целью исследования является разработка аппарата для проведения локальной абдоминальной гипотермии с возможностью проводить длительное управляемое охлаждение участка тела больного на основе работы термоэлектрических элементов Пельтье.

В настоящее время отечественная промышленность освоила производство эффективных термоэлектрических элементов (ТЭМ). В высококачественных серийных ТЭМ известного производителя ИПФ КРИОТЕРМ (г. Санкт-Петербург), разность температур может достигать 74 градуса Цельсия на одном каскаде.

В процессе исследования была разработана принципиальная схема аппарата, выработаны требования к конструкции, учитывающие безопасность для больного, уровень мониторинга температурных режимов, получен патент на полезную модель.

ИНFUЗОМАТНАЯ ТЕХНИКА ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ПЕРИ- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

А. С. Полич

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Крупные, обширные и гигантские грыжи чаще образуются в области белой линии живота как следствие срединной лапаротомии – широкого хирургического доступа при серьезных вмешательствах. Обычно грыжевые выпячивания появляются спустя 1–2 года после операции.

С сентября 2014 г. по февр. 2016 г. в ГБУЗ ГКБ № 6 им. Г. А. Захарьина выполнено 8 операций: грыжесечение и пластика грыжевых ворот у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами. Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет (4 женщин, 4 мужчин). В структуре сопутствующей патологии преобладали: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, метаболический синдром. У шести пациентов грыжи локализовались срединно. Операции проводились в связи со снижением качества жизни и наличия высокого риска ущемления.

При предоперационной подготовке учитывался тот факт, что во время операций по поводу грыж живота, имеющих большие (в диаметре от 10 до 15 см) и гигантские размеры (в диаметре более 15 см), из-за обратного введения в брюшную полость содержимого грыжевого мешка возрастает уровень внутрибрюшного давления, что приводит к снижению дыхательной экскурсии легких, изменению гемодинамики (уменьшению венозного возврата и как следствие снижение сердечного выброса). С целью адаптации внутренних органов и тканей брюшной стенки, сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышению внутрибрюшного давления, производилось ношение бандажа с постепенным утягиванием. Все пациенты были обследованы по плану, принятому в клинике (группа крови, ОАК, ОАМ, БАК, электролитный состав крови ЭКГ, анализ крови на гепатиты и вирусные инфекции, консультации узких специалистов по показаниям). В обязательном порядке проводилась спирография, контроль газов крови. Непосредственно перед оперативным вмешательством при необходимости выполнялось полноценное опорожнение желудочно-кишечного тракта от его содержимого, механическая тромбопрофилактика.

Премедикация назначалась подкожно и состояла из атропина, антигистаминного препарата, наркотического анальгетика промедола за 30 минут до начала операции. Венозный доступ – катетеризация периферических вен. При выборе метода обезболивания предпочтение отдавалось эпидуральной анестезии с в/в седацией. Принципиальное значение имело отсутствие ИВЛ во время оперативного вмешательства. Интраоперационный мониторинг осуществлялся согласно Гарвардскому минимальному стандарту. В асептических условиях, после обработки кожи антисептиком под м/а лидокаином 2 % – 2,0 мл производилась пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне ниж-

негрудного отдела позвоночника (Th10-Th11), катетер заводился краниально и закреплялся фиксатором Перификс фирмы В. Braun. После проведения тест-дозы наропин 0,75 % – 3,0 мл (ропивакаин, производитель: Astra Zeneca, Швеция) вводилась основная доза наропин 0,75 % – 7,0 мл. Через 15 мин оценка выраженности боли определялась по шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала). Степень выраженности моторного блока по шкале Bromage (Bromage P. R., 1967). Об эффективности анальгезии свидетельствовали стабильные показатели гемодинамики и дыхания. Показанием к повторному введению анестетика являлось: появление боли, учащение пульса, подъем артериального давления. Для обеспечения седативного эффекта в/в инфузия пропофола 0,2–0,5 мг/кг/ч. Послеоперационное обезболивание проводилось в хирургическом отделении препаратом наропин 0,2 % шприцевой инфузионной помпой AITECS 2016 (произв. Вильнюс, Литва) со скоростью 14–20 мг/ч в течение 1–2 суток в сочетании с ненаркотическими анальгетиками (в/м кеторол 30 мг каждые 12 ч). Послеоперационный период: объем инфузионной терапии подбирался индивидуально, но не более 2000 мл/сут, антибиотикотерапия (цефтриаксон в/в 1 г каждые 12 ч, ципрофлоксацин в/в капельно – по 200 мг 2 раза в сутки), симптоматическая терапия, неинвазивное измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, сатурации, периодический контроль газов крови.

Осложнений, связанных с использованием данной методики, не было.

Таким образом, наш первый опыт показал, что одним из методов обезболивания при операции грыжесечение с пластикой грыжевых ворот у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами является продленная эпидуральная анестезия, которая создает комфортные условия для работы хирурга и адекватное обезболивание пациента, возможность ранней активизации пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. А. Прибытков¹, Р. Н. Лемясова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ОПБ им. К. Р. Евграфова, г. Пенза

Введение. Невзирая на высокую распространенность соматоформных расстройств (СФР) [Wittchen H.U. et al., 2011], возможности терапии данной патологии изучены недостаточно. В наибольшей степени подтверждена эффективность антидепрессантов и когнитивно-поведенческой психотерапии, имеются предварительные сведения о возможности использования антипсихотиков [Kroenke K., 2007; Somashekar B. et al., 2013]. В России и странах Центральной Европы при лечении СФР наиболее часто используются антидепрессанты и широко назначаются препараты с неустановленной терапевтической эффективностью: антипсихотики, бензодиазепины, антиконвульсанты, а в нашей стране ещё ноотропы и витамины [Mundt A. et al., 2010; Прибытков А. А. с соавт., 2015].

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина (феназепама) и тиоридазина в качестве адъювантной терапии СФР.

Материалы и методы. Проведено открытое рандомизированное исследование с длительностью наблюдения 4 недели. Выборка включала 65 пациентов с диагнозом соматоформное расстройство (F45). Использовались следующие шкалы: шкала общего клинического впечатления (CGI), шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), опросник «Скрининг соматоформных симптомов – 7» (SOMS-7). Было сформировано три терапевтические группы (рандомизация с использованием генератора случайных чисел): 1 группа – монотерапия сертралином (23 пациента), 2 группа – сертралин в комбинации с феназепамом (21 пациент) и 3 группа – сертралин в комбинации с тиоридазином (21 пациент). Сертралин назначался в гибких дозах от 50 до 150 мг/сут однократно. Стартовая доза препарата составляла 50 мг/сут, в дальнейшем суточная доза могла повышаться на 50 мг в неделю при недостаточной эффективности терапии. Феназепам назначался в дозе 2 мг/сут (по 1 мг 2 раза в день), тиоридазин – 30 мг/сут (по 10 мг 3 раза в день). Возраст пациентов составил от 21 до 62 лет. В исследованной выборке преобладали женщины: 44 женщины (67,7 %) и 21 мужчина (32,3 %).

С целью оценки статистической значимости динамики показателей внутри группы использовался критерий Уилкоксона. Оценка статистической значимости различий между группами сравнения проводилась с использованием критерия Краскела-Уоллиса (сравнение трех групп) и критерия Манна-Уитни (парное сравнение). Применялась программа Statistica 10.0.

Полученные результаты. Полностью завершили курс терапии 61 человек (93,8 %). По причине побочных эффектов выбыло 4 человека: по 1 пациенту в 1 и 2 группах, 2 человека в 3 группе. Побочные эффекты выявлены у 21,7 % пациентов в первой группе, 19 % – во второй, и 28,6 % – в третьей. В первой группе отмечались следующие побочные эффекты: нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (17,4 % наблюдений), усиление тревоги (13 %), нарушение сна (13 %), сексуальная дисфункция (8,7 %). Во второй группе выявлены диспепсические расстройства (14,3 %), сонливость (14,3 %), сексуальная дисфункция (9,5 %). В третьей группе имели место сонливость (19 %), диспепсические расстройства (14,3 %), нарушение сна (9,5 %), гипосаливация (9,5 %), сексуальная дисфункция (9,5 %).

Статистически значимое снижение тяжести состояния (по шкале CGI) в первой и третьей группах по сравнению с показателями до начала терапии выявлено на второй неделе лечения ($p < 0,03$), во второй группе – на первой неделе ($p = 0,013$). При сравнении групп по тяжести состояния установлена статистически значимая разница на первой неделе терапии ($p = 0,015$). При попарном сравнении групп обнаружено статистически значимое различие в пользу второй группы по сравнению с первой ($p = 0,028$) и третьей ($p = 0,016$) группами. Не выявлено различий между первой и третьей группами ($p = 0,747$). Не установлено статистически значимых различий между показателями групп до лечения и на 2–4 неделях терапии ($p > 0,05$).

Раннее (на первой неделе терапии) снижение выраженности тревоги (шкала HARS) наблюдалось во второй группе ($p = 0,01$). В первой и третьей группах снижение симптомов тревоги достигло статистической значимости (по сравнению с исходными показателями) на второй неделе лечения ($p = 0,022$ для группы 1; $p = 0,01$ для группы 3).

На момент включения в исследование различия по выраженности тревоги между группами отсутствовали ($p = 0,78$). Снижение симптомов тревоги на первой и второй неделях терапии преобладало в группе 2 по сравнению с группой 1 ($p < 0,05$) и группой 3 ($p < 0,05$). На третьей неделе терапии выраженность тревоги во второй группе была значимо ниже, чем в первой ($p = 0,016$), различия между второй и третьей группами оказались не значимы ($p = 0,057$). Различия между первой и третьей группами не достигали статистической значимости на протяжении всего исследования. На четвертой неделе лечения значимых различий между группами не отмечено.

В конце исследования отмечена статистически значимая редукция выраженности соматических симптомов (шкала SOMS-7) во всех группах в сравнении с исходными показателями ($p < 0,001$). Значимых различий между группами как на момент включения в исследование ($p = 0,67$), так и спустя 4 недели терапии ($p = 0,853$) не выявлено.

Выводы. На основании полученных данным можно сделать вывод, что монотерапия сертралином эффективна в лечении соматоформных расстройств. Аджьювантная терапия феназепамом обеспечивает раннее улучшение состояния пациентов и быстрое купирование сопутствующих симптомов тревоги. Присоединение к лечению тиоридазина не выявило дополнительных преимуществ в сравнении с монотерапией сертралином. Продолжительность адьювантной терапии бензодиазепинами должна быть ограниченной во времени с учетом отсутствия преимуществ на четвертой неделе и риска развития лекарственной зависимости при длительном лечении.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

***А. В. Пугаев¹, Е. Е. Ачкасов¹, М. Г. Негребов¹, М. Р. Ба¹,
Л. В. Александров^{1,2}, О. Н. Антонов¹, А. А. Орлов¹***

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

*²Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова
Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва*

Введение. Острая тонкокишечная механическая непроходимость (ОТМН) – является одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. Нередко во время операции при ОТМН, хирургу приходится определять жизнеспособность кишки и объем ее резекции. С неправильной оценкой жизнеспособности кишки и неадекватным вследствие этого выбором объема резекции связаны различные послеоперационные осложнения. Так, частота развития

несостоятельности швов анастомоза колеблется от 4,0 до 10,0 %, а летальность составляет от 10,7 до 64,7 %.

Цель исследования – разработать и патогенетически обосновать оптимальную тактику лечения больных с ОТМН.

Материалы и методы. Клиническое исследование выполнено на 142 (100 %) больных с ОТМН, осложнённой некрозом кишки, на базе ГKB №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы в период с 2009–2014 гг. Всем больным была выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. Время с момента начала заболевания до поступления в стационар составило в среднем $4,98 \pm 3,63$ ч. Наиболее частой причиной ОТМН были спайки брюшной полости – 90 (63,4 %), на втором месте ущемление грыж – 48 (33,8 %), реже заворот тонкой кишки – 4 (2,8 %) пациента. Сопутствующие хронические заболевания выявлены у 99 (69,7 %) пациентов (сердечно-сосудистые заболевания, болезни лёгких, сахарный диабет 2 типа, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, полинейропатия).

Для удобства изучения результатов хирургического лечения были выделены 2 группы больных: основная и контрольная. Достоверных отличий по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и трофическому статусу в группах не было.

Выделяли 3 степени компенсации кишечной непроходимости: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОТМН. Степень ОТМН определяли на основании клинической картины, обзорной рентгенографии брюшной полости, ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости.

Оперативное лечение выполняли в первый час от поступления после предварительной подготовки – коррекции гемодинамических и водно-электролитных нарушений. Всем пациентам была выполнена лапаротомия, интраоперационная декомпрессия кишечника при субкомпенсированной и декомпенсированной ОТМН с помощью назоинтестинальной интубации зондом Эббота-Мюллера, резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки с формированием анастомоза бок в бок двухрядным швом, санация и дренирование брюшной полости.

Основной группе 68 (47,9 %) пациентов была выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки в зависимости от степени ОТМН на основании результатов, проведенных нами ранее клинико-морфологических сопоставлений. Контрольной группе 74 (52,1 %) пациентам выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки вне зависимости от степени ОТМН в объеме 30–40 см в проксимальном направлении от странгуляционной борозды и 15–20 см в дистальном направлении.

Результаты исследования. В основной группе было 30 (44 %) пациентов с компенсированной, 27 (39,7 %) с субкомпенсированной и 11 (16,2 %) с декомпенсированной ОТМН. В контрольной группе – 39 (52,7 %), 26 (35,1 %) и 9 (12,2 %) соответственно.

При сравнении результатов лечения обеих групп получено, что в контрольной группе количество послеоперационных осложнений больше и выше уровень летальности (табл. 1).

Данные о результатах лечения пациентов с ОТМН

	Основная группа	Контрольная группа	Достоверность
Послеоперационные осложнения	2 (5,00 %)	9 (32,14 %)	$p = 0,004^*$
Летальность	0 (0 %)	2 (7,14 %)	$p = 0,166^*$

МАЛЬТОФЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Л. Г. Радченко^{1,2}, В. И. Струков^{1,2}, М. Н. Максимова¹, Г. В. Долгушкина¹,
Ю. Г. Шербакова³, А. В. Митрофанова³, Е. Г. Волик³, О. А. Филатова³,
Л. В. Камардина³, Л. С. Линёва³**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
Медицинский институт, г. Пенза

³ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

Анемия является одной из наиболее частых заболеваний детей раннего возраста. Среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех, в то время как у доношенных, данная патология отмечается только в 20 % случаях (А. Г. Румянцев, И. Н. Захарова 2015). Выделяют раннюю и позднюю анемию недоношенных. Ранняя анемия развивается на 4–10-й неделе постнатальной жизни и характеризуется снижением уровня ретикулоцитов менее 1 %, уровня гемоглобина до 80–70 г/л и ниже, а гематокрита до 20–30. Поздняя анемия недоношенных развивается на 3–4 месяце жизни. Она имеет большое сходство с железодефицитной анемией детей раннего возраста. Для недоношенных детей, особенно первых месяцев жизни, единственным физиологическим продуктом питания, который обеспечивает равновесие обмена железа в организме, является материнское молоко, сбалансированное по всем ингредиентам в соответствии с физиологическими потребностями растущего организма (Г. В. Яцык, 2009). В отличие от ранней анемии недоношенных, в период развития поздней анемии начинают проявляться симптомы дефицита железа. Попытки обогащения рациона питания введением адаптированных смесей, в том числе и обогащенных железом, не приводят к желаемому результату, поскольку последнее плохо всасывается (А. И. Хазанов. 2009). В то же время доказано, что для лечения анемии недостаточно только повышения уровня пищевого железа, а требуется медикаментозная терапия препаратами железа. Известно, что железодефицитная анемия способствует развитию хронической гипоксии, которая в свою очередь может приводить к замедлению умственного и психомоторного развития ребенка, в связи с этим лечение анемии у недоношенных детей и профилактика дефицита железа у всех детей является важной и обязательной составной частью в наблюдения за деть-

ми на 1-м году жизни. Препаратами выбора в этом случае являются современные представители гидроксид полимальтозного комплекса трехвалентного железа: Мальтофер и Феррум Лек. Недоношенным детям с первых недель жизни до 1 года рекомендуется профилактический прием указанных препаратов железа из расчета 2 мг/кг/сут. элементарного железа. Лечебная доза составляет 5 мг/кг/сут. элементарного железа и не меняется до нормализации уровня гемоглобина (Е. С. Сахарова, Е. С. Кешишян, 2002). Железодефицитная анемия не является противопоказанием к вакцинации. Напротив, недоношенные дети представляют особую группу риска по развитию осложненного инфекционного процесса. Поэтому, даже в случае тяжелых проявлений анемии профилактические прививки могут быть проведены сразу после купирования (Н. П. Шабалов, 2008).

Цель исследования: изучение действия мальтофера в комплексной терапии анемического синдрома у недоношенных детей.

Задачи исследования: проанализировать терапевтическую эффективность препарата мальтофер у наблюдаемых детей с поздней анемией недоношенных.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова и Кузнецкой межрайонной детской больницы нами было обследовано 96 детей первого года жизни с поздней анемией. Из 96 матерей исследуемых детей первородящие составили 67 %, повторно – 33 %. Возраст женщин – от 17 до 37 лет, в 70 % случаев он составил 19–25 лет. На естественном вскармливании находилось 65 % обследованных детей. Отягощенный акушерский анамнез отмечался в 74 % случаев. Наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы:

- I группа – 48 ребенок, условно здоровые, с I ст. недоношенности;
- II группа – 33 ребёнка первого года жизни со II ст. недоношенности;
- III группа – 15 недоношенных ребёнка с III ст. недоношенности.

Клиническая картина поздней анемии у наблюдаемых недоношенных детей характеризовалась снижением аппетита, уплощением весовой кривой, бледностью кожи и слизистых оболочек, сухостью кожи, увеличением печени и селезенки. Отмечалось снижение сывороточного железа – гипохромия, с тенденцией к микроэритроцитозу. В отличие от ранней анемии недоношенных, в период развития поздней анемии отмечались симптомы дефицита железа.

С целью коррекции анемического синдрома наблюдаемые дети получали железосодержащий препарат Мальтофер из расчета 3-5мг/кг массы тела. Мальтофер не имеет возрастных ограничений в применении. Для определения терапевтической эффективности мальтофера применялись клинические и лабораторные методы исследования. Учитывая особенности патогенеза анемии недоношенных детей, с 7 дней жизни, назначались: фолиевая кислота по 1 мг в сутки, витамин Е по 20 мг/кг в сутки, витамины группы В. Контроль показателей красной крови (уровень гемоглобина, ЦП, эритроциты) недоношенным детям после в динамике проводился в 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования: анализ проводимых наблюдений показал зависимость клинических проявлений поздней анемии от степени недоношенно-

сти у исследуемых детей. Длительность анемического синдрома в сравниваемых группах колебалась от 3 недель в I группе, до 3 месяцев в II и 3,5–4 месяцев в III группе. Во II и III группах дети получали Мальтофер в сочетании с фолиевой кислотой и витаминами группы В и Е.

В заключении можно сделать выводы:

- тяжесть анемии у недоношенных детей тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка при рождении;
- быстрая коррекция дефицита железа отмечалась у наблюдаемых детей I группы, по сравнению со II и III группами;
- сочетание Мальтофера с фолиевой кислотой и витаминами группы В и Е оказывало быстрый терапевтический эффект во II, по сравнению с III;
- у наблюдаемых детей III группы, по сравнению с I и II более длительно сохранялась сидеропения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАХИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

***Л. Г. Радченко^{1,2}, В. И. Струков^{1,2}, М. Н. Максимова¹, И. А. Прокофьев³,
Г. П. Дерябина⁴, Л. В. Камардина⁴, И. К. Немоляева³, Е. М. Яшина³***

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

*²ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»,
Медицинский институт, г. Пенза*

³ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза,

⁴ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница», г. Кузнецк

Рахит у недоношенных остается актуальной и противоречивой проблемой современной педиатрии, являясь одним из частых заболеваний, связанных с нарушением метаболизма кальция и фосфора. В настоящее продолжается дискуссия о том, является рахит заболеванием, синдромом или вариантом остеопении. (Демин В. Ф., 2006; Студеникин В. М., 2009; Почкайло А. С., 2014). Материнский организм накапливает кальций, начиная с 15–16 недели беременности. По мере увеличения гестационного возраста, содержание кальция в костях матери увеличивается. Начиная с 30 недели накопленный электролит начинает передаваться плоду, потребность которого в нем резко возрастает в связи с ростом скелета и его минерализацией. Ряд авторов считает, что этот процесс начинается раньше, на 8–16 неделе внутриутробного развития (Коровина Н. А., Чебуркин А. В., 2007;). Тяжелые формы рахита действительно стали редкими, в то время как легкие и среднетяжелые формы, в том числе рентгенологически проявляемые, еще распространены, встречаясь у 35–65 % детей первого года жизни (Струков В. И., 2009).

Не вызывает сомнений, что младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой. Перенесенный в раннем детстве рахит и связанное с ним нарушение накопления пиковой костной массы

может предрасполагать к развитию остеопороза в последующем. Вследствие нарушения абсорбции кальция, фосфора, магния развивается мышечная гипотония, вегетативные дисфункции, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Выявляемые при рахите иммунологические нарушения предрасполагают к частым инфекционным заболеваниям, нарушая качество жизни ребенка (Струков В. И., 2011; Захарова И. Н., 2009).

В последние годы появились новые данные о физиологической роли витамина D и его активных форм, что очень важно для его рационального использования особенно у детей, родившихся преждевременно, с целью профилактики и лечения рахита. В соответствии с современной концепцией витамин D является чрезвычайно активным соединением, его эффекты опосредуются специфическими ядерными рецепторами, передающими сигналы на генный аппарат клеток и активирующие гены, контролирующие синтез функциональных транспортных белков для ионов Са и др. (Рооз О., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г., 2011)

Частота рахита у недоношенных детей колеблется от 15 до 70 %, а среди новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) он выявляется в 100 % наблюдений. Частота встречаемости рахита у недоношенных детей с массой тела менее 1500 г. – 40 %, с массой тела менее 800 г. – 70 % (Мальцев С. В., Шакирова Э. М., Архипова Н. Н., 2012).

Цель исследования: изучить особенности течения рахита у недоношенных детей первого года жизни.

Задачи исследования: анализ клинических проявлений рахитического процесса у недоношенных детей первого года жизни.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова и Кузнецкой межрайонной детской больницы обследовано 96 недоношенных детей первого года жизни с проявлениями рахита. Наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы:

- I группа – 48 ребенок, условно здоровые, с I ст. недоношенности;
- II группа – 33 ребёнка первого года жизни со II ст. недоношенности;
- III группа – 15 недоношенных ребёнка с III ст. недоношенности.

Характеристика сравниваемых групп была приблизительно одинакова. Срок гестации, наблюдаемых детей колебался от 30 до 37 недель. Мальчики были представлены в 44 %, девочки – 56 %. Возраст матерей, наблюдаемых детей, составил 18–38 лет. Из них первородящие составили 49 человек (52 %), повторнородящие – 47 женщина (48 %). Отягощенный акушерский анамнез (токсикоз, гестоз, угроза прерывания, урогенитальная патология) отмечался более чем у 71 % матерей исследуемых детей.

Обследование детей включало в себя: оценку психомоторного развития (активность безусловных рефлексов, эмоциональный статус, мышечный тонус), клинических проявлений, степени тяжести рахита, лабораторного и инструментального исследования.

