Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Электронное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

Материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Пенза, 23 июня 2017 г.

Пенза
Издательство ПГУ
2017

УДК 616-071-08-036.868
ББК 53.4/5

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XIX юбилейной межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России [электронный ресурс]. – Электрон. текстовые, граф. дан. (5,69 Кб). – Пенза : Изд-во ПГУ, 2017. – 533 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 978-5-906975-04-1

Представлены материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Освещены актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Издание предназначено для медицинских и научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов медицинских специальностей.

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., Молотилов Б. А., Починина Н. К., Сопина Н. В., Струков В. И.

Оргкомитет конференции:
Кислов А. И., Мельникова Л. В., Баулина О. А., Бартош Л. Ф., Струков В. И., Молотилов Б. А., Васильков В. Г., Баранова И. П. , Ивачев А. С., Антропов А. Ю., Кулюцина Е. Р., Починина Н. К., Николаев В. М., Сергеева-Кондраченко М. Ю., Виноградова О. П., Петрова Е. В., Емелина М. В.

Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников.

ISBN 978-5-906975-04-1

© ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2017

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВРЕМЕННОГО МЕДИАЛЬНОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Д. В. Агафонов

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», г. Пенза

Варусные или вальгусные искривления коленных суставов частая причина 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 10º, то необходимо проводить обследование для исключения рахита. К возрасту 5–7 лет вальгусный бедренно-большеберцовый угол не должен отличаться от нормального угла у взрослых – 4–7º, но не более 9º (M. Fakoor, 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 отмечаются 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 степень легкая – угол отклонения 15º, II степень средняя – угол отклонения 16–20º, III степень тяжёлая – угол отклонения более 20º. 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 степени 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 конечностей, 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).

С 2011 по 2017 гг. в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова находилось на лечении 7 детей с вальгусными деформациями нижних конечностей в возрасте от 1 до 7 лет, из них 2 девочки и 5 мальчиков. Оперировано в возрасте 5 лет двое детей, в 10 лет – один ребенок, в 13 лет – четверо детей. У 6 детей операции проводились на обеих бедренных и большеберцовых костях, у 1 ребенка только на большеберцовой кости. Медиальный эпифизеодез проводился при помощи пластин и винтов с угловой стабильностью. Всем оперированным больным в процессе послеоперационного наблюдения создавалась небольшая варусная гиперкоррекция - 5º - 7º, после чего в 5 случаях проводилось удаление пластин и в 2 случаях только удаление винтов из метафизов.У 2 из 7 оперированных больных отмечался рецидив вальгусной деформации, связанный с интенсивным ростом детей, что потребовало проведение повторных операций – повторной установки винтов в метафизы в оставленные после первых операций пластины, закрепленные в эпифизах бедренных и большеберцовых костей. После достижения коррекции и одновременного окончания интенсивного роста ребенка, пластины и винты удалялись окончательно. У 5 детей к окончанию роста, составившего от 160 до 190 см, достигнуты хорошие результаты, двое детей находятся под наблюдением – признаков рецидива вальгусной деформации не наблюдается. Дополнительной иммобилизации и охранительного режима не проводится. Дети живут обычной для их возраста жизнью.

Таким образом, опыт применения гемиэпифизеодеза 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 эпифизеодеза и сокращает сроки лечения больных. У детей с интенсивным ростом и опасностью возникновения рецидива вальгусной деформации при достижении коррекции целесообразно оставлять пластины, удаляя винты только из метафизов, что в последующем облегчает проведение повторных операций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Н. И. Алешина, И. И. Кухтевич, О. А. Левашова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Обследовано 48 пациентов с ишемическим инсультом в каротидном бассейне, находившихся на лечении в первичном сосудистом отделении на базе больницы скорой медицинской помощи им. Г. А. Захарьина г. Пензы. В исследование включались пациенты любого возраста с впервые в жизни возникшим каротидным ишемическим инсультом средней (7–14 баллов по шкале NIHSS) и тяжелой (>15 баллов) степени, госпитализированные в первые 36 ч от момента заболевания. Во всех случаях отсутствовали показания к тромболизису, пациенты получали консервативное лечение: на фоне базисной терапии ишемического инсульта проводилась комбинированная нейропротективная терапия цитофлавином (10 мл), глиатилином (1000 мг) и актовегином (200 мг); препараты вводились внутривенно, ежедневно. Критериями исключения из исследования были: геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт с грубой сенсорной афазией, угнетение сознания при поступлении до уровня комы, декомпенсация или острая фаза соматических заболеваний. Длительность наблюдения за больными составила в среднем 21 день, в течение которых оценивалась динамика неврологического статуса с использованием шкалы NIHSS, некоторые биохимические показатели, на момент выписки из стационара оценивалась функциональная независимость в сфере повседневной по индексу Бартел. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Excel XP и STATISTICA 6.0.

Среднетяжелый каротидный ишемический инсульт был диагностирован в 33 случаях, тяжелый – в 15. Общая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов

Показатель	Среднетяжелый инсульт	Тяжелый инсульт
Число пациентов, n	33	15
Мужчин, n (%)	13 (39,4 %)	4 (26,7 %)
Женщин, n (%)	20 (60,6 %)	11 (73,3 %)
Средний возраст, лет, M(s)	68,9(9,9)	76,7(8,1)
Атеротромботический подтип инсульта, n (%)	17 (51,5 %)	6 (40 %)
Кардиоэмболический подтип инсульта, n (%)	12 (36,4 %)	9 (60 %)
Лакунарный подтип инсульта, n (%)	4 (12,1 %)	–
Локализация инсульта в правом полушарии, n (%)	17 (51,5 %)	7 (46,7 %)

Окончание табл. 1

Показатель	Среднетяжелый инсульт	Тяжелый инсульт
Локализация инсульта в левом полушарии, n (%)	16 (48,5 %)	8 (53,3 %)
Факторы риска:		
Артериальная гипертония, n (%)	31 (94 %)	15 (100 %)
Нарушение ритма сердца, n (%)	17 (51,5 %)	10 (66,7 %)
Ишемическая болезнь сердца, n (%)	16 (48,5 %)	9 (60 %)
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	5 (15,2 %)	3 (20 %)
Сахарный диабет, n (%)	8 (24,2 %)	4 (26,7 %)
Индекс массы тела (ИМТ), M(s)	28,7(6,2)	31,2(5,6)
Гиперхолестеринемия, n (%)	15 (45,5 %)	5 (33,3 %)

На момент поступления неврологический дефицит в группе среднетяжелого инсульта составлял 10 [7; 12] баллов по шкале NIHSS, в группе тяжелого – 17 [15; 18]. Очаговая неврологическая симптоматика соответствовала локализации ишемического инсульта. Динамика неврологического статуса на фоне лечения представлена на рис. 1.

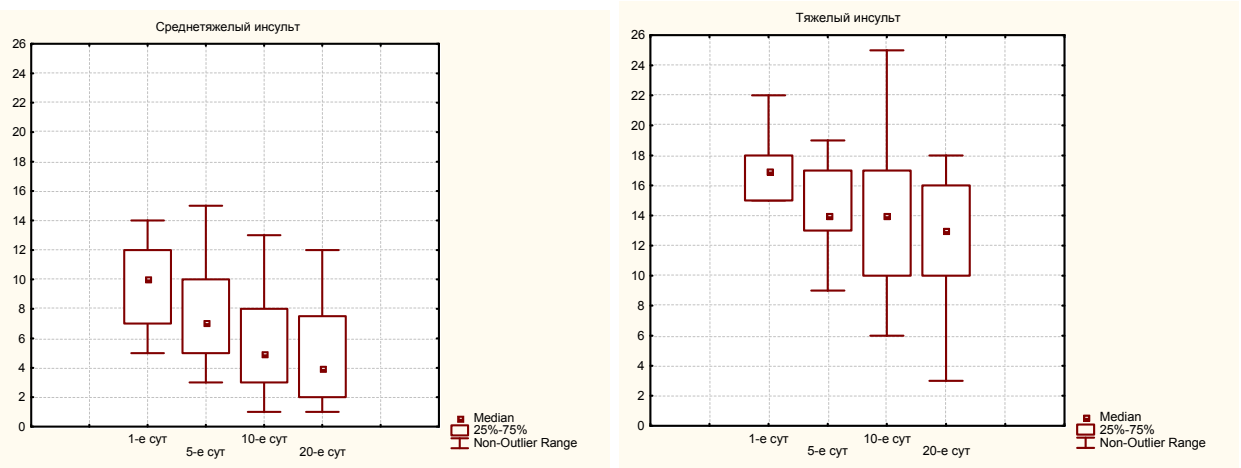


Рис. 1. Динамика выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS при среднетяжелом и тяжелом инсультах на фоне лечения, Me[25%;75%]

К концу наблюдения регресс баллов по шкале NIHSS составил в группе среднетяжелого инсульта 4 [2,5; 5] балла, в группе тяжелого – 3[2; 8]. В каждой группе зафиксировано по одному летальному исходу.