Результаты исследования: анализ клинических наблюдений показал зависимость клинических проявлений рахита и степени его тяжести, у наблюдаемых детей первого года жизни, от степени тяжести недоношенности.

Потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 3–4-х недельного возраста, имела тенденцию к нарастанию и определялась в течение первых месяцев жизни у 36 человек I группы, что составило 75 ± 6 % и у 17 (51 ± 7 %) детей II группы. У недоношенных детей III группы данный признак отмечался у 13 % детей (вероятно, за счёт незрелости потовых желёз) и был не достоверен, при сравнении с детьми I и II групп.

На фоне приёма профилактической дозы Vit D трофические изменения, облысение затылка и височных областей, отмечалось у 13 ($86,4 \pm 5$ %) детей III группы, 23 детей ($72,4 \pm 3$ %) во II группе. В I группе облысение затылка и височных областей выявлено у 31 ($64,5 \pm 3$ %) из 48 детей.

Симптомы пониженной нервно-рефлекторной возбудимости статистически значимо чаще отмечались на первом месяце жизни у 38 ± 6 % детей III группы. При сравнении III группы со II, где частота данного признака составила 21 ± 5 %, и с контрольной (12 ± 6 %) симптом пониженной нервно-рефлекторной возбудимости был достоверен ($p < 0,05$). Торпидное течение симптома пониженной нервно-рефлекторной возбудимости у детей III группы, отмечалось вплоть до 1 года жизни в 31 ± 7 % случаев, против 22 ± 6 % у детей II группы.

Нарушения моторно-статического развития к году с большей частотой определялось у детей III группы – 33 ± 7 %, в то время как во II – отмечалось лишь у 14 ± 5 % ($p < 0,05$).

Биохимические показатели характеризовались более выраженной гипокальциемией и гипофосфатемией у детей II и III группы.

Анализ результатов исследования показал, что более выраженные проявления рахита отмечались у детей со II и III степенью недоношенности. Они характеризовались прогрессирующим острым течением, нарастающей активностью рахитического процесса с пиком заболеваемости у детей первого полугодия и преобладанием средней степени тяжести во втором полугодии жизни.

Выводы:

- потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 2,5–3-х недельного возраста, с достоверной частотой более длительно сохранялась у детей со II и III степенью недоношенности;
- нарушения моторно-статического развития к году с большей частотой определялось у детей III группы;
- гипокальциемия и гипофосфатемия у детей II и III группы, сохранялась более длительно, по сравнению с детьми I группы;
- несмотря на проводимую профилактику рахита, последний развивался в 100 % у детей III группы.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

М. Н. Рудакова, М. Н. Рябов

ГБУЗ ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗ г. Москвы, г. Москва

Лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза, особенно перенесших ранее различные операции на верхнем этаже брюшной полости представляет значительные трудности. Золотым стандартом лечения механической желтухи в настоящее время является ЭРПХГ, однако в ряде случаев (опухолевая обструкция двенадцатиперстной кишки, выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи и т.п.) транспапиллярные вмешательства становятся невозможными.

За 2012-16 гг. в отделении абдоминальной онкологии на лечении находилось 318 пациентов с механической желтухой. Причиной желтухи у 212 больных был рак периампулярной зоны (РПЗ), у 5-ти - опухоль проксимальных отделов желчных протоков, у 101 прогрессирование опухолевых процессов других локализаций.

Декомпрессию билиарного дерева начинали с попытки ЭРПХГ и транспапиллярного стентирования. Успешной операция была у 231-го пациента. В это число входят и повторные стентирования, смены стентов и т.п. 20 больным выполнены хирургические вмешательства наложения различных билиодегистивных анастомозов (все операции выполнены в период, когда не были широко внедрены эндоскопические методики). 56 больным произведено чрескожное чреспеченочное дренирование билиарного дерева, которое выполняли при неудачах транспапиллярного стентирования и пункционных анастомозов. За последний год внедрена методика формирования пункционных билиодегистивных анастомозов под контролем эндосонографии. Показаниями к их выполнению являлись измененные анатомические условия – перенесённая гастрэктомия с реконструкцией по Ру, резекция желудка по Бальфуру и опухолевая непроходимость двенадцатиперстной кишки.

Произведено формирование следующих видов пункционных ЭУС-контролируемых анастомозов:

Вид анастомоза	Всего попыток	Техническая эффективность, абс/ %
Гепатикогастро-	11	4/37
Холедоходуодено-	6	4/67
Гепатикоэнтеро-	3	2/67
Холецистоэнтеро-	1	1/100
Всего	21	11/52

Формирование анастомозов производили под контролем конвексного эхо-эндоскопа. После предварительной ультразвуковой оценки билиарного дерева,

выполняли пункцию протока иглой 19 G, холангиографию, после чего проводили через иглу проводник в просвет протоков. Иглу извлекали, оставляя струну в просвете протоков, после чего бужами возрастающего диаметра формировали канал. Выполняли контрольную холангиографию, после чего в проток на доставочном устройстве проводили стент. Для формирования анастомозов использовали металлический саморасширяющийся стент фирмы Biotech. Особенностью его является то, что дистальная половина его, располагаемая во внутрипечёночном желчном протоке, не имеет покрытия для более надежной фиксации. При этом проксимальная половина, находящаяся вне протока в ткани печени и в стенке и просвете кишки или желудка имеет ПТФЕ-покрытие для исключения желчеистечения. Удаление доставляющего устройства и одновременно раскрытие стента осуществлялось под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем. После самораскрытия стента отмечалось одномоментное обильное поступление желчи с примесью фибрина.

Результаты. В первый год нашей работы транспапиллярное стентирование билиарного дерева удалось выполнить только 15 пациентам, подавляющее большинство (20) были оперированы и 9-ти произведена ЧЧХС. В последующем билиодуоденальное стентирование удавалось более чем 86 %, такой процент связан с различными уровнями и протяжённостью блока, а также полной обтурацией просвета опухолью. В случае невозможности выполнения транспапиллярного стентирования выполнялось наружное дренирование билиарного дерева.

С накоплением опыта, прежде всего в эндосонографии нами начато выполнение пункционных билиодигестивных анастомозов. В 100 % случаях удалось выполнить пункцию соответствующего протока под ЭУС-контролем, однако в 3-х случаях произошла миграция струны, в 7-ми не удалось выполнить адекватное бужирование пункционного канала. По мере накопления опыта доля эффективных вмешательств увеличивается. При этом за последние 2 года нами не выполнено ни одной открытой операции. Только при неудаче транспапиллярного стентирования и наложении пункционных анастомозов производилось ЧЧХС. При этом 15 пациентам в последующем выполнено транспапиллярное стентирование желчных протоков.

Всего доля удавшихся эндоскопических вмешательств составила – 81 %

Таким образом, современные эндоскопические технологии позволяют осуществить декомпрессию билиарного дерева с внутренним желчеотведением практически в любой анатомической ситуации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К. Ю. Рябов, М. Н. Рудакова, М. А. Громова

ГБУЗ ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗ г. Москвы, г. Москва

Рак поджелудочной железы в 80–90 % диагностируется на поздней стадии при развитии осложнений, наиболее тяжелым и трудноразрешимым из которых является болевой синдром. Развитие его наблюдается более чем в 70 % случаев местнораспространенного рака этой локализации.

За 2012–16 гг. в отделении абдоминальной онкологии на лечении находилось 29 пациентов с тяжелым болевым синдромом (7–9 баллов по 10 бальной шкале), причиной которого был местнораспространенный рак поджелудочной железы. 26 пациентов были с раком головки поджелудочной железы, три – с раком хвоста и тела поджелудочной железы. Диагноз у всех был верифицирован ранее. Все больные получали большие дозы ненаркотических анальгетиков, 12 больных – наркотические анальгетики

Всем больным выполнена эндоскопическая блокада чревного сплетения. Нейролизис выполняли под в/в анестезией. Для операции использовали ультразвуковой комплекс Olympus EU-NE1, конвексный эхоэндоскоп UST140. После визуализации из желудка зоны чревного ствола, поэтапно из трёх точек, слева и справа от чревного ствола и над ним, вводилось 45 мл 96 % раствора этанола.

Результат от вмешательства, в виде снижения уровня боли был достигнут у 100 % пациентов. У пациентов с раком тела и хвоста поджелудочной железы эффект был наилучший – снижение с 7–9 до 0–1 баллов. У пациентов с раком головки поджелудочной железы – снижение боли происходило до 2–3 баллов.

У двух пациентов, у которых болевой синдром снизился только до 4–5 баллов и при этом была выявлена выраженная (до 10 мм) вирсунгоэктазия, произведено формирование пункционного панкреатикодигестивного анастомоза (у одной с луковицей двенадцатиперстной кишки и у одного – с желудком). Произвести транспапиллярное стентирование не удалось, так как ранее им было выполнено билиодуоденальное стентирование металлическим саморасширяющимся стентом.

Формирование анастомоза производили под контролем конвексного эхоэндоскопа. После предварительной оценки панкреатического протока, выполняли пункцию протока иглой 19 G, панкреатикографию. После этого по струне-проводнику в просвет панкреатического протока на доставочном устройстве выполняли доставку и позиционирование пластикового стента 8.5 Fr. У этих пациентов болевой синдром был купирован полностью.

Таким образом, в результате выполнения нейролизиса удалось добиться снижения уровня болевого синдрома. При наличии панкреатической гипертензии наилучшие результаты дает сочетание нейролизиса и дренирования панкреатического протока.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЧРЕСКОСТНЫЙ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ

А. В. Салаев, В. А. Моисеенко, А. И. Кислов, А. В. Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Отличительной особенностью современного травматизма является тенденция к увеличению случаев тяжелой политравмы, основной причиной смерти, как правило, оказывается травматический шок. Летальность при этом достигает 40 %. Значительную долю среди таких повреждений занимают переломы трубчатых костей, как основной шокогенный фактор.

Одним из основных мероприятий комплексного лечения травматического шока при политравме является своевременная надёжная фиксация отломков переломов трубчатых костей конечностей. В таких случаях оправдано применение малотравматичного внеочагового чрескостного остеосинтеза.

Целью нашей работы является совершенствование конструкции и методики внеочагового чрескостного остеосинтеза при лечении переломов трубчатых костей и их последствиях.

Для стабилизации переломов длинных трубчатых костей нами запатентованы и применены в клинике ряд конструкций стержневых, спицевых и спице-стержневых аппаратов внеочаговой фиксации. Суть модификаций заключается в расширении функциональных возможностей конструкций за счёт введения новых узлов для управления фрагментами, с сохранением стабильности системы аппарат-кость.

Предложенные устройства использованы при лечении 62-х пациентов, в возрасте от 15 до 86 лет с учётом данных собственного экспериментального исследования стабильности стержневого остеосинтеза.

Разработанная стержневая конструкция аппарата (патент РФ № 140659) показана для применения, в основном, при диафизарных переломах трубчатых костей. В процессе стержневой фиксации отломков, нами предложено и используется устройство для формирования канала в кости и установки в него винта Шанца (патент РФ № 2353322).

При внутрисуставных, околосуставных или множественных переломах трубчатых костей, целесообразно фиксировать два смежных сегмента в один единый комплекс. Для этого разработаны модификации комбинированного аппарата чрескостной фиксации стержневого типа (патенты РФ № 140692, №140688, №2549308, №2555123). В тех случаях, когда технически сложно осуществить стабилизацию перелома с помощью одних только стержней (оскольчатые, внутрисуставные, околосуставные переломы), считаем показанным фиксацию фрагментов с помощью спиц (патенты РФ №143154, №140689, № 140697, № 2549480). Спицы фиксируют в кольцевой опоре или полукольце, которое крепят в предложенном аппарате. При этом кольцевые опоры не обязательно располагать строго перпендикулярно оси конечности как, например, в аппарате Илизарова.

Предложенные конструктивные решения значительно снижают трудоёмкость и уменьшает длительность оперативного вмешательства, связанного с внеочаговой фиксацией переломов трубчатых костей.

Достигнуто сращение переломов, в сроки, приемлемые для консолидации соответствующих сегментов, подтверждённые данными литературы. Лечение методом чрескостного остеосинтеза предлагаемыми аппаратами позволило улучшить функциональные исходы лечения, а также повысить качество жизни пациентов.

Таким образом, разработанные варианты конструкций аппаратов внеочагового чрескостного остеосинтеза и усовершенствованная методика фиксации отломков трубчатых костей, предоставляют возможность стабилизации и динамического управления фрагментами трубчатых костей на всех этапах лечения переломов как при моно – так и при политравме.

Малотравматичность методики сокращает длительность операции, позволяет использовать такой вариант остеосинтеза как противошоковое мероприятие, стабилизирующее сегмент в остром и последующих периодах травматической болезни.

Разработанный ряд стержневых аппаратов, и методика остеосинтеза отломков трубчатых костей, относительно не сложна для реализации, поэтому может быть рекомендована для широко внедрения в отделениях травматологии и хирургии различных уровней ЛПУ.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОМЕД ФОРТЕ» ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ

И. В. Сарвилина

Медицинский центр «Новомедицина», г. Ростов-на-Дону

Псориаз является актуальной проблемой, его распространенность в мире высока и составляет от 1 до 3 %. В России она достигла 217,4 на 100 000 населения. Вызывает псориатические артропатии (ПА) и ухудшает качество жизни человека, поэтому разработка новых молекул для терапии ПА актуально.

Целью работы явилось исследование молекулярных механизмов эффективности препарата «Остеомед форте» (цитрат кальция, гомогенат трутневый с витамином В6, витамин D3; вспомогательные вещества: лактоза, кальция стеарат (ООО «Парафарм», ПИУВ Россия) при ПА.

В исследование включено 60 пациентов с диагнозом «Псориатическая артропатия» в возрасте старше 18 лет согласно клинико-анамнестической характеристике и критериям включения/не включения. 40 пациентов были рандомизированы на 2 группы: I группа (n = 20), получавшая в период обострения ПА мелоксикам 15 мг/сут после еды, 1 месяц; кальципотриол/бетаметазон, наружно, тонким слоем, 1 раз в сутки, 1 месяц; II группа (n = 20), получавшая в период обострения ПА мелоксикам 15 мг/сут после еды, 1 месяц; кальципотриол/бетаметазон, наружно, тонким слоем, 1 раз в сутки, 1 месяц; «Остеомед

форте» по 2 таблетки 2 раза в день во время еды, 1 месяц. Контрольная группа (КГ)-20 пациентов с ПА, не принимавших терапию. Длительность исследования – 6 месяцев; пациенты исследуемых групп ($n = 40$) 5 месяцев продолжали терапию «Остеомед форте» по 2 таблетки 2 раза в день во время еды.

Для оценки эффективности и безопасности режимов лечения ПА применялись анализ амбулаторных карт, истории болезни и жизни пациента, физикальные методы исследования, инструментальные и лабораторные методы исследования – ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников, эхокардиография, рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза, переходного отдела позвоночника, МРТ суставов, общеклинический и биохимический анализы крови и мочи, исследование уровня железа, трансферрина, СРБ, альбумина и глобулиновых факторов, ревматоидного фактора сыворотки крови, липидограммы, АЦЦП, уровней Ат в крови к хламидиям, бактериологическое исследование крови на стерильность, коагулограмма, общеклинический анализ синовиальной жидкости, HLA B27 антиген.

Молекулярное фенотипирование синовиальной жидкости выполнялось на этапах очистки (аффинная хроматография с лектином), разделения на белковые фракции методом SDS-PAGE с идентификацией белков и пептидов методом масс-спектрометрического анализа на основе MALDI-TOF-MS (прибор Autoflex III, Bruker, США). Применяли программное обеспечение для протеомики, масс-спектрометрии (Flex Control, Flex Analysis 2.x с функцией Auto Xecute, ClinProTools 1.0., Biotoools 3.0.) и идентификацию пептидного фингерпринта молекулярных маркеров в интегрированной базе данных Mascot Search (v2.1, Matrix Science, Великобритания). Биоинформационный анализ межмолекулярных взаимодействий белков синовиальной жидкости проведен на основе программы STRING 9.1. Мониторинг безопасности терапии включал оценку неблагоприятных побочных реакций (НПР) и их связи с приемом препарата. Для оценки активности ПА пациентом и врачом применялись показатели PsARC, PASI/BSA, оценка боли и активности заболевания пациентом по Визуальной Аналоговой Шкале, индекс HAQ, 5-балльная шкала Likert, опросник DLQI. Применялся пакет программ "Statistica 12.0".

Выявлены пациенты с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп (дистальная форма, $n = 18$), асимметричным моноолигоартритом ($n = 25$), симметричным полиартритом ($n = 17$). Показана высокая частота наступления эффекта при приеме терапии с включением «Остеомед форте»: отмечено уменьшение уровней ЧБС, ЧВС, уровня боли и активности ПА по ВАШ после 6 месяцев лечения, снижение оценки активности болезни больным – на 37 % и врачом – на 22 % по сравнению с исходными значениями. Отмечено значимое улучшение по 5-балльной шкале Likert во II группе по сравнению с I группой, выраженное уменьшение индекса HAQ к концу 6 месяца у 18 (90 %) пациентов II группы против 8 пациентов (40 %) I группы. К концу лечения «ответчиками» в соответствии с PsARC стали 17 % больных в I группе и 31 % во II группе. Выраженное улучшение индекса PASI, показателей шкалы зуда и DLQI к моменту окончания лечения отмечено во II группе. Значимое уменьшение уровня СРБ отмечено к окончанию лечения в обеих

группах по сравнению с КГ. НПР во время лечения препаратом «Остеомед форте» зарегистрированы не были.

Динамика молекулярных процессов, объясняющих изменения в суставах при ПА: на фоне приема базисной терапии и «Остеомед форте» зарегистрировано уменьшение экспрессии в синовиальной жидкости катепсина G, матриксной металлопротеиназы 1, миелопероксидазы, белка, связывающего галектин-3, СРБ, белка S100A9, стромелизина 1, нейтрофильного альфа-дефензина 1, CD5-подобного белка, альфа-2-гликопротеина 1, содержащего лейцин, и увеличение экспрессии орозомукоида 1, профилина 1, гистона 4, ингибитора лейкоцитарной эластазы, пластина 2, C4b-связывающего белка по сравнению с КГ. Протеомная карта оригинального состава трутневого расплода в составе препарата «Остеомед форте» позволила выполнить биоинформационный анализ межмолекулярных взаимодействий активных молекул белков и молекул белков синовиальной жидкости, что раскрывает механизм действия препарата. Идентифицированные белки синовиальной жидкости пораженного сустава относятся к 4 группам: белки острофазового сигнального ответа, белки гранулоцитарной адгезии и диапедеза, участники продукции окиси азота и СРО в макрофагах, белки межклеточной сигнализации и взаимодействия, клеточного цикла, антигенной презентации на поверхности клеток. Экспрессия альфа-дефензина 1 является хорошим индикатором прогрессирования ПА и эффективности средств его лечения. Дефензин 1 в трутневом расплоде в препарате «Остеомед форте» обладает противомикробным эффектом. Уменьшение высокой экспрессии катепсина G в синовиальной жидкости, наиболее выраженное во II группе, связано со снижением интенсивности ремоделирования соединительной ткани в участках воспаления. Увеличение экспрессии белка орозомукоида 1 в синовиальной жидкости на фоне приема модифицированного режима терапии отражает участие молекулы в иммуносупрессивном эффекте «Остеомед форте» при ПА.

Исследование показало, что препарат «Остеомед форте» обладает отчетливым симптом-модифицирующим действием в отношении суставного синдрома у больных с ПА, подтвержденным положительной динамикой показателей стандартных методов исследования и обусловленным молекулярными звеньями механизма действия препарата «Остеомед форте» на фоне базисной терапии ПА.

Список литературы

1. Галлямова, Ю. А. Псориатическая артропатия / Ю. А. Галлямова // Лечащий врач. – 2008. – №3. – С. 28.
2. Пат. РФ на изобретение № 2497533. Способ и препарат для профилактики и лечения атипичного остеопороза с нормальной или повышенной минерализацией костной ткани с наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей / Струков В. И. и др.
3. Способ диагностики остеопороза и определения эффективности препарата в лечении заболевания / В. И. Струков, Д. Г. Елистратов, М. Н. Максимова и др. // Фармация. – 2013. – № 8. – С. 40.

ВОЗМОЖНОСТИ СИНДРОМНОГО МОНИТОРИНГА В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

А. И. Сафронов, В. Г. Васильков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Актуальность. Изучая проблему использования синдромов в медицине критических состояний, мы видим, что за 50 лет существования реаниматологии как науки синдромный подход к интенсивной терапии и интенсивной диагностике все увереннее превращается в научную дисциплину, изучающую закономерности лечебно-диагностического процесса при выведении больных из критического состояния.

Целью нашего сообщения является приглашение заинтересованных коллег к диалогу по поводу синдромологии критических состояний, формирующегося научного направления и имеющего массу нерешенных проблем, требующих широкого обсуждения и дальнейших глубоких исследований.

Обсуждение. Количество и глубина исследуемых функций у больных с критическими состояниями постоянно расширяются, однако этого никак нельзя сказать о возможностях повышения качества интегральных оценок состояния больного, когда при наличии, казалось бы, максимально полного набора данных мы не уверены, – лучше стало больному или хуже. Для современного мониторинга характерны поиски новых ключевых направлений с использованием программно-аппаратных комплексов, когда при анализе полученных данных значительно возрастет роль не просто параметров, а интегральных характеристик, – синдромов.

В реальных клинических условиях медицины критических состояний действует «стихийно» сложившаяся система – врач отслеживает не отдельные параметры больного, а определенные их совокупности – синдромы. Такой подход к предварительной диагностике среди реаниматологов получил название «интенсивная диагностика».

В отличие от нозологического принципа диагностики, синдромный принцип – распознавание и разграничение болезней, в основу которого положены мыслительные операции только с тем кругом патологических процессов и болезней, которые проявляются единым ведущим синдромом, независимо от их принадлежности к разным нозологическим единицам, или, даже если они поражают разные органы и системы. Главное различие двух указанных принципов заключается в том, что при нозологическом принципе диагностики врач имеет дело с огромным объемом информации, а при синдромном – с единичными элементами информации (Наумов Л. Б. и соавт., 1979).

Теоретическое обоснование методов интенсивной диагностики проблематично, поскольку она осуществляется преимущественно на качественном уровне, т.е. на субъективных оценках и мнениях клинициста. Наличие и выраженность синдрома, как правило, определяются врачом «на глаз» («есть» – «нет»), однако наиболее важная характеристика выявленного ведущего син-

дрома – это динамика его развития: «положительная», «отрицательная», «без динамики».

Синдром – устойчиво наблюдаемая совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом (специфическая комбинация внутренне взаимосвязанных симптомов) (Василенко В. Х. и соавт., 1974). Существует принципиальное отличие понятия «синдром» в общей или частной медицине и в рамках нашей специальности. Смысл этих различий состоит в том, что традиционно синдром принято рассматривать как конкретное сочетание симптомов, характерное для какой-либо нозологической формы заболевания, в то время как в нашей специальности синдром рассматривается как неспецифическое клиническое проявление многих заболеваний независимо от этиологии.

Параметр организма – количественная или качественная характеристика организма, которая связана с работой преимущественно одной физиологической системы или органа, и которая может быть определена тем или иным способом в процессе диагностики или мониторинга. Не каждый параметр может выступать в роли симптома, а только тот, который имеет отклонение от своей нозологической нормы (каждый симптом – это параметр, но не каждый параметр является симптомом).