При анализе независимости в сфере повседневной деятельности у выживших пациентов, которая оценивалась по индексу Бартел, в группе среднетяжелого инсульта средний балл составил 80 [50; 90], в группе тяжелого – 35 [20; 55]. При этом полная зависимость от окружающих при среднетяжелом инсульте наблюдалась у 1 пациента. Подавляющее большинство пациентов с тяжелым инсультом к моменту выписки имели выраженную и полную зависимость от окружающих.

Пациенты с тяжелым инсультом при поступлении имели статистически значимый более высокий уровень показателей воспаления – С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина – 6 (ИЛ-6) и лейкоцитов, при небольшой разнице в показателе хемилюминесценции. Так, лейкоцитоз более $9{,}0\times10^9$/л был в 32,8 % наблюдений при среднетяжелом инсульте и в 54,2 % при тяжелом ($p = 0{,}02$). Уровни СРБ, ИЛ-6 и показатель хемилюминесценции в первые сутки инсульта представлены в табл. 2.

Таблица 2

Уровни СРБ, ИЛ-6 и показатель хемилюминесценции в первые сутки при среднетяжелом и тяжелом каротидном ишемическом инсульте

	Среднетяжелый инсульт	Тяжелый инсульт
СРБ, мг/л	6[2,5;17]	49[7;82]*
ИЛ-6, пг/мл	7[2;10,8]	9,5[8,2;13]*
Хемилюминесценция, светосумма	6,42[1,7;9,4]	8,1[3,9;12,6]

* $p < 0{,}05$ при сравнении со среднетяжелым инсультом

Таким образом, объективные клинические и лабораторные данные показывают определенные отличия на этапе поступления и течения ишемических инсультов разной степени тяжести. Группа пациентов с тяжелым ишемическим инсультом по сравнению со среднетяжелым характеризовалась более высоким возрастом и преобладанием женщин. В этой группе значительно чаще встречался кардиоэмболический инсульт, указание в анамнезе на ишемическую болезнь сердца и перенесенный инфаркт миокарда. Выраженность неврологического дефицита при тяжелом инсульте коррелировала с высоким уровнем СРБ и провоспалительного цитокина ИЛ-6. При анализе динамики клинической картины у пациентов с инсультом средней степени тяжести отмечено более быстрое восстановление функций по шкале NIHSS и меньшая зависимость от окружающих к моменту выписки, согласно индексу Бартел. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации лечения пациентов с ишемическим инсультом разной степени тяжести и прогнозирования функционального исхода заболевания.

МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ

А. З. Альмяшев, Р. А. Альмяшева

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

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические особенности распространения и технические аспекты резекции при местнораспространенных гастроинтестинальных стромальных опухолях (ГИСО) с позиции их прогностического значения, оценить первые результаты лечения в Республике Мордовия (РМ). ГИСО – это опухоли мезенхимального происхождения, которые в настоящее время выделены в самостоятельную нозологическую единицу как новообразования, имеющие определенные биологические и клинические характеристики. Они развиваются из клеток-предшественников, общих с интерстициальными клетками Кахала (пейсмекеры ЖКТ). Чаще всего ГИСО локализуются в желудке (60–70 %), тонкой кишке и/или ее брыжейке. Ранее чаще диагностировались как гладкомышечные опухоли (лейомиомы, лейомиосаркомы).

Задачи исследования. Обосновать оптимальный алгоритм клинической, морфологической диагностики и хирургического лечения местнораспространенных крупных и гигантских ГИСО с целью определения прогноза, анализа ранних и поздних интра- и послеоперационных осложнений, выживаемости пациентов.