Любой мониторинг предполагает периодическое измерение одной и той же характеристики. Если говорить о синдромном мониторинге, то каким образом можно измерить синдром? Наиболее значимые характеристики синдрома: конфигурация, степень звучания и динамика развития (Сафронов А. И., 2002). Под конфигурацией синдрома понимается набор входящих в состав синдрома параметров, претендующих на возможность выступить в роли симптомов; под степенью звучания – количество отклоненных от нозологической нормы параметров и степень их отклонения; под динамикой развития синдрома – изменения степени отклонения от нозологической нормы параметров и количество симптомов по сравнению с предыдущим измерением.

В условиях компьютерного мониторинга имеется возможность при помощи методов когнитивной графики отразить на экране монитора подобную многопараметрическую систему. По существу речь идет о некоей мнемонической методике, которая дает возможность показать врачу сразу все три характеристики синдрома визуально. В настоящий момент в клинике нашей кафедры проходит доклиническая апробация программного продукта, созданного на основе вышеописанных принципов, – специального интерфейса для синдромного мониторинга критических состояний,

Заключение. Окончательная систематизация учения о синдромах, по-видимому, дело будущего. Не вызывает, однако, сомнений, что объединение симптомов заболевания в синдромы всегда было и будет очень важным этапом клинического диагностического мышления (Тарасов К. Е. и соавт., 1989).

ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ 170 ЛЕТ

А. И. Сафронов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Первая публичная демонстрация операции под эфирным обезболиванием была проведена 16 октября 1846 г. в Бостоне на медицинском факультете Гарвардского университета. Обезболивание проводил мало кому известный зубной врач Уильям Томас Грин Мортон (1819–1868). Один из присутствовавших на этой демонстрации, доктор Вашингтон Эйри, писал в связи с 50-летним юбилеем этой операции: «Все ужасы операционных страданий отныне навсегда исчезнут. Операционные перестанут внешне походить на средневековые застенки. А хирурги под благодетельным покровом наркоза смогут спокойно оперировать многое из того, чего немыслимо было делать, истязая больных, корчившихся и вырывавшихся от непереносимых болей, с громкими криками и нечеловеческими стонами и воплями, или на утихших страдальцах, почти без пульса, в холодном поту, с застывшими, широкими зрачками».

Однако к октябрю 1846 года миру были известны многочисленные случаи общего обезболивания при хирургических операциях. Первая операция под энтеральным туссенановым наркозом – ампутация молочной железы – была выполнена 13 октября 1805 г., (т.е. за 41 год до первого публичного эфирного наркоза). Японский врач Сейшу Ханаока проводил по своей методике сотни операций при злокачественных и доброкачественных опухолях, врожденных пороках, травмах и т.д.

Основателем гипноза, использованного впоследствии для хирургического обезболивания, является Франц Антон Месмер, пропагандировавший метод лечения болезней, получивший вначале название магнетизм, затем месмеризм и нейрогипноз. Первую операцию – экстирпацию молочной железы – под гипнозом выполнил 12 апреля 1829 г. французский врач Жюль Клоке.

30 марта 1842 г. в Джефферсоне, штат Джорджия, Кроуфорд Лонг провел эфирный наркоз пациенту, которому удалили кисту задней поверхности шеи. Эфир вдыхался через смоченный им кусочек ткани. К. Лонг был опытным врачом по тем временам, но его открытие оставалось неопубликованным на протяжении 7 лет. Однако сохранились документы, подтверждающие этот факт. В частности, сохранена расписка и счет за выполнение операции (2 долл.) и эфирного наркоза (25 долл.!). Хотя Лонг применил эфир намного раньше, чем Мортон, он оставался неизвестным много лет. Позднее в честь его открытия в Соединенных Штатах 30 марта празднуется как День Медика.

Родиной открытия общего обезболивания считаются Соединенные Штаты Америки. Быстрое, буквально за месяцы, распространение общего обезболивания во всем мире свидетельствует о том, насколько все были готовы к этому, и, можно сказать, с каким нетерпением все этого ждали. Идея витала в воздухе, не хватало лишь какого-то внешнего толчка.

В Россию сведения о знаменательном открытии В. Мортонa – наркозе эфиром, равно как и сам медикамент, поступили, по-видимому, из Германии, непосредственно граничившей тогда с Российской империей.

У истоков становления отечественной анестезиологии, конечно, стоял Николай Иванович Пирогов. По его данным от февраля 1847 г. в течение последующего года на территории Российской империи наркоз (не только эфиром, но и хлороформом) был использован 600 раз, в том числе в Петербурге, в Москве, в Киеве, в Харькове, а также в Тифлисе, Варшаве, Дерпте и Пензе.

Из документов нам известно, что первая операция с общим обезболиванием в Пензе проведена 20 августа 1947 г. «при вырезывании камня из мочевого пузыря у 30-летнего мужчины». Егор Богданович Еще в 1837 г. окончил медицинский факультет Дерптского университета, в 1838 г. защитил докторскую диссертацию. Был учеником и другом Н. И. Пирогова. После приезда из-за границы работал в г. Минске. В апреле 1845 г. переведен городовым врачом в г. Саранск, а в сентябре 1846 г. назначается старшим врачом Пензенской губернской больницы.

В последующие годы общее обезболивание продолжили такие корифеи хирургии как Д. С. Щеткин, В. К. Трофимов, Н. Н. Бурденко, Н. М. Савков, А. С. Протопопов. Хирург Григорий Григорьевич Надеждин в поселке Земетчино Моршанского уезда почти при всех своих операциях, начиная с 1885 г., пользовался любезной помощью женщины-врача *Анны Дмитриевны Долговой*, обычно совершавшей самую серьезную часть дела – хлороформирование. Не случайно, став старшим врачом городского госпиталя Гатчины, Григорий Григорьевич вскоре пригласил Долгову работать в этом учреждении. К сожалению, никаких сведений об этом докторе обнаружить не удалось.

Первый эндотрахеальный наркоз в Пензенской областной больнице проведен хирургом Елаевым М.Э. при резекции желудка в 1957 г. С сентября 1958 г. начала работать анестезиолог А.Р. Елаева-Волченкова, проводила наркозы с 10 марта 1959 г. Возглавляя анестезиолого-реанимационную службу Пензенской области на протяжении многих лет, она воспитала целую плеяду практических врачей-анестезиологов.

Первая эпидуральная анестезия в Пензенской области проведена 26 июня 1973 г. у женщины 46 лет, оперированной по поводу полного выпадения матки. Анестезию провел анестезиолог Пензенской областной больницы Маринчев Владимир Николаевич.

В 1978 г. организована кафедра анестезиологии и реаниматологии Пензенского института усовершенствования врачей, которую возглавил ученик академика В. А. Неговского, доктор медицинских наук профессор Валерий Григорьевич Васильков. Все анестезиологи Пензенской области присоединяются к многочисленным поздравлениям Валерию Григорьевичу с его личным юбилеем и 170-летием общего обезболивания.

КИШЕЧНЫЙ АДАПТЕР ДЛЯ ОТРАБОТКИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

А. Г. Семенов, В. Л. Мартынов, А. А. Терюшев

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Известно, что студентам младших курсов трудно даются первичные практические навыки на занятиях по оперативной хирургии. Волнение, дрожание рук, ложная стыдливость иногда делают невыполнимыми первые практические хирургические навыки. Из них порой трудными являются манипуляции на кишечнике. Для более точного сопоставления тканей краев соединяемых петель кишок необходима неподвижность тканей, на которых работает студент младших курсов. Это придает ему спокойствие, уверенность, большую точность в манипуляциях на кишке, что формирует правильную хирургическую технику.

Разработанный нами кишечный адаптер (КА-1) изготовлен на ОАО «Медико-инструментальный завод им. В. И. Ленина» г. Ворсма (патент на полезную модель № 54757 от 27.07.2006 г.) призван уменьшить указанные издержки.

Кишечный адаптер (рис. 1) содержит реечный механизм 1, две пластины 2, перемещающихся по реечному механизму в горизонтальной плоскости относительно друг друга с помощью реечно-винтового привода 6. Дополнительно пластины оснащены цилиндрическими гнездами 3 с винтовыми фиксаторами 4, куда вставляются два съёмных кишечных жома 5. Вставленные в цилиндрические гнезда жомы имеют возможность свободно вращаться вокруг своей оси на 360°. При помощи винтового механизма 7, губки жомов дозированно сводятся.

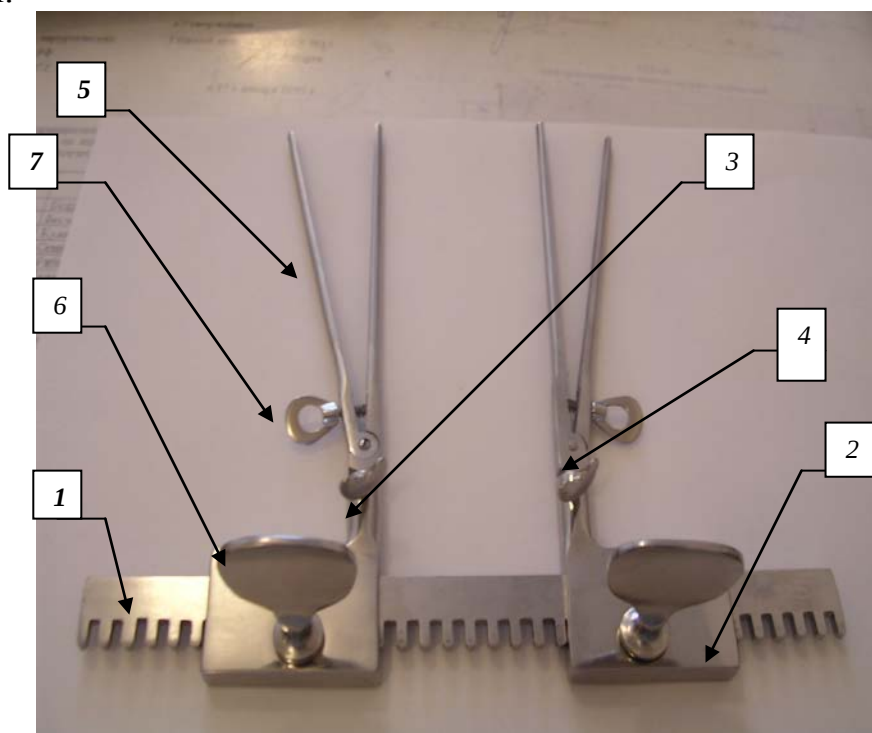


Рис. 1. Общий вид кишечного адаптера (КА-1) в собранном виде

Адаптером работали следующим образом. В рану выводили участок подвздошной кишки на расстояние до 30 см от илеоцекального угла. На участок подвздошной кишки, предназначенной для резекции, на расстоянии около 10 см друг от друга последовательно накладывали съёмные кишечные жомы в направлении от противобрыжеечного края к брыжейке. Причём концы жомов не переходили брыжеечный край.

Затем губки жомов смыкали и дозированно фиксировали стенку кишки при помощи винтового механизма, после чего каждый жом вставляли в цилиндрическое гнездо пластины и фиксировали в необходимом положении. Бранши по реечному механизму разводили в крайнее положение. Производили полное поперечное пересечение подвздошной кишки на расстоянии 5 мм от края наложенного жома (рис. 2).

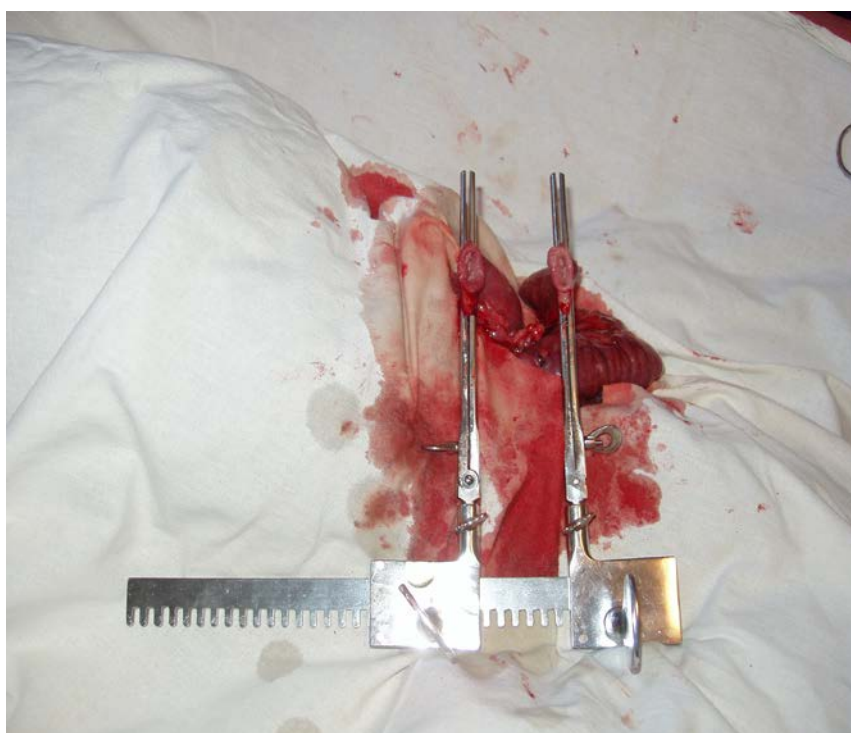


Рис. 2. Общий вид анастомозируемых концов кишки после резекции

Далее жомы сводили до сближения анастомозируемых участков. Вращением жомов добивались точного сопоставления анастомозируемых отрезков.

После адаптации накладывали шов сначала на переднюю, а затем на заднюю губу соустья, причём в ходе наложения кишечного шва вращением жомов вокруг своей оси поддерживали точность сопоставления отрезков кишки.

После формирования анастомоза аппарат удалялся.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЛАСТИКИ КОЖИ МОШОНКИ И ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

К. И. Сергацкий

*ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
Медицинский институт, г. Пенза*

Введение. Лечение острого парапроктита является актуальной проблемой (Гинюк В. А. и соавт., 2011; Никольский В. И. и соавт., 2016; Jeong W. S. et al., 2015; Perera A. P. et al., 2015) так как острый парапроктит остается самой частой патологией в практике неотложной хирургической проктологии и составляет до 20–40 % среди пациентов в структуре проктологических заболеваний (Болквадзе Э. Э., 2009; Абдуллаев М. Ш. и соавт., 2012).

Острый парапроктит анаэробной этиологии относится к числу жизнеугрожающих заболеваний, уровень летальности составляет 15–40 %, а при генерализации процесса достигает 80 % (Егоркин М. А., 2011; Ayan F. et al., 2005; Atik B. et al., 2006).

При обширной анаэробной инфекции мягких тканей у больных острым парапроктитом первостепенной задачей является спасение жизни пациента. После выполнения некрэктомий (порой неоднократных), полной элиминации анаэробной инфекции и стабилизации состояния больного возникает необходимость устранения послеоперационных кожных дефектов (Atik B. et al., 2006).

Вследствие этого становятся актуальными вопросы кожной пластики послеоперационных дефектов.

Цель. Привести клиническое наблюдение удачной аутопластики кожи мошонки и полового члена у больного, перенесшего острый анаэробный парапроктит.

Материалы и методы. Пациент З., 34 года. Обратился в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» 12.10.13 г. с жалобами на наличие рубцов в зоне промежности, отсутствие возможности половой жизни, неудобства при мочеиспускании. Из анамнеза известно, что больной находился на лечении в центральной районной больнице Пензенской области с 10.07.13 по 06.08.13 с диагнозом: Острый анаэробный парапроктит. Гнилостно-некротическая флегмона промежности, мошонки, кожи полового члена. Перенес ряд операций, направленных на борьбу с анаэробной инфекцией. Последнее оперативное вмешательство около 1 месяца назад – выполнено перемещение яичек в подкожную клетчатку внутренней поверхности бедер слева и справа и перемещение полового члена в подкожную клетчатку над лобком (первый этап операции Б.А. Вицина).

Status localis: массивные кожные рубцы в зоне промежности, яички перемещены под кожу внутренних поверхностей бедер, половой член уложен в подкожный тоннель над лобком.

Результаты. Реконструктивная операция выполнена в два этапа.

После предоперационной разметки во время первого этапа операции выполнена пластика мошонки кожными лоскутами на ножке с внутренних поверхностей бедер, на этом же этапе выполнена имплантация силиконового экспандера в правой подвздошной области подкожно с целью формирования кожного лоскута для пластики кожи полового члена на следующем этапе. После снятия швов, больной был выписан на амбулаторное лечение.

11.11.2013 после постепенного увеличения объема кожи в зоне имплантации экспандера, заживления ран вновь сформированной мошонки и предоперационной разметки выполнена пластика кожи полового члена перемещенным кожным лоскутом на ножке с передней брюшной стенки из зоны установленного ранее экспандера. Выписан на 12 суток после последнего этапа реконструктивно-восстановительной операции.

Осмотрен спустя 2,5 месяца после последнего вмешательства. Дата осмотра 27.01.2014. Особых жалоб нет. Эректильная и половая функции восстановлены полностью. Неудобств при мочеиспускании не отмечает.

Позднее в разговоре с больным по телефону стало известно, что в начале 2016 года он стал отцом во второй раз!

Выводы.

1. После агрессивных вмешательств при наличии распространенных послеоперационных дефектов кожи промежности у пациентов, перенесших острый анаэробный парапроктит необходимым является выполнение пластических вмешательств.

2. При полном отсутствии кожи мошонки и полового члена после перенесенного острого анаэробного парапроктита целесообразно выполнение модифицированной операции Б.А. Вицина с установкой подкожного экспандера в подвздошной области для последующей пластики кожи полового члена.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

К. И. Сергацкий, К. В. Баланюк

*ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
Медицинский институт, г. Пенза*

Введение. Острый парапроктит является одним из наиболее частых гнойно-воспалительных заболеваний среди больных колопроктологического профиля (Евтушенко Е. И. и соавт., 2016). Одной из тяжелых форм заболевания является анаэробный парапроктит, промедление с началом лечения которого, делает прогноз для больных крайне неблагоприятным (Шельгин Ю. А. и соавт., 2012). Острый парапроктит анаэробной этиологии относится к числу жизнеугрожающих заболеваний, уровень летальности составляет 15–40 %, а при генерализации процесса достигает 80 % (Егоркин М. А., 2011).

Цель: изучить структуру летальности больных острым парапроктитом среди всех летальных случаев отделения колопроктологии за 2009–2015 гг.

Материалы и методы. Всего за период 2009–2015 гг. в отделении колопроктологии ПОКБ им. Н.Н. Бурденко под наблюдением было 13256 пациентов, прооперировано 11143 больных. Проведен ретроспективный анализ летальных случаев по историям болезни за семилетний период.

Результаты. В табл. 1 представлена информация по структуре летальности больных за анализируемый период.

Таблица 1

Летальность в отделении колопроктологии за 2009–2015 гг.

Нозология	Общая летальность	
	абс	%
Онкопатология толстой кишки	23	40,4
Гнойные заболевания параректальной клетчатки	13	22,8
Воспалительные заболевания толстой кишки	4	7
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	4	7
Острая толстокишечная непроходимость не опухолевого генеза	2	3,5
Мезентериальный тромбоз	2	3,5
Травматические повреждения	1	1,75
Доброкачественные новообразования прямой кишки	1	1,75
Другая гнойно-воспалительная патология толстой кишки	1	1,75
Причины, не связанные с патологией толстой кишки	6	11
ВСЕГО	57	100

За отчетный период умерло 57 (100 %) пациентов.

23 (40,4 %) имели диагноз злокачественного новообразования ободочной или прямой кишки. Летальный исход у данных больных наступал, как правило, на фоне осложнений онкопроцесса.

В 8 наблюдениях опухоль локализовалась в прямой кишке, у 5 больных - в сигмовидной кишке, в двух наблюдениях – в поперечно-ободочной кишке, у 3 пациентов – в ректосигмоидном отделе, у 2 больных – в левом, у 1 – в правом изгибе ободочной кишки, у 1 больного – в слепой кишке, в 1 наблюдении – в восходящей ободочной кишке.

4 (7 %) больных умерли с диагнозом язвенного колита тяжелого течения. 13 (22,8 %) пациентов умерли на фоне интоксикации, полиорганной недостаточности после вскрытия, дренирования флегмоны, некрэктомии при наличии острого гнилостно-некротического парапроктита, флегмоны промежности, передней брюшной стенки, крестца и бедер. У одного из этих пациентов причиной внезапной смерти послужил острый инфаркт миокарда. Еще в двух случаях у больных был выявлен рак прямой кишки с метастазами в печень, осложненный гнилостным парапроктитом.

2 (3,5 %) умерли от острой кишечной непроходимости, не связанной с органической патологией толстой кишки (заворот сигмовидной кишки, синдром Огилви). Еще 4 (7 %) пациента погибли с диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки с перфорацией и разлитым перитонитом.

В 1 (1,75 %) наблюдении пациентка оперирована по поводу гигантской ворсинчатой опухоли прямой кишки, кишечного кровотечения. Из-за тяжести состояния выполнена сигмостомия, тампонада. На следующие сутки возник рецидив кровотечения, который стал фатальным для пациентки.

2 (3,5 %) умерших больных были оперированы по поводу мезентериального тромбоза. 1 (1,75 %) пациент с диагнозом травмы прямой кишки, обширная параректальная гематома погиб после аррозивного рецидивного кровотечения из бассейна внутренних подвздошных артерий.

1 (1,75 %) пациентка умерла с диагнозом наружного толстокишечного свища. В анамнезе нефрэктомия, интраоперационное повреждение ободочной кишки. В послеоперационном периоде осложнение - гнилостная некротическая флегмона левой поясничной области, передней брюшной стенки. По причине декомпенсации сопутствующей патологии умерло 6 (11 %) пациентов.

Заключение. Общая летальность в отделении колопроктологии за 2009-2015 гг. составляет 0,43 %, послеоперационная – 0,51 %. Летальность больных острым парапроктитом составила 22,8 % от всех летальных случаев. Острый парапроктит остается на втором месте среди умерших пациентов отделения колопроктологии.

ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ И КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

М. С. Симончик, В. И. Карага

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

На сегодняшний день ранняя клиническая постановка диагноза врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) при отсутствии проведения в Республике Беларусь неонатального скрининга, предотвращение дополнительных терапевтических и психокоррекционных вмешательств, обусловленных необходимостью перемены паспортного пола и выраженной низкорослостью пациента, предупреждение неадекватного назначения глюкокортикоидных препаратов является сложной задачей в работе эндокринологов и педиатров.

Целью исследования явилось установить клинико-лабораторные особенности манифестации ВДКН и оценить эффективность лечения разных форм ВДКН у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 32 амбулаторных карт пациентов с ВДКН, состоящих на учёте в городском детском эндокринологическом центре на базе УЗ «2-я городская детская клиническая больница» г. Минска в 2015–2016 гг. Оценены сроки манифестации при сольтеряющей (СФ) и вирильной (ВФ) формах заболевания в зависимости от пола ребенка, степень вирилизации у девочек (по Прадеру). Рассмотрены в динамике (при манифестации и через год наблюдения) данные:

- метаболических показателей (калия, натрия, глюкозы, рН, ВЕ, 17-гидроксипрогестерона (17-ОНП), адренокортикотропного гормона);
- суточных доз глюкокортикостероидов (ГКС) и минералокортикоидов (МК);
- антропометрического статуса.

Результаты. Сроки манифестации: мальчики с СФ (18 детей) – $59,41 \pm 4,66$ дней, девочки (11 детей) – $16 \pm 13,15$ дней ($p < 0,05$); мальчик с ВФ – 110 дней, девочки (2 детей) – $285 \pm 233,35$ дней ($p < 0,05$). I ст. вирилизации по Прадеру отмечена у 3 девочек, II ст. – 4 девочек, III ст. – 2 девочек. Исходные метаболические показатели при СФ в сравнении с референтными нормами наборов: гиперкалиемия ($5,6 \pm 0,25$ ммоль/л, $p < 0,01$), гипонатриемия ($130,19 \pm 1,81$ ммоль/л, $p < 0,005$), эугликемия ($4,57 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$), повышение 17ОНП ($358,8 \pm 39,12$ нмоль/л, $p < 0,05$) и АКТГ ($69,6 \pm 7,95$ пг/мл, $p < 0,05$), метаболический ацидоз – рН ($7,31 \pm 0,02$; $p < 0,05$), ВЕ ($-7,96 \pm 0,77$ ммоль/л, $p < 0,05$). При диагностировании ВФ – повышение уровней 17ОНП ($158,83 \pm 15,11$ нмоль/л, $p < 0,05$), АКТГ ($63 \pm 0,79$ пг/мл, $p < 0,05$). Лечение при манифестации было следующим: при СФ – гидрокортизон – $26,09 \pm 2,82$ мг/м², флудрокортизон – $0,46 \pm 0,03$ мг/м²; при ВФ – гидрокортизон $15,35 \pm 3,80$ мг/м² в сутки. Через год терапии у детей с СФ выявлена нормализация показателей К ($4,32 \pm 0,1$ ммоль/л), Na ($138,2 \pm 0,84$ ммоль/л). Сохранялось увеличение уровней 17ОНП относительно диагностических норм: при СФ $34,8 \pm 7$ нмоль/л, ВФ $34,5 \pm 4,08$ нмоль/л, $p < 0,05$. При СФ после года лечения зарегистрировано отклонение показателей роста пациентов в среднем на -1 сигмальное отклонение, однако у 6 детей ($m/d = 4/2$) отмечено снижение скорости роста на 3σ . Пациенты же с ВФ после года лечения имели рост выше среднего. Через год наблюдения установлено достоверное снижение суточной дозы препаратов ГКС и МК у всех пациентов с СФ (гидрокортизон $13,28 \pm 1,14$ мг/м² и флудрокортизон $0,20 \pm 0,02$ мг/м²) и ВФ ВДКН (гидрокортизон $12,68 \pm 3,85$ мг/м²) относительно стартовых значений ($p < 0,05$). В нашей работе достигнутые поддерживающие дозы препаратов при приеме внутрь полностью соответствовали дозам, рекомендуемым международным консенсусом по диагностике и лечению 21-гидроксилазной недостаточности у детей (2002), принятому на объединенном конгрессе Европейского общества педиатров-эндокринологов и Общества педиатров-эндокринологов Лоусона Вилкинса (США).

В ходе исследования нами были выявлены достоверные корреляции между возрастом манифестации СФ заболевания и стартовой дозой МК ($r = -0,37$; $p < 0,001$), дозой ГКС и уровнями 17-ОНП при СФ ВДКН ($r = -0,3$; $p < 0,05$), дозой ГКС и скоростью роста пациентов при СФ и ВФ ($r = -0,3$; $p < 0,01$).

Выводы:

- Установлена поздняя диагностика сольтеряющей и вирильной форм ВДКН вне зависимости от пола, что подтверждается данными клинического и гормонально-метаболического статусов.
- Более позднее выявление ВДКН у мальчиков связано с отсутствием у них при рождении специфических симптомов заболевания (соответствие наружных половых органов генетическому мужскому полу).

– При манифестации заболевания пациентам вне зависимости от формы ВДКН назначались супрафизиологические дозы глюкокортикоидов, что было обусловлено тяжестью клинической картины. При коррекции лечения в динамике установлено достоверное уменьшение дозы гидрокортизона до рекомендуемых значений.

– Отмечено, что адекватно подобранные дозы глюкокортикостероидов и минералокортикоидов обеспечивают нормальные темпы роста пациентов с ВДКН.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКО-ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Р. С. Синюта¹, И. У. Меркулова¹, О. П. Виноградова²

¹ООО «Здоровье», г. Пенза

²ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Хронический эндометрит (ХЭ) – это клинико-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия воспалительного генеза, приводящих к нарушению нормальной циклической трансформации и рецептивности ткани.

В структуре гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста частота ХЭ по данным разных авторов составляет от 3 до 73 %. Такой разброс данных обусловлен, прежде всего, трудностями верификации диагноза, различиями в исходном анализируемом материале и контингенте пациенток, а также значительной вариабельностью числа наблюдений.

У женщин с бесплодием ХЭ встречается в 12–68 % случаев, достигая своего максимума при наличии трубно-перитонеального фактора бесплодия. У женщин с неудачными попытками применения вспомогательных репродуктивных технологий частота хронического эндометрита возрастает до 60 % и более. Наибольшие показатели распространенности отмечены у пациенток с привычным невынашиванием беременности и составляют более 70 %.

ХЭ представляет собой значительную проблему современной гинекологии и, несмотря на большое число вариантов предлагаемого лечения, в настоящее время не существует «универсального» метода терапии.

Целью настоящего исследования является разработка персонифицированного способа коррекции нарушений репродуктивной функции при хроническом эндометрите, позволяющего существенно сократить сроки лечения и реабилитации.

Содержание. На протяжении двух менструальных циклов комплексное фармако-физиотерапевтическое лечение получили 30 пациенток в возрасте 25–43 лет с верифицированным (гистологическим) диагнозом хронический эндометрит, которые составили 2 клинические группы: женщины с бесплодием (20 человек) и невынашиванием беременности в анамнезе (10 человек).

Женщины, получившие лечение, имели регулярный двухфазный менструальный цикл, отрицательные результаты исследования на ИППП методом ПЦР, не имели соматической патологии и существенных отклонений в общеклинических лабораторных анализах.

Комплексный метод лечения подразумевает под собой использование этиопатогенетической фармакотерапии с назначением циклической гормональной терапии, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и антикоагулянтов, и физиотерапевтического воздействия на область живота по контактной методике в течение 10 минут ежедневно на курс 10-12 процедур начиная с 5 по 7 день менструального цикла.

Одним из основных критериев эффективности комплексного фармако-физиотерапевтического лечения хронического эндометрита у женщин репродуктивного возраста следует считать возможность получить желаемую беременность и родить здорового ребенка. Преимущества предлагаемого подхода к лечению заключаются не только в получении желаемого результата, но и в значительных сокращениях сроков лечения.

Результаты. После проведенного курса сочетанного фармако-физиотерапевтического лечения в сроки от 2 до 7 месяцев у 13 женщин первой группы (65 %) наступила беременность, а у 9 женщин из второй группы (90 %), беременность закончилась срочными родами.

Заключение. Таким образом, предложенный комплексный лечебный метод фармако-физиотерапевтической коррекции при бесплодии и невынашивании беременности сокращает сроки лечения и может быть рассмотрен как альтернатива в арсенале коррекционных способов этиопатогенетической терапии хронического эндометрита.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 1995–2015 гг.

Н. В. Сопина, Г. А. Саксонова, Д. А. Иванов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Современна демографическая ситуация в регионе и стране, в целом, обусловлена рядом факторов: экономических, социальных, медицинских и др. Используя данные Росстата, Евростата, можно представить следующую демографическую ситуацию по численности населения в регионе, стране, объединённой Европе (28 стран) (табл. 1).

Тенденция к снижению численности населения (данные Росстата), характерна как для региона, так и для всей страны, в целом. При этом, наблюдается рост численности населения страны, начиная с 2012 г. и прослеживается до настоящего времени (2016 г.). В объединённой Европе (28 стран), за исключением ряда стран, (Испания, Украина, Польша, Румыния, Португалия, Венгрия, Болгария, Сербия, Хорватия, Босния и Герцеговина, Молдавия, Литва, Албания,

Латвия, Андорра) прослеживается общая тенденция к росту населения (данные Евростата).

Таблица 1

Годы	1995	2000	2005	2010	2016
Пензенская область	1 553 563	1 500 196	1 422 736	1 386 186	1 348 700
РФ	148 291 638	146 890 128	143 474 219	142 856 536	146 544 710
Объединённая Европа	—	—	492 555 798	503 170 618	506 824 500

На демографические показатели, изучающих воспроизводство населения, влияют, в основном, два основных показателя: рождаемость и смертность (табл. 2).

Таблица 2

Коэффициент рождаемости по региону и стране (на 1000 населения)

Годы	1995	2000	2005	2010	2016
Пензенская область	7,7	7,3	8,4	10,2	10,9
РФ	9,3	8,7	10,2	12,5	13,3

Как видно из таблицы, рождаемость населения, начиная с 2005 г., имеет тенденцию к росту (табл. 3).

Таблица 3

Коэффициент смертности по региону и стране (на 1000 населения)

Годы	1995	2000	2005	2010	2015
Пензенская область	15,0	16,6	18,2	15,9	14,8
РФ	15,0	15,4	16,1	14,2	13,1

Не смотря на многофакторность причин, влияющих на демографические показатели, необходимо отметить положительное влияние ФЦП (федеральных целевых программ) в сфере здравоохранения. Основные ФЦП: Нацпроект «Здоровье», «Модернизация здравоохранения, «Развитие здравоохранения до 2020 года». Общее направление ФЦП: увеличение финансирования здравоохранения, оснащение аппаратурой, внедрение новых технологий оказания МП, модернизация работы первичного звена и СМП (скорой медицинской помощи), реструктуризация коечного фонда, с выделением паллиативных и реабилитационных коек и др.

Уже начиная с 2005 г., прослеживается динамика снижения смертности населения, как в стране, так и в регионе.

Демографическая ситуация 90-х гг. характеризовалась значительным снижением численности населения, за счёт противоестественной убыли. Начиная, с 2005 г. постепенно снижается коэффициент убыли населения. С 2014 г., впервые за многие годы, года начался процесс естественной прибыли населения в РФ (табл. 4).

Динамика народонаселения в стране и регионе (на 1000 населения)

Годы	1995	2000	2005	2010	2015
РФ	–5,7	–6,7	–5,9	–0,9	+0,2
Пензенская область	–6,8	–9,3	–9,8	–5,7	–3,7

Ситуация с Европейскими странами носит неоднозначный характер. Но в целом, рождаемость, по данным Евростата, выше смертности. Естественный прирост в 2013 г. составил – 81 800, в 2014 г. – 1 709 500.

Наиболее оптимальные показатели прослеживаются в Великобритании и Франции. Так, Во Франции в 2014 г. умерло 569 400 человек, число родившихся составило 812 300 человек, естественный прирост составил 243 000 человек. В Великобритании, по данным Евростата за 2014 г., число родившихся составило 778 400 человек, в то время как общее число умерших – 574 900 человек. Естественный прирост – 203 400 человек

Одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни населения (ОПЖ) – это число лет, которое, в среднем, предстояло бы прожить одному человеку, родившемуся при условии, если уровень смертности в каждом возрасте остаётся таким же, как в год его рождения. Повышение ОПЖ (с 68 до 70,1 года) отмечается в период с 1985 по 1987 гг.. Катастрофическое снижение ОПЖ прослеживается с 1991 по 1994 гг. (с 68,9 до 63 г.). В настоящее время, оценивая ОПЖ, по данным Федеральной службы Государственной статистики, можно сделать вывод, что наблюдается стойкое увеличение данного показателя, начиная с 2000 г. Это характерно, как и для Пензенской области, так и для Российской Федерации в целом. Так, если в 2003 г. ОПЖ при рождении составляла 65,4 года по области, то уже к 2010 г. – 69,3 года. По данным за 2013 г., данный показатель также выше по сравнению с предыдущим периодом и составляет 71,5 год. В РФ по данным за 2013 г., ОПЖ, при рождении составляет 70,3 лет.

Заключение:

- Можно проследить определённую взаимосвязь между различными факторами, влияющими на демографию (экономический, социальный, медицинский и основными демографическими показателями: рождаемость и смертность населения.

- Период, после противоестественной убыли населения, удаётся стабилизировать только через десятилетия.

- Любой кризис, в том числе и экономический, может спровоцировать ситуацию, влияющую на снижение благосостояния населения (питание, медикаменты, жильё, работа, ресурсы здравоохранения и др.).

- В сфере здравоохранения, в условиях возможного снижения финансирования, необходимо, повысить ответственность за рациональное расходование средств, с целью сохранения качества и доступности МП

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Н. В. Сопина, Н. Н. Бекренева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Одной из целей реформирования здравоохранения на современном этапе, является адаптация к рыночным условиям. Термин «маркетинг» (в переводе с английского – «рынок») означает разноплановую предпринимательскую деятельность в сфере рынка и сбыта. Здравоохранение входит в рыночные отношения через формирование рынка медицинских услуг. Наука и искусство работы в условиях рыночной экономики концентрируются в понятии «маркетинг», что предполагает наличие конкуренции, повышение качества медицинской помощи (основные принципы экспертизы качества медицинских услуг – служба внутреннего контроля – аудита), рост эффективности здравоохранения, определение спроса на медицинскую помощь, выбор медицинской организации и врача, выход на международный рынок и др.

Маркетинг в здравоохранении – система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении достижения баланса между спросом и предложением на медицинские услуги и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем.

Медицинский маркетинг – это деятельность, направленная на получение информации о потребностях населения в различных видах медико-социальной помощи, обеспечивающих сохранение здоровья. Включает комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством медицинских услуг, ценовую политику в области лечебно-диагностического процесса и профилактические мероприятия, продвижение услуг и товаров медицинского назначения к потребителям, а также управление процессом их реализации (американская медицинская ассоциация). Повышению заинтересованности трудовых коллективов в улучшении обслуживания населения может способствовать сектор платных услуг. Рано или поздно каждая медицинская услуга вытесняется другой более сложной и совершенной, или, вследствие конкуренции, вообще теряет смысл. По мере усиления конкуренции появляются все новые и новые виды услуг, которые «выживают» устаревшие методы лечения, диагностики. Поэтому на современном этапе всем медработникам надо постоянно самосовершенствоваться, руководителям МО внедрять новые методы диагностики и лечения. Кроме того, важную роль играют знания, касающиеся каналов движения медицинских услуг и их ценообразования, что возможно при реализации маркетинговых подходов. Основные предпосылки возникновения медицинского маркетинга: изменение методов финансирования МО, появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых компаний, самих покупателей медицинских услуг; развитие коммерческих медицинских организаций; увеличение затрат МО на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств; повышение требований к качеству ме-

дицинских услуг в условиях роста объема платных услуг и становления принципиально новой системы контроля качества. Цены на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования определяются тарифом. При оказании платных медицинских услуг, более высокая цена часто создаёт уверенность у пациента о более высоком качестве медицинской услуги, что не всегда соответствует действительности. В настоящее время, основным принципом формирования цен – является затратный принцип (рабочей силы, медикаментов, материалов, оборудования и пр.). Сформированная таким образом цена состоит из двух слагаемых: себестоимости и прибыли. Ценовая стратегия предусматривает использование на рынке различных видов цен, связанных со спросом и реализацией медицинских услуг. Спрос – явление динамичное, он может изменять свое состояние от ажиотажа (пластические операции, стоматологические услуги и т.п.) до полного отрицания необходимости каких-либо услуг. В зависимости от этого существуют различные виды спроса (табл. 1).

Таблица 1

Характер спроса	При снижении цены	При повышении цены
Эластичный	Значительно увеличивается потребность в медицинских услугах: спрос растет быстрее, чем снижается цена. Прибыль растет	Значительно уменьшается потребность в медицинских услугах: спрос снижается более быстрыми темпами, чем растет цена. Прибыль падает
Неэластичный	Темпы роста спроса меньше темпов снижения цены. Прибыль падает.	Темпы снижения спроса меньше темпов роста цены. Прибыль растет
С единичной эластичностью	Спрос растет теми же темпами, как и падает цена. Прибыль растет.	Спрос снижается теми же темпами, как и растет цена. Прибыль не меняется.

Заключение.

- Медицинский маркетинг – это процесс, посредством которого расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги.
- Среди медицинских организаций возникает серьёзная конкуренция, которая косвенно влияет на качество медицинской услуги.
- По мере возрастания конкуренции появляются новые виды услуг, которые вытесняют устаревшие методы лечения и диагностики.
- Медицинский маркетинг, при постоянном самосовершенствовании позволяет внедрять новые, прогрессивные формы работы с медицинским персоналом и населением.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н. В. Сопина¹, В. А. Стрючков², Г. П. Рожкова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Минздрав Пензенской области, г. Пенза

Неинфекционные заболевания (НИЗ), не передаются от человека человеку, имеют длительную продолжительность, медленно прогрессируют. Являются причиной 63 % случаев смерти в мире, в странах с низким уровнем дохода – в 80 %. Основные типы: сердечно-сосудистые болезни, онкологические заболевания, хронические респираторные болезни, (ХОБЛ, БА), сахарный диабет. Продолжительность жизни больных с НИЗ, снижение смертности, во многом зависит от форм организации профилактических мероприятий, которые, в основном, направлены на снижение факторов риска, влияющих на здоровье человека (образ жизни: злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, высокое АД, высокий уровень холестерина, неправильное питание и малоподвижный образ жизни, ожирение, сахарный диабет).

Основным законодательным актом на современном этапе является Приказ МЗ РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». В приказе выделены основные пути профилактики НИЗ: 1) разработка и реализация программ формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ; снижения распространенности основных факторов риска их развития, а также профилактики потребления наркотических средств и психотропных веществ; 2) осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению НИЗ, факторов риска их развития; мероприятий по коррекции выявленных факторов риска развития НИЗ; диспансерного наблюдения за гражданами, имеющими ХНЗЛ или высокий риск их развития. Выделены основные мероприятия: формирование ЗОЖ, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий возникновения и развития НИЗ, оказание медицинской помощи по коррекции основных факторов риска НИЗ, снижению заболеваемости, осложнений, инвалидизации. Реализация мероприятий требует: проведение диспансеризации и профилактических осмотров (выявление факторов риска и НИЗ на доклиническом этапе, ранней стадии), диспансерное наблюдение за больными с НИЗ (приверженность медикаментозному и немедикаментозному лечению, профилактика осложнений и инвалидизации). В соответствии с требованиями законодательных актов, в Пензенском регионе, в 2015 г. диспансеризацию прошли более 250 тыс. жителей. Выявлены основные факторы развития НИЗ: нерациональное питание – 31 %, низкая физическая активность – 26 %, избыточная масса тела – у 19 %, повышенный уровень АД – 18 %, курение – 16 %. Проведена оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, которая составила 10 % среди осматриваемых. Этот показа-

тель является высоким или очень высоким и не исключает летальный исход в ближайшие 10 лет. Для предупреждения неблагоприятного исхода, важнейшим фактором являются профилактические мероприятия. Кроме того, было впервые выявлено 17 случаев туберкулеза, более 600 злокачественных новообразований, более 1050 случаев сахарного диабета, более 26 000 болезней системы кровообращения и многие другие заболевания общим количеством около 70 000. В 2016 г. в регионе стартовал новый проект, направленный на индивидуальный учёт и привлечение граждан к прохождению диспансеризации, с вручением именных приглашений (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей смертности в регионе за 2015 г.

Нозология	Экстенсив. коэф.	Интенсивн. коэф	Динамика
Болезни системы кровообращения	58 %	876,9	–1,3 %
Новообразования	14,4 %	219,9	+3,6 %
Внешние причины	8,6 %	115,2	–6,8 %
Болезни органов пищеварения	5,6	83,6	+12,3 %
Болезни органов дыхания	4,3 %	64,4	+2,7 %
Туберкулёз		4,2	–20,8 %

В области открыто 35 кабинетов помощи по отказу от курения, в которых в 2015 г. обучение прошли 8772 человека, из них 1625 (18,5 %) приняли решение об отказе от курения. За год число курильщиков уменьшилось на 0,2 %, с 16,9 % до 16,7 %. За период с 2009 г. по 2015 г. отмечено снижение на 16,3 % среднедушевого потребления алкогольной продукции с 9,5 литров до 7,9 л.

В регионе постоянно реализуется программа ЗОЖ. Функционирует Областной центр медицинской профилактики, 6 Центров здоровья (4 для взрослого и 2 для детского населения), 2 мобильных Центра здоровья, кабинеты врачей-диетологов, кабинеты помощи при отказе от курения, школы здоровья в поликлинических и стационарных подразделениях. Кроме того, открыто 37 кабинетов и 7 отделений медицинской профилактики в поликлиниках, что позволяет полностью сформировать инфраструктуру для организации и проведения диспансеризации населения, в том числе молодежи. На их базах работают 279 Школ здоровья по профилактике НИЗ, в том числе по профилактике табакокурения – 43, по профилактике алкоголизма – 20, по профилактике наркомании – 18, по профилактике ССЗ – 31, по профилактике ожирения – 21, по рациональному питанию – 41, по профилактике низкой физической активности 20, по другим тематикам – 85. Охват населения профилактическими мероприятиями в поликлинических подразделениях медицинских организаций по итогам декабря 2015 г. составляет 97 961 человек.

Выводы:

1. Основным фактором, влияющим на здоровье населения, является нездоровый образ жизни
2. Организация диспансеризации населения и профилактических осмотров способствует своевременному выявлению основных факторов риска развития заболеваний и выявлению заболеваний на ранней и доклинической стадии, что на начальной стадии способствует росту регистрации заболеваний
3. Организация медицинской коррекции факторов риска, приверженности ЗОЖ, способствует снижению показателей злоупотребления табака и алкоголя, а так же снижению смертности от ведущих причин
4. В перспективе необходимо продолжать развивать основные направления организации профилактических мероприятий, в том числе информированность населения по имеющимся заболеваниям, поведенческим стратегиям с сфере здоровья, доступности медицинской помощи

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ КОРРУПЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Н. В. Сопина, Д. Е. Феоктистов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

Коррупция – сложное социальное и правовое явление, связанное со всеми общественными процессами, которое имеет в каждом государстве свои социально-политические, демографические, национально-психологические и этнические особенности. Как для всякого сложного социального явления, для коррупции не существует единого общепризнанного определения. Коррупция рассматривается как социальное явление, порожденное противоречиями общества, государства и его властных структур. В этом плане под коррупцией понимается не только, и не столько определенное преступное поведение чиновника или должностного лица, сколько определенное социальное зло, неизбежно присущее данной социальной системе и данному государству.

Основной законодательный акт в системе мер противодействия коррупции является Федеральный закон от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» (далее – Федеральный закон № 273)¹.

Согласно ст. 1 данного закона коррупция рассматривается как, злоупотребление служебным положением, дача, получение взятки, злоупотребление полномочиями, коммерческий подкуп либо иное незаконное использование физическим лицом своего должностного положения вопреки законным интересам общества и государства, в целях получения выгоды в виде денег, ценностей, иного имущества или услуг имущественного характера, иных имущественных прав для себя или для третьих лиц либо незаконное предоставление такой выгоды указанному лицу другими физическими лицами, а также совершение указанных деяний от имени или в интересах юридического лица.

В сфере здравоохранения возможны различные формы проявления коррупции, в том числе:

1. Растрата и хищение средств, выделенных на здравоохранение, или доходов, полученных за счет платежей со стороны потребителей.