Впервые проанализированы результаты лечения ГИСО в РМ с применением активной хирургической тактики при местнораспространенной опухоли, с мультивисцеральными резекциями (включая резекции магистральных сосудов) с последующей адъювантной биологически нацеленной (таргетной) терапией иматинимом мезилатом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ И ПРОПАНОРМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕЩИН С ПАРОКСИЗМАМИ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ

Амри Мохамед Салах[1], Е. Г. Зиновьева[2]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Цель исследования. Изучить эффективность и влияние на электрофизиологические (ЭФ) показатели сердца пробы Вальсальвы, однократного приема пропанорма и сочетанного применения пробы Вальсальвы с пропанор-

мом у беременных в первом триместре с пароксизмами реципрокной атриовентрикулярной ортодромной тахикардии (ПРАВОТ).

Материалы и методы исследования. Обследованы 28 беременных женщин с ПРАВОТ в возрасте от 19 до 32 лет (26,5±2,5). Исследование включало: ЭКГ в двенадцати отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, ультразвуковое исследование плода, чреспищеводное ЭФ исследование сердца, исследование крови на электролиты (калий, натрий), гормоны щитовидной железы (T_3, T_4, ТТГ).

Результаты и их обсуждение. Во время проведения пробы Вальсальвы происходило уменьшение ЧСС на 18,1 % ($p < 0,05$), точки Венкебаха – на 16,5 % ($p < 0,05$), времени дискретного проведения – на 24,3 % ($p < 0,01$). Также происходило уменьшение отношения St2-R2 max/St1-R1 min – на 16,9 % ($p < 0,05$) и St2-R2/ЭРП АВ узла – на 29,4% ($p<0,001$). Установлено увеличение ЭРП АВ узла на 20,1 % ($p < 0,05$), ЭРПЛП – на 20,3 % ($p < 0,05$). Увеличение верхнего окна тахикардии на 19,3% ($p<0,05$) и нижнего окна тахикардии на 31,1 % ($p < 0,01$) привело к сужению зоны тахикардии на 22,1 % ($p < 0,01$). Во время проведения пробы Вальсальвы из 16 ЭФ-показателей статистически достоверно изменялись 10 (62,5 %), которые участвуют в купировании ПРАВОТ и поддержании синусового ритма. Пробой Вальсальвы купирование аритмии было достигнуто за счет блокады проведения у 11 (39,3 %) в антероградном направлении по атриовентрикулярному узлу, 3 (10,7 %) – ретроградном, 1 (3,6 %) – антероградном и ретроградном, 13 – (46,4 %) купировать не удалось. Побочные проявления пробы Вальсальвы были у 1 (3,6 %) пациентки. Проведенный корреляционный анализ показал, что между динамикой ЭФ-показателей во время проведения пробы Вальсальвы и частотой спонтанных пароксизмов существует сильная обратная зависимость ($r = –0,9303$, $n = 28$, $p < 0,01$).

После однократного приема пропанорма выявлено уменьшение времени дискретного проведения – на 39,6 % ($p < 0,001$), отношения St2-R2 max/St1-R1 min – на 22,5 % ($p < 0,05$) и St2-R2/ЭРП АВ узла – на 46,9 % ($p < 0,001$). Установлено увеличение ЭРП АВ узла на 18,1 % ($p < 0,05$), ЭРПЛП – на 17,0% ($p < 0,05$). Увеличение верхнего окна тахикардии на 16,7 % ($p < 0,05$) и нижнего окна тахикардии на 23,1 % ($p < 0,01$) привело к сужению зоны тахикардии на 29,5 % ($p < 0,01$). После однократного приема пропанорма из 16 ЭКГ и ЭФ-показателей статистически достоверно изменялись 8 (50,0 %), которые участвуют в купировании ПРАВОТ и поддержании синусового ритма. Из 28 пациенток с ПРАВОТ после однократного приема пропанорма купирование аритмии был достигнуто за счет блокады проведения у 18 (64,8 %) в антероградном направления по атриовентрикулярному узлу, у 5 (17,9 %) – ретроградном, 2 (7,1 %) – антероградном и ретроградном, 3 – (10,7 %) купировать не удалось. Побочное проявление от однократного

приема пропанорма было у 2 (7,1 %) пациенток. Проведенный корреляционный анализ показал, что после приема пропанорма между ответственными ЭФ-показателями за поддержание синусового ритма и частотой спонтанных пароксизмов существует обратная зависимость ($r = –0,8530$, $n = 28$, $p < 0,01$).