Эти явления могут происходить как на государственном уровне и уровне органов местного самоуправления, так и непосредственно в медицинских организациях и учреждениях, получающих такие средства. Лекарственные препараты, расходные материалы, оборудование медицинского назначения, а также другие ресурсы и могут расхищаться для личного пользования, использования в частной практике или в целях дальнейшей перепродажи.

2. Коррупция в сфере государственных закупок. Вовлеченность в различные сговоры, взяточничество и получение «откатов» в сфере государственных закупок приводит к переплатам за получаемые товары и услуги или к невозможности обеспечения качества, обусловленного контрактами для таких товаров и услуг. Кроме того, расходы больниц могут включать значительные затраты на капитальное строительство и приобретение дорогостоящего оборудования.

3. Развитие собственного бизнеса: за счет создания финансовых стимулов или выплаты «откатов» врачам за направление пациентов в ту или иную организацию; неправомерное направление врачами пациентов государственных медицинских учреждений на обслуживание в собственные частные структуры; проведение неоправданного медицинского вмешательства в целях увеличения собственных доходов.

Одной из мер по противодействию коррупции в соответствии со ст. 8 Федерального закона № 273, является представление сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера. Так, сведения о своих доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруги (супруга) и несовершеннолетних детей (далее – Сведения) обязаны представлять работодателю граждане, претендующие на замещение должностей руководителей государственных (муниципальных) учреждений (в том числе учреждений здравоохранения), а также лица, замещающие указанные должности. Соответствующие Сведения подлежат размещению в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, на официальных сайтах федеральных государственных органов, государственных органов субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, уполномоченных организаций и учреждений и предоставляются для опубликования средствам массовой информации. Это проверка достоверности и полноты Сведений, предоставляемых гражданами, претендующими на замещение должностей руководителей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, и лицами, замещающими данные должности, которые проводятся органами прокуратуры в рамках осуществления надзора, а также по решению учредителя учреждения здравоохранения или лица, которому такие полномочия предоставлены.

Федеральным законом № 273 предусмотрены меры ответственности за невыполнение указанных выше обязанностей. Непредставление гражданином при поступлении на должность руководителя государственного (муниципального) учреждения здравоохранения Сведений либо представление заведомо недостоверных или неполных Сведений является основанием для отказа в приеме указанного гражданина на должность руководителя государственного (муниципального) учреждения здравоохранения. В свою очередь, невыполнение руководителем государственного (муниципального) учреждения здравоохранения указанной выше обязанности может повлечь освобождение его от замещаемой должности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСОКАРОЗА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

С. В. Станина

ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза

На современном этапе паразитарные заболевания признаны общегосударственной проблемой. Цифры заболеваемости гельминтозами сопоставимы с показателями заболеваемости ОРВИ и гриппом вместе взятыми.

Токсокароз является серьезным заболеванием, о котором врачи знают немного. Это широко распространенная глистная инвазия, характеризующаяся тяжелым, рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленным миграцией личинок токсокар в различные органы и ткани – почки, мышцы, щитовидную железу, головной мозг и др. В тканях личинки инцистируются или окружаются воспалительными инфильтратами, образуя паразитарные гранулемы. В таком виде они сохраняют жизнеспособность многие годы и под влиянием различных факторов возобновляют миграцию, вызывая рецидивы заболевания. Поэтому с токсокарозом могут встретиться врачи самых разных специальностей – педиатры, окулисты, гематологи, невропатологи, гастроэнтерологи и др.

Источником токсокароза часто являются зараженные собаки, особенно щенки. Средняя пораженность кишечным токсокарозом собак, по разным данным, составляет свыше 15 %, в некоторых регионах достигает 93 %. Они выделяют ежедневно миллионы яиц, которые в почве проходят несколько стадий развития, становясь инвазионными. Чаще всего в связи с недостатком гигиенических навыков инфицируются дети 1, 5–6 лет, особенно страдающие геофагией, во время игры в песке или при непосредственном контакте с собакой. В России токсокарозом заражено около 0,5 млн человек.

Диагноз токсокароза подтверждали обнаружением титра специфических антител методом ИФА, на примере из практики.

Лиза Н., 5 лет, поступила в ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова г. Пензы с жалобами на фебрильную температуру, длительный кашель с периодическими приступами удушья, выраженное затруднение носового дыхания, повышенный

аппетит в течении 10 мес. Из анамнеза известно, что девочку удочерили в возрасте 3 лет. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки по плану. Отмечались частые ОРЗ, ларинготрахеиты, бронхиты с обструктивным синдромом. Неоднократно находилась на стационарном лечении, проводилась антибактериальная, противовирусная, иммуностимулирующая, симптоматическая терапия. Обращало внимание на догоспитальном этапе – ускоренное СОЭ в ОАК до 30–47 мм/ч. в течение предыдущих 2 лет. Наблюдалась у аллерголога, гематолога, гастроэнтеролога.

В ходе обследования в условиях стационара у девочки выявлено: гнойный гайморит, хронический тонзиллит, аллергический ринит, вульвовагинит, ожирение 2 ст, ДЖВП по гипотоническому типу. УЗИ органов брюшной полости – реактивные изменения поджелудочной железы, гепатоспленомегалия без структурных изменений. Рентгенография грудной клетки без патологии. В ОАК – ускоренное СОЭ до 55 мм/час, относительный эозинофилез до 18 %, биохимический анализ крови без патологии.

На основании жалоб, полиморфизма клинической симптоматики, лабораторных и инструментальных данных, отсутствия улучшения в динамике от проводимой антибактериальной и симптоматической терапии (сохранялась субфебрильная температура, ускоренная СОЭ до 42 мм/ч, кашель) было проведено исследование на оппортунистические инфекции (ИФА крови с определением антител к антигенам токсокар – 1:1600; уровень общего Ig E- 320 ед). Сделано заключение о висцеральной форме токсокароза (синдром «висцеральной larva migrans»). Для дальнейшего лечения ребенок был направлен к инфекционисту, так как выявленная токсокарозная инвазия требует обязательной специфической терапии, что обеспечивает профилактику хронизации патологического процесса.

Описанный случай заболевания у девочки свидетельствует о полиморфизме и малоспецифичности клинической симптоматики токсокароза, что приводит к серьезным трудностям в его диагностике.

Таким образом, всем детям с эозинофилией и ускоренной СОЭ, частыми ОРЗ и заболеваниями дыхательных путей торпидными к лечению, аллергическими заболеваниями, длительным субфебрилитетом неясной этиологии, поражениями желудочно-кишечного тракта необходимо проводить серологическое обследование на токсокароз.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА

**В. И. Струков¹, А. И. Кислов¹, Д. Г. Елистратов²,
О. В. Струкова-Джонс³**

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»
Минздрава России (ректор – д.м.н., проф. Кислов А. И.), г. Пенза

²ООО «Парафарм», г. Пенза,

³Медицинский Центр Менсфилда Fort Worth, TX, USA

Костная ткань является динамической системой, в которой на протяжении всей жизни человека происходят противоположные, но взаимосвязанные процессы деградации и созидания, объединяемые термином «ремоделирование». Сопряженность костного ремоделирования обеспечивает замещение устаревшей костной ткани, поддержание прочности, заживление микропереломов, адаптацию к нагрузкам, регуляцию гомеостаза кальция. Нарушение процессов ремоделирования является главной причиной остеопороза. По ВОЗ золотым стандартом в диагностике остеопороза является рентгеновская абсорбциометрия с определением минеральной плотности кости (МПК) от – 2,5 СО и менее. Однако только по МПК не всегда можно правильно поставить диагноз и оценить эффективность остеопротектора в лечении. Поэтому, для более точной диагностики ОП нами предложена TBS шкала для костей предплечья (патенты № 2013660284, № 2497533) для остеометров DTX-100 или DTX-200, что доступнее и дешевле, чем TBS для тел позвонков.

Цели работы – разработка более точных критериев диагностики остеопороза, критериев эффективности остеопротекторов; разработка и внедрение в практическое здравоохранение отечественного, импортозамещающего препарата в лечении ОП у женщин.

Объект и методы исследования: обследовано 97 женщин в возрасте 49–87 лет с андрогенным дефицитом; с МПК менее – 2,5 СО и наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей. Исследование проводилось рентгенабсорбционным методом на аппарате «Остеометр DTX-100», позволяющим одновременно определять не только МПК, но и морфометрические показатели (полости, отложение солей в мягких тканях). Обследование включало объективный осмотр, общеклиническое, лабораторное, определение гормонального статуса (тестостерона) иммунохемилюминесцентным методом.

Тяжесть остеопороза оценивали по классификации ВОЗ плюс по разработанной нами компьютерной программе (TBS – шкалы). На языке программирования Delphi проводился численный анализ изображений, вычисление площади интересующих цветовых зон или полостей, анализ их динамики путем подсчета количества соответствующих пикселей, площади зон поражения до и после проведенного лечения (главный критерий).

Пациентки были распределены в две сравнимые группы по возрасту и тяжести заболевания. В 1-й группе (52 женщин) получали отечественный

остеопротектор – «Остеомед форте», полученный нами и запатентованный на основе трутневого расплода перорально (в 1 таблетке цитрат Са 500 мг, трутневый расплод 100 мг, витамин D₃ 500 МЕ) по 1 таблетке утром и на ночь, трехмесячными курсами 3 раза в год с месячными перерывами.

Во 2-й группе сравнения (45 женщин) получали аналогичный препарат, но без трутневого расплода, содержащий витамин D₃ 500 МЕ в 1 таблетке, Са 0,5 г 2 раза в день такими же курсами, как и в 1-й группе.

Статистический анализ полученных данных выполнялся с помощью пакета программ StatSoft для Windows XP. Количественные признаки описывались средними и среднеквадратическими отклонениями ($M \pm m$). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Через 10 месяцев после завершения лечения в 1-й группе женщин, получавших отечественный препарат, отмечен положительный клинический эффект: у 27 (54±8 %) уменьшились размеры полостей; у 25 (48±7 %) закрытие полостей. Во 2-й группе без трутневого расплода закрытие и уменьшение полостей были только у 17 (38±8 %) женщин, при сравнении результатов с 1-й группой $p < 0,05$. Большая эффективность в лечении остеопороза можно объяснить содержанием в этом препарате гормонов трутней – субстрат для синтеза в организме пациенток собственных гормонов. В пользу этого свидетельствует анализ гормональных показателей, при котором выявлено, что концентрация общего тестостерона у женщин обследованных групп до лечения составляла: в 1-й группе – 1,1±0,4 нмоль/л; во 2-й – 1,2±0,5 нмоль/л ($p > 0,05$). После лечения через 10 мес в первой группе отмечалось повышение концентрации общего тестостерона в сыворотке крови с 1,2±0,4 до 2,3±0,6 нмоль/л ($p < 0,05$). Во 2-й группе положительных сдвигов в содержании тестостерона не отмечалось.

При анализе материала выявлено, что при определении как тяжести остеопороза, его динамики и оценки эффективности препаратов в его лечении важно учитывать качественный критерий по морфологии остеопорозных проявлений, а именно: определении полостных образований в трабекулярных и кортикальных отделах костей. Без учета морфометрических проявлений остеопороза определение тяжести заболевания и эффективности того или иного препарата делать затруднительно или невозможно. Например, пациентке Е. был назначен препарат «Кальций Дз». Результаты терапии через 12 месяцев: минерализация увеличилась с –3,3 до –2,4 СО (с остеопороза до остеопении III степени), а полостные образования увеличились. Поэтому если делать оценку эффективности лечения по МПК, то результат терапии можно оценить как положительный и, следовательно, об эффективности этого препарата, возможности снижения его дозы, сокращения длительности курсов лечения и т.д. Если же проводить оценку динамики заболевания и эффективности препарата «Кальций Дз» в лечении остеопороза на аппарате, DTX 100, (или DTX 200 но с программой TBS шкалы, который в этих случаях «видит» полости и одновременно определяет минеральную плотность костей), то заключение при таких показаниях остеометра, но при увеличении размеров полостных образований, будет совершенно другим –

препарат не эффективен, нарастание тяжести остеопороза, на фоне некоторого улучшения минерализации костей.

Морфометрические исследования у пациентов с остеопорозом можно проводить и на других более дорогих остеометрах типа Golajik и др. Но для этого этим аппаратом необходимо приобрести специальную программу TBS шкалу, 7000 долл. что очень дорого. Поэтому нами разработана собственная компьютерная программа TBS шкала для остеометров DTX 200, позволяющая обойтись без импортных технологий (АС 2013660284, Патент 2497533).

Таким образом, для улучшения диагностики остеопороза необходимо внедрение современных аппаратов, позволяющих морфометрические исследования. Диагностика остеопороза только по количественному показателю МПКТ увеличивает частоту неточности в диагностике и, следовательно, в лечении. Учет морфометрических проявлений остеопороза, (наличие полостных образований в трабекулярных отделах костей) являются важным критерием как в диагностике остеопороза, так и в определении эффективности применяемого препарата. Использование трутневого расплода («Остеомед форте») содействует нормализации гормонального статуса у пациенток с остеопорозом и тем самым, повышает эффективность лечения. Проводящиеся сейчас исследования в ПИУВе сфокусированы на изучении возможностей различных остеопротекторов закрывать полостные образования.

Список литературы

1. Сметник, В. П. Постменопаузальный остеопороз: принципы заместительной гормональной терапии / В. П. Сметник // Остеопороз и остеопатии. – 1998. – № 2. – С. 44.
2. Струков, В. И. Известные и новые технологии в лечении и профилактике остеопороза : метод. рекомендации / В. И. Струков, Д. Г. Елистратов. – Пенза, 2012. – С. 46.
3. Струков, В. И. Остеомед-форте – новый эффективный препарат в лечении постменопаузального остеопороза / В. И. Струков, Д. Г. Елистратов, Ю. Г. Катюшина // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 6.
4. Струков, В. И. Эффективный регулятор минеральной плотности костей и закрытия полостных образований при лечении пресенильного и сенильного остеопороза / В. И. Струков, Ю. Г. Катюшина, О. В. Филиппова // Поликлиника. – 2013. – № 1(1). – С. 90–91.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ЗАСТОЙНЫЕ ДИСКИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

П. Ю. Татарченко, О. С. Чугайнова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

В настоящий момент общепризнанно расценивать застойный диск зрительного нерва (ЗДЗН) как клиническое проявление повышенного внутричерепного давления (ПВЧД) – внутричерепной гипертензии (ВЧГ). Из этого яв-

ствуется, что только повышенное ВЧД любого происхождения может вызвать развитие ЗДЗН (Н. К. Серова, Н. М. Елисеева, 2013). Для уточнения причины возникновения ПВЧД показаны КТ и МРТ головного мозга. Такие пациенты должны находиться под мониторингом нейрохирурга, нейроофтальмолога, невролога. Особую важность приобретает преемственность между врачами разных специальностей для быстрого решения вопроса о тактике ведения и лечения таких больных.

Целью представленного нами случая является необходимость обратить внимание специалистов как на возможные сложности патогенеза развития ВЧГ, с агрессивным нарастанием ЗДЗН и переходом ее в послезастойную атрофию зрительных нервов (АЗН), так и на временной фактор, который сильно влияет на прогноз данного заболевания.

Б-ной Б.С.В., 35 лет, находился на лечении в дневном офтальмологическом стационаре г. Пензы с 25.03.2016 по 01.04.2016, ИБ № 51844, с диагнозом: «Атрофия зрительного нерва правого глаза (OD), субатрофия зрительного нерва левого глаза (OS). Гипертоническая ангиопатия». Сопутствующие заболевания: «Гипертоническая болезнь II ст., риск 3 (не исключается симптоматическая). Энцефалопатия сложного генеза, симптоматическая эпилепсия, состояние после операции люмбоперитонеального шунтирования по поводу гипорезорбтивного синдрома».

Пациент поступил с жалобами на практическую слепоту OD, ощущение пелены, тумана перед OS.

Анамнез заболевания: с 15-летнего возраста наблюдается у кардиолога по поводу гипертонической болезни. АД колеблется от 120 на 80 до 190 на 100 мм рт. ст. Гипертонической болезнью страдают родители и родственники.

В 2012 г. Осмотр окулиста по поводу периодического снижения зрения, появления пелены перед OD, чувства давления на глаз. «Острота зрения (ОЗ) OD/OS = 1,0. Концентрическое сужение поля зрения на оба глаза. На глазном дне гипертоническая ангиопатия».

МРТ головного мозга от 28.03.2013 г. Заключение: «Картина заместительной наружной гидроцефалии. Латероventрикулоасимметрия. Симптом «пустого» турецкого седла».

09.04.2013 г. консультация нейрохирурга, заключение: «пустое» турецкое седло. Оптикохиазмальный синдром. Рекомендована консультация в Федеральном центре нейрохирургии г. Москвы».

18.04.2013 г. консультация нейрохирурга и нейроофтальмолога в НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко РАМН. Заключение нейроофтальмолога: «ОЗ OD = 0,5 н/к., OS = 1,0. На глазном дне выраженные застойные диски зрительных нервов обоих глаз». Заключение нейрохирурга: «гипорезорбтивная гидроцефалия. Клиническая симптоматика и данные МРТ свидетельствуют о наличии у пациента гидроцефалии с выраженной внутричерепной гипертензией. Гидроцефалия носит, наиболее вероятно, гипорезорбтивно-окклюзионный характер. В сложившейся ситуации показана шунтирующая операция – вентрикулоперитонеостомия по месту жительства».

13.05.2013 г. стационарное лечение в отделении неврологии ГKB СМП им. Г.А. Захарьина. Диагноз: «Симптоматическая эпилепсия с генерализованными судорожными приступами. Состояние после серии эпилептических приступов».

В Пензенской областной больнице им. Н. Н. Бурденко в отделении нейрохирургии пациенту по непонятным причинам было отказано в проведении шунтирующей операции. В связи с ухудшением зрения и общего состояния больной повторно направлен в Федеральный центр нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко г. Москвы, где находился с 03.09.2013 по 06.09.2013 г.

Из выписки: «ОЗ OD = движение руки различает на узком поле с височной стороны. ОЗ OS = 1,0 На глазном дне справа застойный сосок с исходом в атрофию, слева выраженный застойный сосок с начальными признаками также перехода в атрофию. 04.09.2013 г. проведена операция установки люмбоперитонеального шунта. При выписке острота зрения справа – движение руки, слева – 1,0».

В настоящее время больной находится под наблюдением окулиста, невролога и терапевта. Справа зрение отсутствует, на глазном дне послезастойная атрофия ДЗН. Слева ОЗ = 1,0. На глазном дне субатрофия ДЗН после застойного соска. Состояние больного в данное время стабильное, удовлетворительное, является инвалидом 3-й группы по общему заболеванию.

Таким образом, как сказано выше, интерес данного случая представляется нам как в сложности патогенеза развития ЗДЗН в связи с наслоением гипертонической болезни, эпилепсии, гидроцефалии, так и том, что было упущено время, так как пациент находился на лечении в соответствующих стационарах и получая симптоматическое лечение, а не этиологическое. На прогрессирование болезни оказало большое влияние и то, что шунтирующая операция была проведена поздно, когда наступила атрофия зрительного нерва правого глаза. Тем самым хотелось бы подчеркнуть важность быстрого принятия решения вопроса о лечении у таких больных.

БОЛЬНЫЕ С «OVERLAP-СИНДРОМОМ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

***Е. Ю. Трушина¹, В. А. Типикин¹, Н. В. Назарова², Ю. Р. Автамонова²,
Т. Г. Бушуева², Е. Ю. Панова²***

¹ ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

² ГБУЗ «Клиническая больница № 4», г. Пенза

Исследования последних лет показывают, что проблема дифференциального диагноза бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в клинической практике врача остается актуальной. Согласно международным рекомендациям GINA (The Global Initiative for Asthma) и GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease) в ряде случаев состояние, сочетающее в себе симптомы БА и ХОБЛ («overlap-синдром»), воз-

можно выделить в отдельную нозологическую форму заболевания. Вместе с тем остается ряд нерешенных вопросов, касающихся обстоятельств и сроков возникновения БА и ХОБЛ, и, в дальнейшем, их сочетания. Возможно клинко-функциональные проявления «overlap-синдрома» есть течение фенотипа ХОБЛ-подобной астмы или БА, отягощённое неспецифическими факторами, коморбидным состоянием, приведшим к тяжелому течению заболевания. Очевидно, ответ на поставленные вопросы необходимо искать также в изучении типов и маркеров воспаления дыхательных путей у больных БА и ХОБЛ. Целью работы было изучение показателей функции внешнего дыхания (ФВД) путем спирометрии, включая проведение бронходилатационного теста с β_2 -агонистами, определение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе (NOex). Под наблюдением находились 17 пациентов с диагнозом сочетания БА и ХОБЛ. Полученные данные обработаны с помощью программного пакета для статистического анализа Statistica 6,0. Результаты представлены в виде средней арифметической (М) и ошибки средней арифметической ($M \pm m$). В результате исследования выявлено следующее. Показатель ОФВ₁ составил $41,81 \pm 4,75$ %, ФЖЕЛ – $54,82 \pm 4,73$ % и индекс Тиффно – $55,35 \pm 4,22$ % от должных величин. У 35 % больных был положительным бронходилатационный тест, являющийся одним из признаков бронхиальной астмы, у другой части исследуемых пациентов данные спирометрии выявили фиксированную, необратимую бронхообструкцию. У 29,4 % больных значения NOex были повышенными до 45,67 ppb., что является важным маркером БА. Таким образом, «overlap-синдром» характеризовался низкими показателями ФВД и повышенными значениями NOex. Данные показатели могут служить маркерами в диагностике сочетанной БА и ХОБЛ. Дальнейшее изучение особенностей воспаления дыхательных путей, включая маркеры воспаления, улучшат диагностику и выбор программ лечения у данной категории больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ПРОТЯЖЁННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕРВОВ, ИХ СУЩНОСТЬ, НЕДОСТАТКИ И ПРЕИМУЩЕСТВА

А. О. Тутуров

*ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Проблема лечения больных с повреждениями периферических нервов является одной из ведущих в травматологии и нейрохирургии. Нарушения целостности нервов сопровождают 3–10 % от всех травм опорно-двигательного аппарата и приводят к стойкой утрате трудоспособности у 60–63 % пациентов, более того, почти 80 % этой группы составляют лица молодого трудоспособного возраста [1, 2].

Возникающие рубцовые изменения, а также дополнительные повреждения нервов при непрофессиональном хирургическом вмешательстве, ущемле-

ния между костными отломками и прочие обстоятельства ведут к возникновению большого диастаза между фрагментами поврежденного нерва. К этой категории часто относятся травмы в диафизарных отделах конечностей, где методы сгибания соответствующих суставов с целью уменьшения натяжения нерва при его сшивании не дают необходимых результатов. Возникающие диастазы обычно удается ликвидировать методом аутопластики пучком из кожных нервов голени или кожных нервов предплечья [3].

Учитывая современные методы восстановления протяженных дефектов нервов, стоит их разделить на три большие группы, дифференцированные по виду хирургического вмешательства и особенностей его технологии: ауто-трансплантация нерва; ауто-трансплантация тканей для создания направления регенерации нерва; создание искусственных проводников и(или) ксенотрансплантатов для создания направления регенерации нерва.

Выбор оптимального вида реконструктивного вмешательства по восстановлению непрерывности нервного ствола должен базироваться не только на величине дефекта нерва, но также учитывать совокупность факторов, среди которых локализация повреждения, способ сближения его концов и объективная оценка степени натяжения в зоне шва.