На фоне сочетанного применения пробы Вальсальвы и пропанорма выявлено уменьшение времени дискретного проведения – на 71,3 % ($p < 0,001$), отношения St2-R2 max/St1-R1 min – на 48,5 % ($p < 0,001$) и St2-R2/ЭРП АВ узла – на 92,0 % ($p < 0,001$). Установлено увеличение ЭРП АВ узла на 17,3 % ($p < 0,05$), ЭРПЛП – на 24,9 % ($p < 0,01$). Незначительное увеличение верхнего окна тахикардии на 17,6 % ($p < 0,05$) и выраженное увеличение нижнего окна тахикардии на 25,6 % ($p < 0,01$) привело к сужению зоны тахикардии на 50,6 % ($p < 0,001$). В отличие от пробы Вальсальвы и пропанорма сочетанное применение пробы Вальсальвы с пропанормом вызвало увеличение St1-R1 min на 18,8 % ($p < 0,01$), уменьшение St2-R2 max – на 20,6 % ($p < 0,05$) и St2-R2 прирост – на 19,5 % ($p < 0,05$). По сравнению с пропанормом при сочетанном применении пробы Вальсальвы с пропанормом происходило дополнительное уменьшение времени дискретного проведения – на 18,5 % ($p < 0,05$), отношения St2-R2 max/St1-R1 min – на 17,5 % ($p < 0,05$) и St2-R2/ЭРП АВ узла – на 23,5 % ($p < 0,05$). Из 16 ЭФ-показателей статистически достоверно изменились 11 (68,8 %). Из 28 пациенток с ПРАВОТ в первом триместре в результате сочетанного применения пробы Вальсальвы с пропанормом купирование аритмии было достигнуто за счет блокады проведения у 16 (57,1 %) в антероградном направлении по атриовентрикулярному узлу, 7 (25,0 %) – ретроградном, 4 (14,3 %) – антероградном и ретроградном, 1 (3,6 %) – купировать не удалось. Побочные проявления сочетанного применения пробы Вальсальвы с пропанормом были у 3 (10,7 %) пациенток. Проведенный корреляционный анализ показал, что на фоне сочетанного применения пробы Вальсальвы с пропанормом между ответственными ЭФ-показателями за поддержание синусового ритма и частотой спонтанных пароксизмов существует обратная зависимость ($r = –0,8901$, $n = 28$, $p < 0,01$).

Таким образом, у пациенток с ПРАВОТ в первом триместре беременности купирование аритмии следует начинать с пробы Вальсальвы, а при отсутствии эффекта необходимо переходить на сочетанное применение пробы Вальсальвы с пропанормом. При сочетанном применении пробы Вальсальвы с пропанормом происходит не только увеличение количества анализируемых показателей, но и потенцирование электрофизиологического эффекта.

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

Н. В. Антропова, О. П. Миханова

ФГБОУ ВО «Пензенскийй государственный университет», г. Пенза

Потребность современного общества в специалистах, способных практически владеть иностранным языком, определяет особую важность проблемы повышения эффективности и качества обучения иностранному языку в неязыковом вузе. Необходимость интенсификации учебного процесса диктуется не только некоторыми специфическими особенностями иностранного языка как специального предмета, но и теми условиями, в которых осуществляется преподавание этой дисциплины на неязыковых отделениях. Это минимум аудиторной работы, невозможность постоянного непосредственного контроля со стороны преподавателя за результатами познавательной деятельности обучаемого, а также неоднородность контингента, как по возрасту, так и по языковой подготовке.

Очно-заочная форма обучения в Пензенском медицинском институте не делает никаких скидок на ограниченное количество аудиторных часов практических занятий. Программа предусматривает единую конечную цель обучения, не дифференцируя результаты за счет различных форм обучения, а именно: обучить студентов практическому владению языком, т.е. таким навыкам и умениям в различных видах речевой деятельности, которые дают возможность по окончании курса обучении читать оригинальную литературу по специальности для получении необходимой информации, принимать участие в устном общении на иностранном языке в определенных коммуникативных сферах, преимущественно профессиональной, в меньшей степени бытовой.

Остановимся на некоторых факторах повышения эффективности учебного процесса.

В основе правильной организации учебного процесса лежит формирование мотивации у студентов. Мотивация обучения может определяться как моментами, лежащими вне учебной деятельности (внешняя мотивация), так и моментами, вызванными самим процессом познания (внутренняя мотивация). Необходимо вмешиваться в мотивационную сферу обучаемых, чтобы формировать у них устойчивые мотивы изучения иностранного языка.

Обучение иностранному языку должно проходить в органической связи с курсами профилирующих дисциплин и с учетом особенностей мыслительной деятельности студентов данного факультета: специальность «Лечебное дело», «Стоматология» и «Фармация». Поэтому учебный материал должен быть смоделирован так, чтобы он отвечал учебно-профессиональным интере-

сам студентов, а также был легким и простым с точки зрения овладения иноязычной речью. Учебные материалы должны носить проблемный характер, содержать новую для студентов информацию, представлять для них профессиональный интерес.

Эффективность обучения иностранному языку находится в прямой зависимости от уровня активности обучаемого и его познавательной деятельности и степени его самостоятельности в данном процессе.

Активизация речевой деятельности обучаемого обеспечивается коммуникативной направленностью каждого задания и происходит на образцах речи, зафиксированных в типичных ситуациях. Ситуации должны быть жизненными, актуальными и максимально приближаться к реальным в рамках игровой деятельности. Проблемы, подлежащие обсуждению, должны заключать в себе возможность к высказыванию своего суждения, представлять интерес для говорящих. Таким образом, создаются условия для активной мыслительной деятельности, в процессе которой эффективнее всего протекает непроизвольное запоминание. Задача формирования коммуникативных навыков и умений иноязычной речи осуществляется благодаря широкому применению игровых и проблемных ситуаций, дискуссий, проектной работе.

Очно-заочная форма, 'обучения предполагает огромную самостоятельную работу студентов, поэтому такие важные языковые аспекты, как грамматический, лексический, словарный, должны в основном отрабатываться самостоятельно. Результативность обучения иностранным языкам можно увеличить, если научить студентов самостоятельно контролировать правильность выполнения тренировочных упражнений.

Таким образом, как показывает практика работы со студентами очно-заочной формы обучения, сочетание разнообразных факторов дает возможность повысить эффективность преподавания иностранного языка [1, 2].

Библиографический список

1. Антропова, Н. В. English in medicine. Реферирование и аннотирование медицинского текста : учеб. пособие / Н. В. Антропова, О. П. Миханова. – Пенза : Информационно-издательский центр ПензГУ, 2009. – 76 с.

2. Антропова, Н. В. Let`s train grammar : учеб. пособие / Н. В. Антропова, Г. А. Чернова, О. П. Миханова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2011. – 112 с.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

А. В. Аракчеев[2], Т. В. Чернова[2], М. Ф. Купцова[1], В. Г. Васильков[1], А. А. Гришин[2]

[1] ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

ОРДС – это острое, диффузное, воспалительное поражение легких, ведущее к проницаемости сосудов, повышению веса легких и снижению аэрации легочной ткани.

Этиологически ОРДС является результатом повреждения структур аэрогематического барьера, что ведет к нарушению оксигенирующей функции легких с развитием гипоксии и последующим каскадом субклеточных, клеточных, органных 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 =< 300 при ПДКВ или CPAP >= 5 см водн. ст. (Летальность 27%).

Умеренный ОРДС: 100 < PaO2/FiO2 =< 200 при ПДКВ или CPAP >= 5 см водн. ст. (Летальность 32 %)

Тяжелый ОРДС: PaO2/FiO2 =< 100 при ПДКВ или CPAP >= 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 от года к году, 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 вазодилятаторы и вазоконстрикторы, перфторуглероды, препараты, влияющие на различные звенья неспецифического воспалительного процесса в легких, антиоксиданты, антигипоксанты.

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-объем», 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 повышении 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 $SaO_2 > 90$ %; $PaO_2 > 60$ мм рт. ст.), при $FiO_2 < 0{,}6$, 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.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А. Н. Астафьева[1], В. И. Струков[1], Г. В. Долгушкина[1], Р. Т. Галеева[1], Н. А. Милованова[2], В. С. Либерова[2], М. А. Скитович[2], В. А. Яшина[2], Л. Р. Искандярова[2], Н. В. Бодрягина[2], К. В. Алексевнина[2], А. А. Колкина[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», г. Пенза

Актуальность. В течение многих десятилетий в структуре нефрологической патологии у детей ведущее место занимают пиелонефрит и цистит, причем с тенденцией роста из года в год (Вялкова А. А., 2006, Эрман Н. В., 2010). Малосимптомность и неспецифичность клинических проявлений у детей раннего возраста затрудняет своевременную диагностику, что способствует хронизации воспалительного процесса из-за неадекватной терапии (Чугунова О. Л., 2011). Поздняя диагностика урологической патологии, нередко приводит к рецидивированию инфекции мочевой системы, что требует проведения повторных курсов антибактериальной терапии. Нерациональное использование антибиотиков, в том числе и при вирусных инфекциях, в свою очередь, способствует развитию резистентности уроштаммов. Распространенность антибиотикорезистентных возбудителей затрудняет проведение эффективной терапии.