Несмотря на многие работы, при травме с дефектом длины нервных стволов, а также при реконструкции по поводу застарелых повреждений, после «освежения краев нерва» для сближения концов требуется: 1) значительное его натяжение; 2) сгибание в смежных суставах; и как альтернатива; 3) аутонервная пластика. Осложнениями аутопластики являются: натяжение нерва, так как приводит к «прорезыванию швов»; сгибание в смежных суставах – к контрактурам в послеоперационном периоде и вторичному повреждению нервов при разработке движений; ротация нервных волокон в различных плоскостях, что препятствует их обособлению в пучки. Более того, при аутонервной пластике приходится использовать нерв с другого участка тела, что приводит к излишней анестезии в зоне иннервации. Две зоны швов значительно затрудняют прорастание нерва. Все это значительно ухудшает результаты восстановления функции нервного ствола [4].

Совершенно новым методом восстановления протяженных дефектов нервных стволов является замещение диастаза нерва проводником (кондуитом) цилиндрической формы, содержащим внутреннюю среду, повторяющую естественные условия регенерации. К ним относятся кондуиты из таких материалов, как хитозан, мембрана яичной скорлупы, полиэтиленгликоль, коллаген, альфа-липоевая кислота и другие.

Таким образом, регенераторный потенциал нервного волокна можно использовать в искусственной среде, направляя и стимулируя его процессы.

В заключении хотелось бы сказать, что данная методика восстановления протяженных дефектов нервных волокон является прорывом в современной медицине и может найти широкое применение не только в нейрохирургии, но и травматологии, трансплантологии и других отраслях медицины.

Список литературы

1. Берснев, В.П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков // Специальная литература. – СПб., 1998. – С. 368.
2. Кубицкий, А. А. Хирургическое лечение повреждений периферических нервов верхней конечности методами тракционного удлинения и аутонервной пластики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Кубицкий А. А. – Казань, 2002. – 24 с.
3. Микрохирургические реконструктивно-восстановительные операции при массивных повреждениях периферических нервов / Ф. Х. Бабаханов, А. К. Муминов, Д. Б. Якубов, Б. А. Абдушукуров // Материалы III съезда нейрохирургов России. – М., 2002. – С. 52.
4. Пат. 10011 Республика Беларусь, МПК А 61 В 17/00. Способ восстановления нервного ствола / Подгайский В. Н., Батюков Д. В., Мечковский С. Ю. ; заявитель и патентообладатель ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». – Заявл. 28.11.2005, опубл. 30.12.2007. – 1 с.

ОСОБЕННОСТИ И ОПАСНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

М. В. Тюякпаев, М. Н. Боликов, В. А. Низовцев

ГБУЗ ООД, г. Пенза

В настоящее время диагностическая и хирургическая эндоскопия и лапароскопия приобретают все больший удельный вес в онкологической практике.

Преимущества данных технологий: малая травматичность, уменьшение сроков нахождения пациентов в стационаре, косметический эффект и др.

Наш опыт: Проанализировано 46 анестезий при операциях: 27-пангистерэктомии (ПГЭ) и 19-радикальные простатэктомии (РПЭ).

Распределение больных по возрасту: до 60 лет – 27, старше 60 – 19 пациентов. Все имели сопутствующую патологию, в основном, сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, аритмии и др.). Средняя продолжительность операций: ПГЭ – 2 ч, РПЭ – 4–5 ч.

Нерешённые проблемы при лапароскопии:

I. Отрицательное влияние положения Тренделенбурга на гемодинамику и дыхание.

II. Отрицательное влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику и дыхание.

III. Развитие специфических осложнений во время периоперационного периода.

IV. Дооперационные проблемы

V. Обеспечение безопасности

I.1. Влияние положения Тренделенбурга на гемодинамику

– увеличение венозного возврата, ЦВД, АД

- брадикардия;
- повышение потребления миокардом кислорода;
- ухудшение кровообращения в головном мозге;
- повышение внутричерепного давления;
- возможность развития приступа острой глаукомы.

2. Влияние положения Тренделенбурга на дыхание

- нарушение вентиляции лёгких;
- гипоксия и гипоксемия;
- на 30 % снижается растяжимость лёгких;
- смещение диафрагмы;
- увеличение кровенаполнения лёгких;
- включается сосудистый шунт;
- опасность развития отёка лёгких и ателектазов;
- повышение внутригрудного давления.

II. 1. Отрицательные эффекты карбоксиперитонеума

- компрессия крупных вен брюшной полости;
- опасность тромбообразования в венах нижних конечностей из-за застоя;
- снижение артериального органного кровотока в брюшной полости;
- сдавление диафрагмы и снижение ЖЕЛ;
- снижение СВ, увеличение ОПСС и ср.АД;
- снижение почечного кровотока, выброс катехоламинов в кровь.

2. Эффекты после быстрого всасывания углекислого газа

- в крови образуется угольная кислота;
- снижается сократительная способность миокарда;
- ухудшается А-V проводимость;
- снижается АД;
- повышается тонус n.vagus;
- возможно развитие бронхоспазма;
- спазм сосудов почек, нарушение их функций.

III. Возможные специфические осложнения во время операции: пневмоторакс, эмфизема средостения, подкожная эмфизема, газовая эмболия, резкое повышение давления на вдохе, кровотечение, требующее переход на открытый доступ.

IV. Дооперационные проблемы, для решения которых мы использовали следующие подходы:

1. Отбор пациентов.

Пациенты с патологией сердечно-сосудистой системы должны быть обследованы у специалиста (включая УЗИ сердца, спирография, газы крови и др.) и подготовлены.

Особое внимание к пациентам с атеросклерозом, ИБС, гипертрофией левого желудочка и аортальным пороком.

2. Определение степени риска анестезии и операции (возраст, сопутствующие заболевания, длительность операции и др.)

V. Обеспечение безопасности

1. Периоперационного периода:

- мониторинг CO_2 , гемодинамики, газов крови, давления в брюшной полости;
- положение Тренделенбурга: угол наклона не более 20–30 для таза и живота, 10–15 для груди и головы;
- давление в брюшной полости не выше 12–15 мм рт. ст.;
- введение и выведение CO_2 медленно;
- при гиперкапнии 50 мм рт. ст. и выше переход на открытый доступ.

2. Требования к анестезии

- отказ от средств с выраженным кардиодепрессивным эффектом;
- отказ от препаратов, повышающих внутричерепное давление;
- отказ от использования закиси азота;
- глубокая релаксация;
- аккуратная инфузионно-трансфузионная политика.

3. Метод выбора сочетанная эндотрахеальная анестезия с использованием малопоточного ингаляционного анестетика севофлюрана в сочетании с центральной аналгезией. Вводная анестезия: реланиум – 10 мг, фентанил 0,1–0,2 мг, пропофол в дозе 1,5–2,5 мг/кг. Для поддержания анестезии: фентанил – 0,15–0,6 мг/кг/час, севофлюран 1,5–2 об. % (0,5–1,5 МАК), поддержание БИС-индекса (по монитору) на уровне 40–50 %. Инфузионная терапия от 5 до 8 мл/кг/ч. Темп мочеотделения 0,5–1 мл/кг/ч.

4. Больные после ПГЭ переведены в гинекологическое отделение, после РПЭ – в отделение реанимации для проведения продленной ИВЛ и динамического наблюдения.

5. С целью обезболивания в раннем п/о периоде используется перфолган 100 мл в/в капельно 2 раза в сутки, кетаролак по 1 мл 3 раза в сутки. Наркотические анальгетики промедол 2 % – 1 мл на ночь, дополнительное обезболивание при наличии жалоб пациента.

Выводы:

1. Операции с использованием положения Тренделенбурга и карбоксиперитонеума вызывают значительные изменения гемодинамики и дыхания в периоперационном периоде, что может быть опасным у пациентов с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией.

2. Лапароскопические операции (с учетом специфики положения пациента на операционном столе) должны выполняться в условиях максимального мониторинга показателей гомеостаза, включая центральную гемодинамику, BIS-мониторинг, газы крови.

3. Рациональный, коллегиальный подход к отбору пациентов, учёт всех особенностей периоперационного периода позволяет избежать осложнений или их минимизировать.

**К 35-ЛЕТИЮ ОТДЕЛЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ
ИМЕНИ В. А. КУЗНЕЦОВА КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 6
ИМЕНИ Г. А. ЗАХАРЬИНА**

**А. В. Федин^{1,2}, Д. Ю. Зиновьев², В. Г. Недоваров³, Н. К. Починина¹,
С. А. Середин², Д. Г. Филин², И. В. Танюшкина², С. Б. Тараканова²,
Д. М. Галахов², Н. А. Шкурова¹, И. Ю. Лапшова², А. В. Кусакина²,
Е. А. Стукалова², А. И. Нугаева²**

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

*³НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза»
ОАО «РЖД», г. Пенза*

На базе Центральной городской больницы №6 имени Г.А. Захарьина 1 октября 1981 г. открылось отделение оториноларингологии мощностью 60 коек круглосуточного пребывания. Целью организации отделения было увеличение охвата плановой оториноларингологической стационарной помощью растущего населения города Пензы.

Первым заведующим отделением был Вадим Андреевич Кузнецов. Вадим Андреевич закончил в 1959 г. лечебный факультет Куйбышевского медицинского института. Знакомство с клиникой болезней уха, горла и носа, которую в то время возглавлял академик И. Б. Солдатов, определило дальнейшую судьбу врача Кузнецова. Трудовую деятельность в качестве врача-оториноларинголога Вадим Андреевич начал в Димитровградской ЦРБ Ульяновской области, где при его непосредственном участии было организовано отделение оториноларингологии, которое он вскоре возглавил. В 1974 г. В. А. Кузнецов был переведен на должность заведующего отделением оториноларингологии МСЧ № 65 III управления МЗ СССР (г. Димитровград). Работая в отделениях, он освоил широкий спектр сложнейших операций на ЛОР-органах, создал и успешно применял методику протезирования стремени фторопластовым протезом собственной конструкции. В 1981 году, будучи уже опытным и высококвалифицированным специалистом, Вадим Андреевич стал организатором отделения оториноларингологии в Центральной городской больнице № 6 имени Г. А. Захарьина. На посту заведующего отделением В. А. Кузнецов внес огромный вклад в создание и развитие службы экстренной оториноларингологической помощи жителям Пензы и области. 16 декабря Вадим Андреевич выполнил первую операцию во вновь созданном отделении – декомпрессию лицевого нерва больному хроническим средним отитом. В январе 1982 г. им была выполнена первая плановая операция – подслизистая резекция перегородки носа по Коттле. В ноябре 1982 г. была успешно проведена первая слухоулучшающая операция – тимпаноластика II типа. Работая в отделении оториноларингологии ЦГБ № 6, В. А. Кузнецов разработал хирургический способ раскрытия полостей среднего уха, получив в 1997 г. патент на изобретение. Данная органосохраняющая методика в настоящее время успешно применяется врачами

отделения при лечении мастоидитов. Под руководством В. А. Кузнецова на базе отделения прошли подготовку 16 врачей-интернов. Шестеро воспитанников Вадима Андреевича в последующем возглавляли городские оториноларингологические отделения. Передавая опыт, знания и умения своим ученикам, В. А. Кузнецов до конца жизни оставался ищущим и неутомимым человеком. В 2010 г. отделению оториноларингологии Клинической больницы № 6 было присвоено имя Вадима Андреевича Кузнецова.

Первым ординатором отделения был Николай Владимирович Иванов – выпускник Саратовского медицинского института. Впоследствии Н. В. Иванов возглавлял ЛОР-отделение городской больницы №1. Первыми врачами-интернами, прошедшими подготовку в ЦГБ № 6 были Елена Анатольевна Кривошеева, Асельдар Пашеевич Гобаров и Наталья Константиновна Починина. В настоящее время кандидат медицинских наук, доцент Н. К. Починина возглавляет кафедру оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии Пензенского института усовершенствования врачей.

С 2003 по 2014 гг. отделение оториноларингологии возглавлял Владимир Георгиевич Недоваров. Врач высшей категории В.Г. Недоваров усовершенствовал методики экстраназальной гайморотомии и пластики ороантральных перфораций. Под его руководством в хирургическую практику отделения были внедрены функциональные эндоскопические операции на полости носа и околоносовых пазухах, операции на слезных путях, различные варианты операций при синдроме обструктивного апноэ во сне.

С августа 2014 по июнь 2015 г. заведующим отделением был Сергей Анатольевич Чекушин. Сергей Анатольевич пришел на работу в отделение в 1989 г. из Детской областной клинической больницы имени Н. Ф. Филатова. С. А. Чекушин – хирург-оториноларинголог высочайшей квалификации, владеющий широким спектром оперативных вмешательств на ЛОР-органах у взрослых и детей. Он первым в Пензенской области стал выполнять эндоскопическую лазерную аденотомию под общей анестезией. Среди хирургических вмешательств, выполняемых С. А. Чекушиным эндоскопические операции на всех околоносовых пазухах, различные варианты ринопластики и тимпанопластики, операции на сосцевидном отростке при атипичных формах мастоидита.

В настоящее время отделением оториноларингологии имени В. А. Кузнецова руководит кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии Пензенского института усовершенствования врачей Андрей Викторович Федин. За время его работы в должности заведующего отделением в хирургическую работу отделения уже внедрены расширенные варианты эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах (срединная видео-эндоскопическая максиллэктомия, операция на лобной пазухе Draf IIB), варианты эндоскопической гайморотомии эндоназальным доступом (максиллотомия через средний носовой ход, операция по С.А. Карпищенко). Опыт, накопленный сотрудниками за предшествующие годы, бережно сохраняется и приумножается.

За 35 лет работы отделения через него прошли 43 врача (включая совместителей по экстренной помощи). Особо следует отметить Зинаиду Михайлов-

ну Буянову, проработавшую ординатором отделения более 30 лет. Три врача отделения имеют высшую квалификационную категорию: И. В. Танюшкина, С. Б. Тараканова, И. Ю. Лапшова. Также в настоящее время врачами оториноларингологического отделения работают Д. Г. Филин, Д. М. Галахов, А. И. Нугаева, А. В. Кусакина, Е. А. Стукалова, ассистент кафедры оториноларингологии Н. А. Шкурова. Коечный фонд оториноларингологического отделения составляют 34 койки круглосуточного пребывания и 5 коек дневного стационара. Отделение является единственным отделением по оказанию плановой помощи жителям Пензы при заболеваниях ЛОР-органов. Кроме того, сотрудниками отделения выполняется наибольший объем круглосуточной экстренной ЛОР-помощи в области. Уровень оказания специализированной помощи высок: в любое время суток выполняются оперативные вмешательства, включая общеполостные операции на среднем ухе с обнажением черепных ямок и видеоэндоскопические вмешательства на ЛОР-органах. За все годы работы в отделении пролечено около 60 000 больных, которым выполнено 49 300 хирургических вмешательств.

Отделение имени В. А. Кузнецова является центром подготовки врачей-оториноларингологов Пензенской области. С 2002 г. оно является основной клинической базой кафедры оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии Пензенского института усовершенствования врачей. За эти годы клиническую ординатуру закончили 13 врачей, интернатуру – 16. Выпускники кафедры трудятся не только в Пензенской области, но и в других регионах. Среди них Мурманская область, республика Дагестан, республика Татарстан, Москва и Московская область, Челябинская область.

Потенциал отделения оториноларингологии не исчерпан: внедряются новые хирургические технологии и новые формы работы (дневной стационар и хирургия одного дня), врачи отделения постоянно обновляют профессиональные знания и совершенствуют практические навыки.

РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ФРОНТО-ЭТМОИДАЛЬНОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ

А. В. Федин¹, С. И. Шкурка², Ю. Н. Коновалова³, А. В. Симонова⁴

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²Диагностический центр завода ЭВТ, г. Пенза

*³ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза*

⁴ГБУЗ «Клиническая больница № 3», г. Пенза

Холестеатома (жемчужная опухоль) – опухолевидное образование, представляющее собой скопление кератина, кристаллов холестерина и слущенного ороговевшего эпителия, окруженное соединительнотканной капсулой. Истинные холестеатомы представляют собой врожденные гетерогенные тканевые опухоли. Вторичные холестеатомы (псевдохолестеатомы) развиваются в ре-

зультате хронического гнойного воспалительного процесса. Холестеатома является распространенным заболеванием в полости среднего уха, но она редко встречается в околоносовых пазухах (ОНП). А. Haeggstrom (1916) впервые описал холестеатомное поражение лобной пазухи у пациента с проптозом и диплопией [1]. К настоящему времени в мировой литературе описаны около 30 случаев данной патологии [2]. Наиболее часто поражаются верхнечелюстные пазухи, реже лобные пазухи, клетки решетчатого лабиринта, еще реже основная пазуха [3]. Описан единственный случай одностороннего поражения всех ОНП [4]. Сукurova I. и соавт. (2010) описали второй случай развития холестеатомы в полости буллезной средней носовой раковины [5]. Клинически холестеатомы ОНП проявляются: односторонней назальной обструкцией, рефрактерной к медикаментозному лечению; односторонними зловонными выделениями из носа, диплопией, экзофтальмом, проптозом лобно-орбитальной области, головной болью, ипсилатеральным отеком век, генерализованными эпилептическими припадками. Лечение данного вида патологии ОНП только хирургическое – полное удаление холестеатомы с оболочками. При холестеатомах лобных пазух предпочтение отдается открытому хирургическому доступу через орбитальную стенку. При локализации патологического процесса в верхнечелюстных, основных пазухах и решетчатом лабиринте показана эндоскопическая синусохирургия.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная С., 31 года, поступила в отделение оториноларингологии клинической больницы № 6 имени Г. А. Захарьина с жалобами на головные боли, наличие костного дефекта под кожей на границе лобной и височной области слева. Из анамнеза известно, что 18 лет назад на границе лобной и теменной области слева появилось плотное округлое безболезненное образование с тенденцией к росту. После травмы, полученной около 7 лет назад, образование исчезло. Год спустя на месте образования больная обнаружила отсутствие под кожей участка костной стенки. Несколько лет наблюдалась нейрохирургом по поводу новообразования лобной кости. При осмотре отмечается умеренный проптоз левого глазного яблока. Кожа левой лобной области обычного цвета. Пальпаторно определяется дефект костной стенки на границе лобной и височной областей слева округлой формы до 2 см в диаметре. Носовое дыхание свободное. Полость носа при передней риноскопии без патологических изменений. Заключение рентгенографии ОНП (рис. 1): «Образование лобной области слева». Заключение МСКТ головы (рис. 2): «Доброкачественная опухоль лобной кости слева с преимущественно экстракраниальным и инфраорбитальным ростом». Предварительный диагноз: «Рак левой лобной пазухи». С целью верификации процесса пациентке проведена биопсия образования левой лобной пазухи через разрез кожи длиной 7 мм в области костного дефекта. Результат гистологического исследования: «Хроническое воспаление эпителия верхних дыхательных путей. Тканевой детрит. Холестеатома». Учитывая доброкачественность образования вторым этапом под эндотрахеальным наркозом выполнена фронтально-этмоидотомия с применением эндоскопической техники и опера-

ционного микроскопа. Элементы холестеатомы полностью удалены с оболочками (рис. 3), носолобный канал расширен через передние клетки решетчатого лабиринта. В ходе операции обнаружены дефекты орбитальной и церебральной стенок лобной пазухи, деструкция передних клеток решетчатого лабиринта. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Швы были сняты на 7 день после операции, на 10 день больная была выписана из стационара. При проведении компьютерной томографии через 12 месяцев повторного роста холестеатомы не обнаружено.

Вывод.

Несмотря на небольшую распространенность, о холестеатомах следует помнить при дифференциальной диагностике медленно развивающихся деструктивных процессов в околоносовых пазухах.

Список литературы

1. Haeggstrom, A. A. Cholesteatoma removed from the maxillary sinus / A. A. Haeggstrom // Hygiea. – 1916. – № 78. – P. 1122.
2. Cholesteatoma of the frontal sinus / B. Hammani, M. Mnejja, A. Chakroun, I. Achour, I. Charfeddine, A. Ghorbel // Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head. Neck. – 2010. – № 6 (127). – P. 213–216.
3. Мудрецова, С. К. Холестеатома лобной пазухи у ребенка 8 лет / С. К. Мудрецова, Е. В. Лучкина, И. Г. Андреева // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 6. – С. 120.
4. Овчинников, А. Ю. Редкое наблюдение обширной холестеатомы околоносовых пазух / А. Ю. Овчинников, А. Н. Славский // Вестник оториноларингологии. – 1999. – № 3. – С. 53–54.
5. Cholesteatoma of the concha bullosa: a case report / I. Cukurova, E. Demirhan, I. B. Arslan, S. Cumurcu // J Med Case Rep. – 2010. – № 4. – P. 407.

РАДИОВОЛНОВАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ В МОРДОВИИ

В. В. Федотов, М. А. Казаева

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск*

Хронический ринит составляет в различных социальных и профессиональных группах от 16 до 25 % всей патологии ЛОР-органов.

Актуальность данной проблемы состоит в недостаточной эффективности существующих методов лечения различных форм вазомоторного ринита при высокой частоте заболеваемости, что обуславливает проведение дальнейших исследований в этом направлении.

Среди многочисленных методов лечения наиболее эффективным является радиоволновая хирургия, как высокотехнологичный метод, характеризующийся малоинвазивным хирургическим вмешательством в организм человека. В оториноларингологическом отделении МРКБ за период с января по декабрь 2014 г. проведено лечение 45 пациентов с хроническим ринитом. Из них 20 больных поступили с диагнозом вазомоторный ринит, 15 – аллергический, 10 – гипертрофический (сосудистая форма). Возраст пациентов колеблется от 17 до 55 лет.

Для проведения операции был использован радиоволновый хирургический прибор «Surgitron EMC», разработанный фирмой «Ellman International, inc» (США) в 1978 г. Компактный, портативный прибор весом 4 кг, с выходной регулируемой мощностью до 140 Вт в зависимости от режимов работы и положения переключателя мощности и выходной частотой 3,8 МГц.

За 30 минут перед проведением радиоволновой коагуляции с целью премедикации больному однократно подкожно вводят 1 мл 2 % раствора Промедола и 1 мл 0,1 % раствора Атропина.

Для профилактики антибактериальных осложнений вводится 2,0 Цефазолина в/в струйно однократно.

Пациент в операционном кресле находится в положении сидя.

Перед операцией проводится аппликационная анестезия слизистой оболочки нижней носовой раковины 10 % раствором лидокаина. Затем в толщу каждой носовой раковины вводят по 2 мл ультракаина. Далее с помощью вазотома проводится тонелирование фиброзного слоя нижних носовых раковин, от переднего до заднего конца раковины. После чего иглу – электрод подводят к заднему концу нижней носовой раковины, с помощью ножной педали активируется подача радиоволн и производится сокращение ткани по тоннелю, по направлению сзади наперед (фульгурация). Экспозиция обычно составляет 6 – 12 секунд, до визуального побледнения, сокращения тканей. Визуально, на переднем конце нижней носовой раковины определяется участок коагуляционного некроза ткани. На этом операция завершается. В выполнении передней тампонады нет необходимости.

Описанная выше операция производится на обеих гипертрофированных нижних носовых раковинах. Вся операция занимает не больше 10 минут, включая анестезию. На аппарате выбираем режим «разрез – коагуляция», регулятор мощности устанавливаем между 3–4 единицами девятизначной шкалы, что соответствует 30–35 Вт выходной мощности. Пациенты обычно переносят вмешательство очень хорошо, некоторые описывают чувство легкого жжения в носу во время процедуры.