Целью исследования явилось проведение микробиологического мониторинга для повышения эффективности лечения инфекций мочевой системы у детей.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 1357 детей с инфекциями мочевой системы (за 2014–2016 гг.) в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Микробиологическое исследование мочи проводилось по общепринятым в нефрологии методикам.

Результаты. При изучении этиологической структуры инфекций мочевой системы у детей, в результате анализа полученных данных установлено, что из 1357 исследований выделены возбудители лишь у 229 детей (16,9 %), в остальных случаях роста микрофлоры не обнаружено. При этом, основными возбудителями явились грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteri-

aceae в 116 случаях (50,4 %) (Klebsiella (47,5 %), E.coli (25,9 %), Enterobacter (8,7 %), Citrobacter (1,8 %), прочие (16,1 %)), где ведущим уроштаммом установлена Klebsiella. На втором месте оказались возбудители из семейства Staphylococcus – у 67 детей (29,1 %), аэробные грамотрицательные палочки обнаружены у 21 ребенка (9,1 %). Возбудитель семейства Enterococcus выявлены у 16 детей (7 %). Доля патогенных грибов составила 2,6 % (у 6 детей), Streptococcus sp. – 1,3 % (у 3 детей) и прочие 0,4 % (1 ребенок).

При изучении чувствительности выявленных возбудителей к антибиотикам, нами установлено, что у грамотрицательных бактерий из семейства Enterobacteriaceae наибольшая чувствительность к амикацину (94,2 %), амоксициллин / клавулановой кислоте (89,7 %), меропенему (88,3 %), цефотаксиму (79,4 %), цефуроксиму (65,3 %), а к цефипиму лишь 57,1 %, ампициллину 29,8 %. Аэробные грамотрицательные палочки (неферментирующие глюкозу) оказались чувствительные к меропенему (86,7 %), цефтазидиму (83,3 %), возбудители из семейства Staphylococcus – оксациллину, амикацину, азитромицину, имипенему в 100 %, а к бензилпенициллину 100 % резистентность. Бактерии рода Enterococcus оказались наиболее чувствительны к ванкомицину, ципрофлоксацину, левофлоксацину – 100 %, к бензилпенициллину – 70 %.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что в нашем регионе на современном этапе при инфекциях мочевой системы у детей наиболее часто высеваются уроштаммы семейства Enterobacteriaceae, из них ведущими являются Klebsiella и E.coli, а также возбудители рода Staphylococcus, чувствительные в большинстве случаев к цефалоспоринам III поколения, карбопенемам, аминогликозидам III поколения и «защищенным» пенициллинам. Следовательно, в качестве стартовой эмпирической терапии в условиях стационара целесообразно назначение цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтазидим), карбопенемов (меропенем, имипенем) с последующей коррекцией после получения результатов посева мочи. Выбор антибактериальных препаратов с учетом выявленных уроштамм позволит повысить эффективность лечения детей с инфекциями мочевой системы и снизить частоту рецидивирования заболеваний.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. Н. Ашанина, А. А. Железова

ГБУЗ ПО «Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр», г. Пенза

В соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. в Пензенской области завершены мероприятия по оптимизации сети медицинских организаций. Данные изменения направ-

лены на повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи жителям области.

Обязательными условиями проведения мероприятий по оптимизации сети медицинских организаций является сохранение медицинских кадров, объемов и условий бесплатной медицинской помощи, оказываемой жителям области в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Территория региона, численность населения, его демографическая структура и плотность расселения, заболеваемость, размещение и характер производств, транспортная доступность и другие факторы оказывают непосредственное влияние на объемы и структуру оказания медицинской помощи, а, следовательно, и на размещение сети и профильности медицинских организаций.

Численность населения области ежегодно уменьшается на 5–8 тыс. человек, что приводит к пересмотру сети и кадрового состава медицинских организаций.