Группа больных с хроническим вазомоторным ринитом составила 20 человек. Осмотр пациентов после проведенного хирургического вмешательства, находящихся в условиях стационара показал «стойкое улучшение носового дыхания» у 10 (50 %) человек. «Улучшение носового дыхания» у 8 (40 %) человек. К сожалению, у 2 (10 %) человек эффекта достигнуто не было.

В группе пациентов, с хроническим аллергическим ринитом «стойкое улучшения носового дыхания» достигнуто у 9 (60 %) человек, у 4 (26,7 %) человек «улучшение носового дыхания», у 2 (13,3 %) «без эффекта».

В третьей группе 10 больных с хроническим гипертрофическим ринитом. «Стойкое улучшение носового дыхания» у 5 (50 %) человек, «улучшение» наступило у 3 (30 %) человек, «без эффекта», к сожалению, у 2 (20 %) человек.

Количество пациентов в трех группах составило 45 человек. «Стойкое улучшение» у 24 (53,3 %) пациентов, «улучшение» у 15 (33,3 %) пациентов. К сожалению, критерий «без эффекта» составили 6 пациентов (13,4 %).

При сравнении полученных результатов 22 мужчин и 23 женщин, можно сделать вывод, что радиоволновая коагуляция одинаково эффективна как у мужчин, так и у женщин. Полученные результаты доказывают эффективность радиоволновой энергии высокой частоты аппарата «Surgitron EMC» при лечении хронических ринитов в Мордовии. После проведенной операции пациенты гораздо раньше восстанавливают свою трудоспособность. Количество койко – дней, проведенных в стационаре сократилось с 12 до 6 дней. Уменьшилось также количество рецидивов, а эффект после проведенной радиоволновой коагуляции оказался более стойкий, чем после других оперативных вмешательств.

Выводы.

1. Доказана эффективность применением аппарата «Surgitron EMC» при лечении различных форм хронического ринита, причем наилучший результат отмечен у пациентов с хроническим вазомоторным ринитом.

2. Использование радиоволновой хирургии в лечении хронического ринита значительно сокращает сроки реабилитации больных и частоту рецидивов.

3. С экономической точки зрения было бы целесообразнее выполнять радиоволновую коагуляцию на амбулаторном уровне.

КИСЛОРОДНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Л. А. Филиппова¹, А. В. Аракчеев², О. С. Калганова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ГKB СМП им. Г. А. Захарьина, г. Пенза

Ключевым фактором нарушения гомеостаза у всех пациентов в критическом состоянии является кислородный дисбаланс. Причины нарушения кислородного баланса можно разделить на две группы, первая группа причин обусловлена нарушением гемодинамики и дыхания, вторая группа причин определяется нарушением метаболических и ферментативных процессов в клетке.

Традиционным параметром оценки уровня оксигенации является парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (pO_{2a}). Опыт ведения больных в критическом состоянии позволил заключить, что pO_{2a} дает отчетли-

вую информацию только о начальном этапе транспорта – поглощении кислорода легкими из вдыхаемого воздуха. Этот параметр не несет информацию о транспорте кислорода кровью или об экстракции кислорода в тканях. С помощью параметров «глубокой картины» кислородного статуса, можно проследить этапы транспорта кислорода на пути от поглощения его легкими до освобождения в тканях.

С целью изучения кислородного статуса исследовались образцы артериальной и венозной крови у 20 пациентов при поступлении в отделение реанимации. Среди них 11 мужчин и 9 женщин. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 2,0$. У 12 больных причиной критического состояния была сочетанная травма (2 летальных исхода), у 5 пациентов – перитонит (1 летальный исход), в трех случаях - панкреонекроз (2 летальных исхода). Обследованные больные разделены на две группы (табл. 1).

Таблица 1

**Кислородный статус при поступлении больных
в отделение реанимации**

Показатель	Норма	Группа 1 рО ₂ выше 70 ИО выше 300 М±m n=11	Группа 2 рО ₂ ниже 70 ИО ниже 300 М±m n=9
рО ₂ а	80–100	94,7±9,02	53,2±3,8
рО ₂ в	33–53	34,2±1,4	32,03±2,1
рН	7,35–7,45	7,46±0,02	7,42±0,03
Нb	120–160	114,1±7,4	103,9±9,5
О ₂ Нb	95–99	95,05±0,6	87,4±2,2
MetHb	0,4–1,5	0,65±0,04	0,7±0,02
ННb	1,0–5,0	2,86±0,6	9,9±2,2
СОНb	0,5–2,5	1,64±0,2	1,9±0,3
глюкоза	3,3–6,1	7,92±0,6	9,09±0,9
лактат	0,4–2,2	3,02±1,44	7,45±0,35
BE	–2,5–+2,5	–1,99±1,3	–1,6±1,6
R-анионы	8–16	18,6±1,13	16,8±2,9
P50	25–29	24,6±0,4	23,12±1,15
SOв	68–77	68,5±2,4	65,8±3,3

Первую группу составили 11 пациентов, имеющих при поступлении в отделение реанимации, рО₂а выше 70, индекс оксигенации выше 300, во вторую группу вошли 9 пациентов с рО₂а ниже 70 и индексом оксигенации ниже 300.

Нормальные значения показателей парциального насыщения артериальной крови кислородом и индекса оксигенации, говорят о том, что у пациентов

первой группы при поступлении в отделение реанимации на должном уровне было поглощение кислорода, а, следовательно, и оксигенирующая функция легких. Повышенная концентрация лактата и остаточных анионов (R-анионы) у больных этой группы свидетельствуют о наличии кислородного дисбаланса в организме, вероятнее всего вызванного ускорением базального метаболизма клеток. Изменение показателей метаболизма в данном случае сигнализирует о наличии гиперметаболической гипоксии. Другим, не менее важным, чем лактат, метаболитом является глюкоза. Ее увеличение наблюдалось у больных, не имеющих в исходном состоянии сахарного диабета. В условиях гипоксии угнетается активность инсулина, тормозя поступление глюкозы в клетки. Концентрация глюкозы увеличивается практически пропорционально увеличению лактата, тем самым утяжеляя клиническое состояние пациентов. В данной ситуации непереносимым условием устранения гипергликемии являлась одномоментная коррекция кислородного дисбаланса. Остальные показатели у пациентов данной группы оставались в пределах нормы.

У пациентов второй группы при поступлении в отделение реанимации имело место нарушение оксигенирующей функции легких, о чем свидетельствовали низкие значения pO_2 и индекса оксигенации. Причиной нарушения оксигенирующей функции легких являлись синдром острого повреждения легких и ушиб легких. Низкие значения гемоглобина и оксигемоглобина свидетельствуют о неадекватном снабжении тканей кислородом из-за нарушения его транспорта. Гиперметаболическая гипоксия имела место и у этой группы больных, однако она усугублялась низким уровнем высвобождения кислорода в ткани (показатель $r50$), т.е. неадекватностью заключительного этапа метаболизма кислорода.

Таким образом, несмотря на удовлетворительные показатели оксигенирующей функции легких, пациенты первой группы страдали от гипоксии, что подтверждается повышением уровня лактата, глюкозы и остаточных анионов. Для определения причин кислородной недостаточности и зависящих от этого направлений интенсивной терапии у пациентов первой и второй групп рассчитаны такие показатели, как общее содержание кислорода, доставка, потребление кислорода и индекс утилизации кислорода (табл. 2). Результаты глубокого анализа кислородного статуса, свидетельствуют, что у пациентов, как первой, так и второй групп общее содержание кислорода было ниже нормы. Причиной явились сниженный уровень гемоглобина, насыщения гемоглобина кислородом и парциального напряжения кислорода. Кислородная емкость крови в таких значениях не обеспечивала должного снабжения тканей кислородом. Причем, у пациентов 2 группы это было более выражено. Для устранения данной причины кислородной недостаточности в интенсивную терапию, особенно у пациентов второй группы, включались мероприятия, направленные на повышение кислородной емкости крови (переливание эритроцитов, повышение содержания кислорода во вдыхаемой смеси и использование режимов ИВЛ, улучшающих диффузию кислорода в легких).

Расчетные показатели кислородного статуса

Показатель	Норма	Группа 1 pO ₂ выше 70 ИО выше 300 M±m n = 11	Группа 2 pO ₂ ниже 70 ИО ниже 300 M±m n = 9
Содержание кислорода (ctO ₂)	14–15 мл/100 мл	12±1,1	10,3±0,81
Доставка кислорода (ДО ₂)	640–1400 мл/мин	423±33	328±27,4
Потребление кислорода (ПО ₂)	180–280 мл/мин	122±9,5	90,2±12,08
Коэффициент утилизации кислорода (КУО ₂)	22–33 %	29,7±2,32	27,01±2,43

Скорость транспорта кислорода, представленная как доставка кислорода, так же ниже нормы в большей степени у пациентов второй группы. Низкая скорость транспорта была обусловлена снижением сердечного индекса, гемодинамическими нарушениями. В связи с этим больные при поступлении в отделение реанимации нуждались в продолжении инфузионной терапии, начатой на предыдущих этапах и использовании кардиотонических препаратов.

У больных первой и второй групп, несмотря на повышенный метаболизм, уровень потребления кислорода был ниже нормальных значений, что свидетельствует о неадекватном потреблении кислорода тканями. Как неадекватную реакцию в условиях гиперметаболизма следует рассматривать и нормальные значения коэффициента утилизации кислорода у больных первой и второй групп.

Следовательно, несмотря на адекватное парциальное напряжение кислорода и индекса оксигенации, при поступлении в отделение реанимации у больных первой группы, имело место снижение общего содержания кислорода, страдала доставка кислорода и снижено его потребление. Поэтому целесообразно при исследовании показателей газового состава крови, у лиц с тканевой гипоксией и высоким уровнем лактата, глюкозы и остаточных анионов брать в расчет вышеперечисленные показатели. С их помощью можно установить причину нарушения кислородного баланса организма в критическом состоянии, выбрать верную тактику интенсивной терапии и прогнозировать исход.

Выводы:

- Анализ газов крови и pH оказывает наиболее непосредственное и важное действие на лечение больного, чем любое другое лабораторное исследование.
- Косметическая нормализация оксигенации (нормализация только SO₂, раО₂ и цвета кожи) не означает устранение тканевой гипоксии.
- Лактат, является наиболее быстрым и прогностически значимым лабораторным показателем гипоксии и метаболизма.

- Лактат определяет опасность гипоксии, а «глубокая картина» кислородного статуса выявляет причину и уровень развития гипоксии тканей, от чего зависит направление интенсивной терапии.
- Одновременная оценка лактата и «глубокой картины» кислородного статуса улучшают мониторинг больных в критическом состоянии.

КРИТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Л. А. Филиппова¹, А. В. Аракчеев², Л. А. Галаева², А. А. Алленова²

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

²ГБУЗ ГKB СМП им. Г. А. Захарьина, г. Пенза

Критическая нестабильность гемодинамики (КНГ) один из ведущих синдромов, обуславливающих тяжесть состояния у реанимационных больных и существенно влияющих на исход. В последние годы возросло число больных нуждающихся в вазопрессорной поддержке, а также увеличилась средняя продолжительность использования вазоактивных препаратов. По базе данных «АРМ-реаниматолога» каждый четвертый пациент отделения реанимации нуждается в вазопрессорной поддержке, средняя продолжительность ее составляет 8,5 дней, причем, по сравнению с 2000 г. группа больных с синдромом КНГ увеличилось в 1,3 раза.

В генезе синдрома КНГ помимо гиповолемии, поражения миокарда ишемической, токсико-септической природы, могут играть роль декомпенсация хронической сердечной недостаточности, нарушения сосудистого тонуса, центральной регуляции гемодинамики, а также грубые расстройства кислотно-щелочного, водно-электролитного баланса, гипотермия.

Как было сказано, одной из ведущих причин, обуславливающих нестабильность гемодинамики, является дефицит внеклеточной жидкости, гиповолемия. Базисным субстратом волемии является комплекс белок – вода – электролиты. За последние 30 лет произошло существенное изменение белкового статуса у больных, что можно проследить на примере больных с перитонитом, лечившихся в отделении реанимации ГKB СМП им. Г. А. Захарьина (рис. 1). Так при токсической стадии перитонита среднее значение общего белка снизилось на 20 %, а у больных с терминальной стадией на 30 %.

Следовательно, у современных больных с перитонитом в большей степени снижено коллоидно-онкотическое давление крови, что является фактором поддерживающим гиповолемию и увеличивающим риск отека легких в процессе корригирующей инфузионно-трансфузионной терапии.

Более глубокий анализ гомеостаза проведен у 31 больного (табл. 1). Все пациенты находились на лечении в ОРИТ № 1 в 2016 г. Среди них было 19 мужчин и 12 женщин. Больные разделены на две группы: с КНГ и без КНГ. По характеру патологии анализируемые группы в основном были представлены пациентами с перитонитом, сепсисом и сочетанной травмой.

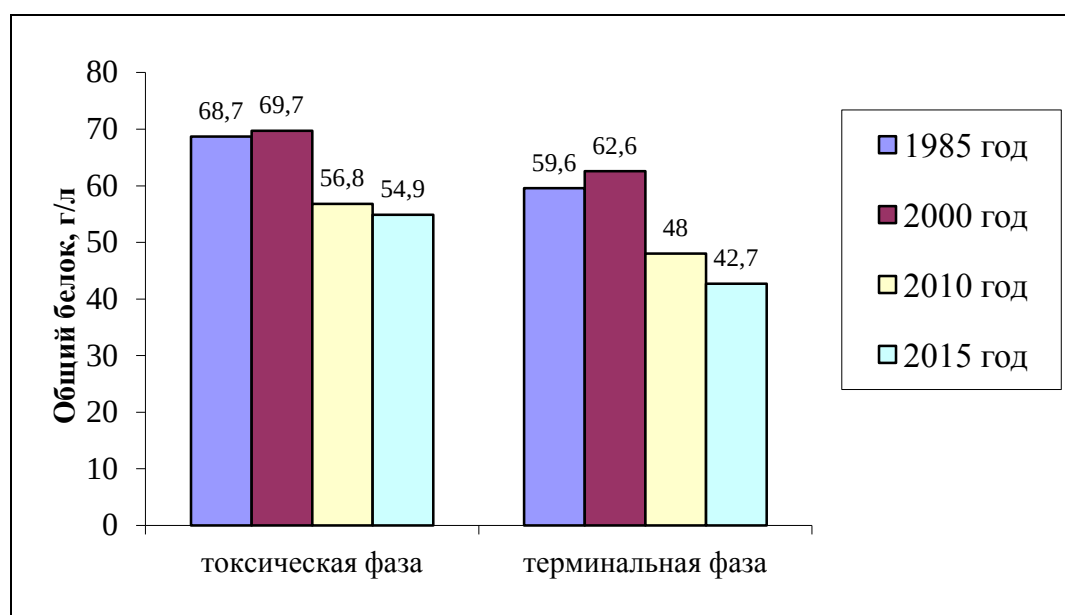


Рис. 1. Уровень белка у больных с перитонитом

Таблица 1

Сравнение групп пациентов с КНГ и без КНГ

Показатель	с КНГ $n = 18$	без КНГ $n = 13$	Норма
Средний к/д	$12,6 \pm 2,5^*$	$5,5 \pm 1,8^*$	—
Летальность	72,2	7,8	—
Возраст	$53,9 \pm 3,8$	$44,3 \pm 4,5$	—
ШКГ	$4 \pm 0,7^*$	$12 \pm 0,9^*$	—
pH	$7,2 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,03$	7,35–7,45
BE	$6,2^*$	$1,4^*$	$\pm 2,5$
Лактат	$5,6^{**}$	$2,1^{**}$	0,4–2,2
Нб	$94,5 \pm 7,1^*$	$118,3 \pm 8,6^*$	120–150
Мочевина	$27,4 \pm 8,7$	$7,1 \pm 0,9$	2,1–7,1
Креатинин	$369,9 \pm 86,7^*$	$108,5 \pm 26,2^*$	80–115
Глюкоза	$11,2 \pm 1,6$	$8,3 \pm 0,6$	3,3–6,1
Na	$130,6 \pm 7,4$	$137,5 \pm 1,5$	135–148
K	$4,2 \pm 0,4$	$3,8 \pm 0,2$	3,5–4,5
Общ. белок	$47,4 \pm 2,5$	$51,3 \pm 2,3$	65–85
Альбумин	$24,9 \pm 1,3$	$29,4 \pm 2,1$	40–50

Больные с КНГ потребовали более длительного лечения в отделении реанимации, средняя продолжительность его составила 12,6 к/д, что в 2,3 раза больше, чем в группе без КНГ ($p < 0,05$). Летальность в группе пациентов с КНГ составила 78 %, в то время как в группе без КНГ – 8 %. На развитие синдрома КНГ существенно влиял возраст пациентов и обусловленная им сопутствующая патология. Кроме того, пациенты с КНГ имели более глубокое нарушение функций мозга и, следовательно, нарушение центральной регуляции гемодинамики. Так, оценка сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) в группе па-

циентов с КНГ составляла лишь 4 балла, в то время как в группе больных без КНГ – 12 баллов ($p < 0,05$).

У больных с синдромом КНГ чаще отмечались выраженные нарушения КЩС с развитием метаболического ацидоза с дефицитом оснований ($p < 0,05$) и лактатемией ($p < 0,005$). Тканевая гипоксия у данной группы пациентов усугублялась снижением кислородной емкости крови, о чем свидетельствует низкий уровень гемоглобина ($p < 0,05$).

КНГ как правило сопровождалась с нарушением функции почек. По нашим данным у пациентов этой группы существенно выше уровень мочевины и креатинина ($p < 0,05$).

Глюкоза крови в обеих группах превышала норму, так как на фоне выраженных нарушений КЩС и тканевой гипоксии изменяется чувствительность рецепторов к инсулину и нарушается поступление глюкозы в клетку.

Особое внимание следует обратить на компоненты базисного субстрата волемии – белок и натрий. Гипопротеинемия и гипоальбуминемия выявлялась у больных обеих групп. Однако, в группе больных нуждающихся в вазопрессорной поддержке, показатели общего белка, альбуминов и натрия были ниже, чем в группе пациентов со стабильной гемодинамикой. Это приводило к более выраженному снижению онкотического давления плазмы, способствовало переходу жидкости из внутрисосудистого пространства в интерстициальный сектор и усугубляло гиповолемию.

Выводы:

1. КНГ – одна из ведущих причин увеличения сроков лечения в ОРИТ и развития неблагоприятного исхода.

2. В настоящее время отмечается увеличение числа больных с КНГ в 1,3 раза. Каждый 4-й пациент отделения реанимации нуждается в вазопрессорной поддержке, средняя продолжительность ее составляет 8,5 дней.

3. Синдром КНГ у современных больных сочетается с существенным снижением КОД (коллоидно-осмотическое давление) крови из-за более выраженной гипопротеинемии, гипоальбуминемии, что является фактором, поддерживающим гиповолемию и увеличивающим риск отека легких в процессе корригирующей инфузионно-трансфузионной терапии.

4. Обязательными компонентами интенсивной терапии КНГ являются адекватная инфузионная терапия, способствующая поддержанию на должном уровне коллоидно-осмотического давления плазмы.

5. Основными принципами применения вазоактивных препаратов являются использование препаратов максимально эффективных в минимальных дозах. До и по мере использования препаратов необходимо устранить гиповолемию, электролитные нарушения, нарушения кислотно-основного состояния, гипоксию и гипотермию.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ОСНОВА БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЯ

В. И. Цокуренко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза

В последние годы весьма существенно продвинулась научная разработка теоретических сторон системного подхода в управлении здравоохранением. Системный подход опирается на исследования, оценки, экспертизу принимаемых решений, что особенно важно на современном этапе развития здравоохранения. Силу имеет только системное образование, не являются исключением и медицинские организации. Системный подход всё чаще применяется в познании и совершенствовании существующих социальных систем, к которым относятся и здравоохранение. Нужно обеспечить не только совокупность всех необходимых компонентов управления системой, а главное – обеспечить их взаимодействие. Совокупность компонентов системы не может быть стандартной, она зависит от целей и задач, которые нами решаются. Конечный результат обеспечивается выполнением правильно выбранной цели. Системы должны быть заранее готовы для решения основных целей. Системный подход – это алгоритм наших действий в соответствии с принятым решением и поставленной целью. Ярким примером применения системного метода является бизнес-планирование в здравоохранении. Это связано с тем, что нужно осваивать новые виды услуг, продукции, завоёвывать рынки, искать инвесторов, что особенно важно в условиях кризиса. Бизнес-план – это план предпринимательской деятельности, система планомерно организованных мероприятий и действий, направленных на достижение поставленной цели. Он играет определяющую роль в развитии медицинской организации:

1. Позволяет определить жизнеспособность медицинского учреждения или новой услуги в условиях конкуренции.
2. Помогает оценить собственные силы и возможности устранения возникающих ошибок.
3. Содержит контрольные показатели, своего рода, ориентиры, в соответствии с которыми, руководитель будет действовать.
4. Является основанием для получения финансовой поддержки от внешних инвесторов.

Бизнес – план – это своего рода «визитная карточка» медицинской организации. В нём содержится вся исчерпывающая информация о лечебном учреждении, сфере его деятельности, организационном и финансовом обеспечении, перспективах развития. Бизнес-план позволяет защитить проект от ошибок, он очень важен для установления контактов с будущими инвесторами и партнёрами, используется при приглашении ключевых сотрудников и при подписании контрактов.

Бизнес-план составляется на несколько лет вперёд и пересматривается по мере необходимости, но не реже, чем раз в год. Руководитель должен уметь

улавливать новые тенденции в рыночной конъюнктуре и вносить соответствующие коррективы в бизнес-план, так он сможет, не изменяя целей, менять пути их достижения и повышать шансы на успех. Хорошо разработанный бизнес-план помогает медицинской организации развиваться, укреплять свои позиции на рынке медицинских услуг, прогнозировать развитие на перспективу. Он моделирует деятельность медицинской организации, которая базируется на принципах рыночной экономики. Инструментом для осуществления стратегического управления на уровне медицинской организации является Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью при условии обеспечения её финансовыми ресурсами и ориентации на социальные ценности. Объективное знание потребностей в медицинской помощи позволяет приблизить её к населению, рациональнее организовать работу медицинской организации, поднять эффективность и качество её работы, оптимально использовать имеющиеся ресурсы, повысить степень доверия к врачам и медицинской организации. Всё это необходимо для выработки долгосрочной стратегии охраны и улучшения здоровья населения. Хотелось бы отметить, что на протяжении ряда лет, слушатели всех проводимых на кафедре циклов с большим интересом относятся к занятиям по бизнес-планированию и маркетингу, что говорит об актуальности данной проблемы и её практической значимости.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДЛЕННО ТРАНЗИТНОГО ЗАПОРА

***А. В. Шамин, В. Р. Исаев, С. Е. Каторкин, А. В. Журавлев,
А. А. Чернов, А. Н. Разин, П. С. Андреев***

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара*

Актуальность. По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30–40 % взрослого трудоспособного населения, причем, женщины чаще, чем мужчины. У пациентов старше 60 лет, количество страдающих запорами различной степени выраженности, достигает 60 %. Учитывая широкое распространение большинство авторов обоснованно относят хронические колостазы к болезням цивилизации. Проблема лечения медленно транзитных запоров остается одной из актуальных в колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза и диагностики колостазов. Остаются неутешительными результаты хирургического лечения: по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов составляет 27–46 %.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с резистентными формами хронического запора за счет определения оптимального объема резекции толстой кишки с наложением илео-ректального или асцендо-ректального анастомоза путем применения разработанного комплекса и алгоритма обследования.

Материалы и методы. Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования (ректороманоскопия, фиброколоноскопия и, по показаниям, фиброгастродуоденоскопия), ирригографию и ультразвуковое исследование толстой кишки. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки и времени транзита по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров. Ректоанальная манометрия и проктография выполняется для изучения функции прямой кишки и состояния ее запирательного аппарата. Определяется микробный спектр или содержание летучих жирных кислот (интегральный показатель микробиоценоза). Проводится оценка функции других органов и отделов желудочно-кишечного тракта, эндокринного аппарата, вегетативной нервной системы. С 2007 по 2016 г. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 56 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 26 пациентам (46,4 %). Женщин 24 (92,3 %), мужчин 2 (7,7 %). Средний возраст – 41,8 лет. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 10. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, сигмо-ректальный – 4, илео-сигмоидный – 10.

Результаты и обсуждение. Из 26, прооперированных нами больных отдаленные результаты лечения прослежены у 24 пациентов (92,3 %). Хорошие результаты лечения отмечены у 14 (53,8 %) прооперированных больных. Наличие самостоятельного стула и отсутствие болевого синдрома у всех 14 пациентов позволило нам оценить исход операции как благоприятный. У 8 (30,8 %) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Все пациенты отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия, хотя добиться полной нормализации акта дефекации в этой группе пациентов нам не удалось. Они по-прежнему периодически прибегают к помощи слабительных и очистительных клизм. У 4-х (15,4 %) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Им выполнена резекция зоны анастомоза и оставшихся отделов ободочной кишки с формированием илео-ректального анастомоза. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2 (остановлено консервативными методами); рубцовая стриктура анастомоза – 4 (возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем, выполнены повторные вмешательства).

Вывод. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронического медленно транзитного запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического колостазы является неадекватный выбор объема резекции толстой кишки.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

И. Е. Шитов

*Объединённая медицинская клиника «ДоЛид»,
ООО КДЦ «Медиклиник», г. Пенза*

Актуальность. Прогресс в развитии технологий хирургических методов лечения и успехи современной анестезиологии создали условия для развития амбулаторной хирургической помощи на безопасном уровне. Требования времени и экономические проблемы подталкивают этот процесс в сторону его практического осуществления и это остановить нельзя. Необходимо адаптировать наши знания, опыт и организацию работы лечебных учреждений к требованиям сегодняшнего дня. Так уже в конце прошлого века в развитых странах, например, в США, количество амбулаторно выполненных операций доходило до 65–70 % от их общего числа. В России, в первую очередь, в крупных городах с развитой инфраструктурой, сетью медицинских лечебных, учебных и научных учреждений стало возможным развитие амбулаторной хирургической помощи.

Проведение хирургических вмешательств с анестезиологическим пособием в амбулаторной практике требует выполнения определённых условий:

1. отбор пациентов (общемедицинское состояние)
2. вид хирургического вмешательства;
3. социальные критерии

Отбор пациентов. Пациент должен относиться к I или II классу физического состояния по классификации Американского общества анестезиологов (ASA), т.е. является здоровым или практически здоровым человеком без серьёзной сопутствующей патологии. Допустимо проведение амбулаторных методов эндоскопического обследования у пациентов III класса (имеющих субкомпенсированные системные нарушения, которые ограничивают его активность).

Минимальный риск обострения сопутствующего заболевания.

Полная умственная и эмоциональная адекватность пациента. Имеется в виду не просто отсутствие расстройства психики, а умственная и эмоциональная адекватность пациента. Анестезиолог должен быть уверен, что в день амбулаторной операции пациент сможет отказаться от завтрака и поездки на личном автомобиле.

Хирургические критерии:

- 1) малая и средняя продолжительность операции (до 3 ч);
- 2) операции не должны сопровождаться существенными изменениями ОЦК, водно-электролитными нарушениями, функции внешнего дыхания;
- 3) минимальный риск интра- и послеоперационных осложнений, таких как трудная интубация, анафилаксия, кровотечение, судорожный синдром, ин-

фицирования;

4) незначительный болевой синдром после вмешательства;

5) не требовать специализированного ухода.

Социальные критерии:

1) точное выполнение пациентом назначений и рекомендаций;

2) возможность пациента добраться до дома без чрезмерных затрат времени и сил;

3) сопровождение пациента домой взрослым человеком и наблюдение за ним в первые сутки после операции;

4) возможность пациента по прибытии домой не заниматься уходом за детьми или выполнять потенциально опасную работу;

5) возможность круглосуточной телефонной связи пациента с клиникой или врачом.

Лабораторные данные. Перечень лабораторных исследований определяется стандартами оказания медицинской помощи. Чаще всего они включают в себя следующие анализы:

- развёрнутый клинический анализ крови;
- анализ крови на глюкозу, общий белок, мочевины, креатин;
- серологические анализы на ВИЧ, сифилис, гепатиты;
- определяется коагуляционный статус;
- регистрируется ЭКГ и производится ее расшифровка;
- флюорография лёгких.

При необходимости анестезиолог во время осмотра может дополнить список необходимыми исследованиями.

Предоперационные рекомендации. Производятся анестезиологом во время осмотра с учетом полученных данных. При язвенной болезни – прием Н2-блокаторов, седативных препаратов на ночь и пр. Необходимо помнить о запрете вождения автомобиля после проведенной анестезии.

С 2013 по 2016 гг. в наших клиниках проведено 1834 амбулаторных операций с использованием анестезиологических пособий.

Виды анестезий, которые использовались в работе:

1) спинальная анестезия (СА);

2) медикаментозный сон (глубокая седация);

3) комбинированное обезболивание;

4) тотальная внутривенная анестезия (ТВВА).

СА применялась при проведении операций на нижних конечностях, в частности при артроскопии. Выполнялась по стандартной методике в промежутках L_{III}–L_{II}, субдурально вводился Sol. Lidocaini 2 %, в количестве от 2,5 до 3,5 мл. Пункция проводилась иглой G 25 типа Sprotе, Эта анестезия применена в 28 случаях.

ТВВА. Тотальная в/в анестезия проводилась при артроскопических менискэктомиях. Проводилась по следующей методике. Использована в 154 случаях. Премедикация на столе в/в: Sol. Dimedroli 1 % –1.0, Sol. Atropini 0,1 % – 0.5. Индукция: Sol. Phentanili 0,005 % – 4.0 и Sol. Propofili 1 % –12,0–16.0.

Производилась установка ларингеальной маски (без использования миорелаксантов). Пациент переводился на принудительную ИВЛ воздушно-кислородной смесью 2/1, в последующем пациент переводился на самостоятельное дыхание через ларингеальную маску.

Поддержание анестезии и наркоза осуществлялось в/в инфузией пропофола (40 мл пропофола разбавляли 200 мл физ р-ра) и в/в дробным введением фентанила через 15–20 мин.

В/в наркоз. Применялся при проведении гистероскопий и гистерорезектоскопий. Продолжительность операции составляла от 2 до 15 мин. Такой метод обезболивания использован у 432 человек. Индукция, она же и основной наркоз: Sol. Phentanili 0,005 % – 4,0,

Sol. Propolili 1 % – 12,0–16,0 При необходимости добавлялся дробно Пропофол.

Медикаментозный сон. Вернее этот вид обезболивания следует называть глубокой медикаментозной седацией, так как с больным утрачивается контакт. Этот вид анестезиологического пособия использовался при проведении эндоскопических процедур. Этот вид анестезиологического пособия был применен у 1220 пациентов.

После премедикации в/в дробно по 4 мл с 10 с интервалом вводился Пропофол 1 %. После потери контакта с пациентом начиналась процедура. Как правило для начала было достаточно 3-х введений. Седация поддерживалась дальнейшим дробным введением Пропофола 1 % по 2–4 мл.

Следует особо отметить, что в процессе работы в амбулаторных условиях, применение бензодиазепинов и др. седативных средств оказалось не целесообразным; так как эти препараты значительно удлиняли время пробуждения и время выписки из мед. Центра.

Осложнения. За время работы не было получено серьезных осложнений. Были зафиксированы 3 случая возникновения тошноты и рвоты, 4 случая выраженного болевого синдрома, который был успешно купирован НПВС. в 2 случаях отмечались быстропроходящие мелкоклонические судороги без нарушения дыхания, которые во время последующего наблюдения не повторялись

Интраоперационный мониторинг. Условием успешного и безопасного проведения амбулаторной операции является интраоперационный мониторинг при постоянном присутствии анестезиолога. В ходе операции мониторируются: АД, пульс, пульсоксиметрия, при необходимости ЭКГ, а при проведении ЭТН проводился мониторинг СО-2 и уровень закиси азота во вдыхаемом и выдыхаемом воздухе.

Послеоперационный контроль состояния пациента. В ближайшем послеоперационном периоде контроль за состоянием пациента проводился при помощи пульсоксиметрии и измерения АД при постоянном присутствии медсестры. Продолжала проводится инфузия в минимальном объеме. Профилактика тошноты и рвоты проводилась еще во время операции путем введения церукала, а для предупреждения болевого синдрома, так же во время операции вводился кеторолак. Критерием перевода из палаты пробуждения в палату повсе-

дневного нахождения являлся показатель SaO_2 не менее 95 % в течение 15 мин при дыхании обычным воздухом.

Условия выписки. Выписка из медицинского центра осуществлялась при восстановлении у пациента ясного сознания, отсутствия головокружения и тошноты, возможности пить и мочиться, с удовлетворительным самочувствием. Обычно это приходило через 3–6 ч после проведенного наркоза. К этому времени пациенты самостоятельно связывались по телефону с родственниками, что косвенно свидетельствовало о восстановлении когнитивных функций.

Выводы. Успешное проведение анестезиологических пособий при проведении хирургических операций и диагностических процедур в амбулаторных условиях с минимально возможным риском для пациента возможно при соблюдении следующих установок:

- обязательный строгий отбор пациентов анестезиологом и хирургом,
- при невозможности осмотра за несколько дней до операции, возможен осмотр в день операции;
- оснащение рабочего места анестезиолога в соответствии с приказами МЗ РФ;
- использованием современных препаратов короткого и сверх короткого действия;
- по возможности отказ от бензодиазепинов и др. седативных препаратов;
- применение мультимодальных методов обезболивания;
- возможность пациента в послеоперационном периоде связаться с оперирующим хирургом или медицинским центром в котором он было прооперирован;
- определение когнитивного статуса пациента при выписки из медицинского центра.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**М. Е. Шляпников¹, В. И. Белоконев², Л. В. Прохорова³, Л. В. Афанасьева³,
Н. В. Зикеева³, И. С. Кияшко³, О. В. Головина³, И. В. Мамонтова³,
Н. Н. Шестакова³**

¹Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
г. Самара

³ГБУЗ СО «Городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова»,
г. Самара

На фоне гнойно-деструктивных воспалительных поражений придатков матки возможно развитие абдоминальной хирургической патологии, частота,

структура и особенности клинического течения которой изучены недостаточно. Развитие хирургической абдоминальной инфекции у таких пациенток, считающейся осложнением основного заболевания, имеет особенности, которые затрудняют их своевременную диагностику, влияет на принятие тактических хирургических решений и выбор антибактериальной терапии. Целью настоящего исследования явилось улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам с гнойно-деструктивными заболеваниями придатков матки. Проведена клиничко-анамнестическая оценка течения заболевания у 250 пациенток: в I подгруппу наблюдения включены 100 больных с изолированным гнойным поражением репродуктивных органов, во II подгруппу – 150 пациенток, у которых течение заболевания осложнилось наличием абдоминальной хирургической патологии. В результате работы выявлено, что современными особенностями течения гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки являются: увеличение пациенток в возрастной группе моложе 25 лет – 12,4 %, стабильно высокая частота пациенток старше 35 лет – 62,3 %, уменьшение количества пациенток, использовавших внутриматочную контрацепцию в анамнезе – 46,2 % и женщин с отягощенным инфекционным анамнезом (хронический аднексит, хроническая урогенитальная инфекция) – 48,4 %, увеличение пациенток с дисбиозами влагалища (бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз) в анамнезе – 68,9 %. Из клиничко-анатомических особенностей течения настоящего заболевания следует отметить стабильно высокую частоту преимущественного билатерального поражения маточных труб (81,4 %) и сочетанных равноценных деструктивных изменений трубы и яичника (77,6 %), снижение частоты преимущественного поражения яичника (5,3 %), стабильно высокую частоту сопутствующей генитальной патологии, требующей расширения объема операции (миома матки, аденомиоз, оментит, аппендицит, ретенционные образования второго яичника, сигмоидит) и повышение частоты деструктивного панметрита, требующего выполнения радикальной гистерэктомии. Кроме того, выявлено снижение количества операций, выполненных по экстренным показаниям – в среднем на 5–6 % в год – 44,4 % случаев, параллельно с ростом срочно-отсроченных полостных операций после проведения комплексного клиничко-лабораторного обследования и стартовой эмпирической антибактериальной терапии – до 56,6 % случаев. Констатирована стабильно высокая частота сочетанных хирургических пособий – аппендэктомия (12,4 %), резекция большого сальника (12 %), обеспечение достаточно-эффективного хирургического доступа к тазовым органам при выраженном спаечном процессе брюшной полости (50,2 %), операция Гартмана – 1,8 %, наложение двустольного ануса – 1,8 % случаев. При посевах из цервикального канала у пациенток 2 подгруппы выявлены грамположительные возбудители в 45,1 % и, соответственно, грамотрицательные – 54,9 % случаев. Из грамотрицательных бактерий лидирующими были *Escherichia coli* (15,7 %), *Klebsiella* (11,8 %), *Citobacter* (7,84 %) и *Enterococcus* (7,84 %). Достаточно редко встречались *Cedecia ssp.* (1,96 %), *Neisseria ssp.* (1,96 %) и *Kluyvera ascorbata* (1,96 %). Из грамположительных микроорганизмов – лидирующее место у *Staphylococcus aureus* (19,6 %), *Staphylococcus ssp.* (11,8 %), редко – *Micrococcus* (1,96 %) и *Streptococcus* (1,96 %).

В посевах из гнойного очага в брюшной полости частота грамположительной и грамотрицательной микрофлоры была идентичной (по 50 % случаев). Из грамотрицательных микроорганизмов часто выделялись *Escherichia coli* (25 %) и *Klebsiella* (6,82 %), относительно редко – *Citobacter* (2,27 %), *Kocuria* (2,27 %) и *Neisseria ssp.* (2,27 %). Грамположительная флора представлена *Staphylococcus ssp.* (25 %), *Staphylococcus aureus* (18,2 %), достаточно редко определялись *Stenotrophomonas maltophilia* (2,27 %) и *Streptococcus* (2,27 %). Сопоставление результатов микробиологических высевок из цервикального канала и брюшной полости показало, что идентичность возбудителей характерна лишь для 10 пациенток (6,67 % случаев).

В результате сопоставления выделенных возбудителей с нозологическими вариантами выявленной хирургической абдоминальной патологии обнаружено, что *Staphylococcus ssp.* наиболее часто выделяется у пациенток со спаечной болезнью, аппендицитом и оментитом. Причем, *Staphylococcus aureus* максимально часто определялся в брюшной полости у пациенток со вторичным аппендицитом. Высевы *Escherichia coli* преобладали у больных с прогрессирующим перитонитом. Представители рода *Staphylococcus* наиболее часто встречались при спаечной болезни, *Citobacter* – при оментите, а *Enterococcus* – при аппендиците. Как следует из полученных нами данных, наиболее часто и традиционно использованный ЛИИ не проявил своей значимости в оценке эффективности лечения больных как в I, так и во II подгруппах ($p > 0,05$). Наибольшую ценность представляют СИЛМП и индекс КФЗ, которые, несмотря на отсутствие статистически значимого повышения в послеоперационном периоде, отражают в полной мере ($p < 0,001$) положительную динамику при выписке больной из стационара. Высокую статистическую значимость повышения индекса АНО ($p < 0,01$; $p < 0,001$), рассчитанную в процессе лечения пациентов, на наш взгляд, следует трактовать как отражение сопутствующей послеоперационного ведению больных значительной медикаментозной нагрузки, в первую очередь, за счет сочетанного назначения нескольких антибактериальных препаратов, что ранее нашло свое подтверждение при клинико-анамнестической оценке формирования дисбиотических состояний влагалища в исследуемой группе пациенток. При сравнении полученных показателей в двух исследуемых группах выявлено лишь одно статистически значимое различие – по индексу АНО, причем, как при поступлении пациенток ($p < 0,001$), так и нарастание данного показателя перед выпиской ($p < 0,05$). Полученные нами данные можно объяснить тем, что пациенты I подгруппы, имея менее выраженную клинику заболевания, перед направлением в стационар получали амбулаторные курсы неэффективной медикаментозной антимикробной терапии. В то время как у пациенток с наличием абдоминальной хирургической патологией (II подгруппа) клиническая манифестация заболевания проявляется максимально ярко, что служило причиной незамедлительной госпитализации больных в специализированные отделения.

Таким образом, в результате проведенного исследования определены основные клинико-анамнестические особенности пациенток с деструктивными воспалительными заболеваниями придатков матки, выявлена роль изучения по-

казателей неспецифической иммунологической резистентности организма в динамике оценки эффективности лечения и определении тактики ведения больных с тубоовариальными абсцессами.

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ФИБРИНОВОГО ГИДРОГЕЛЯ К СТИМУЛИРОВАНИЮ ВАСКУЛОГЕНЕЗА В КЛЕТОЧНЫХ СОВМЕСТНЫХ КУЛЬТУРАХ

А. И. Шпичка¹, А. В. Королева^{1,2}, П. С. Тимашев¹

*¹Институт регенеративной медицины,
ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова», г. Москва*

²Ганноверский лазерный центр, Ганновер, Германия

Проблема создания кровеносных сосудов при реконструкции мягких тканей является чрезвычайно актуальной, потому что их отсутствие может стать причиной развития многочисленных патологий и существенно ограничивает разработку успешных методов лечения с применением методов тканевой инженерии.

Для получения микроциркуляторной части сосудистого русла внутри заселенных клетками трехмерных биоконструктов были изучены различные макросоединения и клеточные культуры в отношении их васкулогенного потенциала [1–3]. В ранних [4–6] была показана возможность использования трехмерных матриксов на основе ПЭ Гилированного фибрина для изучения клеточной миграции, пролиферации, дифференциации и тубулогенеза. Однако возможность использования этого гидрогеля в инженерии сосудов требует дальнейшего изучения, в частности относительно возможности его применения для других типов клеток и их совместных культур. В связи с этим цель проведенного исследования заключается в выяснении оптимальных соотношений компонентов гидрогеля на основе модифицированного фибрина, обеспечивающего наиболее благоприятные условия для проявления васкулогенного потенциала совместной культуры эндотелиальных и стволовых клеток.

В эксперименте были использованы 5–7 пассаж человеческих стволовых клеток (hASCs) и 4–6 пассаж эндотелиальных клеток пуповинной вены (HUVECs). hASCs и HUVECs поддерживались в среде EBM-2 (Lonza, Швейцария) с 1 % фетальной бычьей сыворотки и 1 % пеницилина-стрептомицина. Лиофилизированные бычьи фибриноген и тромбин (Sigma Aldrich, Германия) растворяли в стерильном фосфатном буфере в концентрации 25 мг/мл и 100 У/мл, соответственно. Растворы тромбина добавляли к смеси фибриногена и клеточной суспензии для получения стабильного гидрогеля. Сканирующая электронная микроскопия была выполнена на микроскопе Quanta 400 F (Fei Company, США). Световая микроскопия инкапсулированных в геле клеток была осуществлена на микроскопе Zeiss (Германия). Конфокальная микроскопия

была выполнена на микроскопе Inverted Confocal LSM Zeiss 780 (Zeiss, Германия). Анализ культур HUVECs и hASCs на предмет экспрессии металлопротеиназы MT1-MMP осуществляли с использованием вестерн-блоттинга.

Проведенное исследование показало, что гидрогели на основе ПЭГилированного фибрина способны поддерживать трехмерный рост совместной культуры HUVECs и hASCs. Гель с микропористой нитчатой структурой, полученный из ПЭГилированного 5:1 фибриногена и тромбина в концентрации 0,2 U на 1 мг протеина, обеспечивал наиболее благоприятные условия микросреды для распространения, роста и развития совместно культивируемых hASCs и HUVECs. Было подтверждено, что значительное увеличение экспрессии коллагена IV типа, ламинина и гладкомышечного α -актина связано с совместным культивированием изучаемых типов клеток в гидрогеле на основе ПЭГилированного фибрина. В гидрогеле на основе модифицированного фибрина высокий уровень экспрессии MT1-MMP был отмечен в совместной культуре HUVECs и hASCs, но не в их монокультурах. Данное наблюдение дополнительно подтверждает зависимость процесса клеточно-опосредованного васкулогенеза от кокультивирования со стромальными клетками (hASCs).

Результаты данного исследования могут быть использованы в разработке микрофлюидных трехмерных конструкторов, заселенных клетками, с целью их дальнейшего применения в тканевой инженерии и диагностических системах.

Список литературы

1. Robust functional vascular network formation in vivo by cooperation of adipose progenitor and endothelial cells / D. Traktuev, D. N. Prater, S. Merfeld-Clauss, A. R. Sanjeevaiah, M. R. Saadatzaheh, M. Murphy // *Circ. Res.* – 2009. – Vol. 104. – P. 1410–1420.
2. Adipose tissue progenitor cells directly interact with the endothelial cells to induce vascular network formation / S. Merfeld-Clauss, N. Gollahali, K. I. March, D. O. Traktuev // *Tissue Eng. Part A.* – 2010. – Vol. 16. – P. 2953–2966.
3. Formation of human capillaries in vitro: the engineering of prevascularized matrices / I. Montano, C. Chiestl, J. Schneider, L. Pontiggia, J. Luginbuehl, T. Biedermann // *Tissue Eng. Part A.* – 2010. – Vol. 16. – P. 269–282.
4. Dikovski, D. The effect of structural alterations of PEG-fibrinogen hydrogel scaffolds on 3-D cellular morphology and cellular migration / D. Dikovski, H. Bianco-Peled, D. Seliktar // *Biomaterials.* – 2006. – Vol. 27. – P. 1496–1506.
5. Vascular differentiation of bone marrow stem cells is directed by a tunable three-dimensional matrix / G. Zhang, C. T. Drinnan, L. R. Geuss, L. J. Suggs // *Acta Biomater.* – 2010. – Vol. 6. – P. 3395–3403.
6. Bioengineering of dental stem cells in a PEGilated fibrin gel / K. M. Galler, A. C. Cavender, U. Koeklue, L. J. Suggs, G. Schmalz, R. M. D'Souza // *Regen. Med.* – 2011. – Vol. 6. – P. 191–200.

Электронное научное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения
и реабилитации больных

Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»
Минздрава России

Пенза, 27 октября 2016 г.

Материалы представлены в авторской редакции

Компьютерная верстка *М. Б. Жучковой*

Подписано к использованию 18.10.2016.

Объем 3102 Кб.

Заказ № 652.

Издательство ПГУ
440026, Пенза, Красная, 40.
Тел./факс: (8412) 56-47-33; e-mail: iic@pnzgu.ru