Схема территориального планирования организации первичной медико-санитарной помощи жителям районов Пензенской области утверждена приказом Министерства здравоохранения Пензенской области № 365 от 30 сентября 2016 г. Проанализирована сеть медицинских организаций каждого района, уточнена численность населения и расстояние от каждого населенного пункта до ближайшего медицинского учреждения.

Значительные изменения произошли в районах области с населением до 25 тыс. человек. Три районные больницы вошли в состав межмуниципальных районных больниц, шесть районных больниц реорганизованы в участковые.

В настоящее время медицинскую помощь жителям муниципальных районов области оказывают 5 межрайонных больниц, 10 районных больниц, 17 участковых больниц, 69 врачебных амбулаторий, 508 ФАП и ФП.

Для оказания первичной медицинской помощи жителям малочисленных населенных пунктов организованы выездные формы работы. В области выросло количество мобильных медицинских бригад с 2 в 2015 г. до 33 в 2016 г. По согласованному плану бригады медработников межрайонных и районных медицинских организаций выезжают в отдаленные населенные пункты. За 2016 г. специалистами мобильных медицинских бригад осмотрены более 198 тыс. человек.

Для оказания квалифицированной медицинской помощи на базе областных учреждений и межрайонных больниц работают врачебные бригады. В 2016 г. специалистами врачебных бригад консультировано 63,5 тыс. жителей районов области. Утвержден перечень населенных пунктов, в которых необходимо открытие фельдшерско-акушерского или фельдшерского пунктов. В 9 районах области запланировано строительство 7 фельдшерско-акушерских пунктов и 8 фельдшерских здравпунктов.

С 2011 г. в небольших сельских населенных пунктах организованы и работают домовые хозяйства первой помощи, в 2016 г. их количество соста-

вило 253. Домовые хозяйства укомплектованы и систематически пополняются укладками первой помощи, обеспечены средствами бесперебойной связи. Представители домовых хозяйств прошли обучение оказанию первой помощи на базе ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области». На базе кабинетов неотложной медицинской помощи в поликлиниках организованы консультативные пункты для представителей домовых хозяйств.

По оценке независимых экспертов по итогам 2015 г. в рейтинге эффективности систем здравоохранения 85 регионов РФ, Пензенская область вошла в первую десятку наряду с такими регионами, как: Республики – Дагестан, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская, Чувашия, а также Ставропольский край и Кировская область.

Рейтинг разработан и составлен Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и означает возможность регионов добиться более высоких значений ожидаемой продолжительности жизни при имеющихся финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах.

Сегодня Пензенская область является площадкой, где реализуются практически все «пилотные проекты», рекомендованные Минздравом РФ, доказывая свою состоятельность и эффективность, но, самое главное, сохраняя здоровье и жизнь жителей региона.

За последние два года ожидаемая продолжительность жизни выросла почти на 1 год с 71, 63 до 72, 53 лет. В сравнении с 2014 г. общая смертность населения сократилась на 3%, смертность в трудоспособном возрасте – на 8 %. Показатели младенческой и материнской смертности в регионе – стабильно ниже среднероссийского уровня.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ в 2016 г.

Н. Н. Ашанина, Л. С. Фролова

ГБУЗ ПО «Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр», г. Пенза

Стационарная помощь является наиболее ресурсозатратной, поэтому важно наиболее рациональное использование коечного фонда, снижение сроков стационарного лечения. Даже в условиях запланированного увеличения объема и улучшения качества амбулаторно-поликлинической помощи определенная часть больных нуждается именно в стационарной помощи.

В Пензенской области круглосуточные койки развернуты в 35 медицинских организациях. Показатель обеспеченности койками по области составил 74,1 на 10 000 населения (РФ 2015 г. – 75,0), работают более 9 тыс. коек.

В 2016 г. в круглосуточных стационарах лечение прошли более 285 тыс. пациентов, что на 2 % больше, чем в 2015 г. Уровень госпитализации увеличился с 20,7 до 21,4 на 100 населения. Более 85 тыс. пациентов доставлено в стационары по экстренным показаниям скорой медицинской помощью.

Среднее пребывание на койке снизилось с 11,1 дней в 2015 г. до 10,7 в 2016 и меньше, чем по РФ – 11,4. Занятость круглосуточной койки составила 320,0 дней, что соответствует нормативу.

Наибольшая потребность в стационарном лечении у пациентов с болезнями системы кровообращения, их доля составляет почти 30% от выбывших взрослых из стационара.

Особенностью Пензенской области является высокая доля лиц старше трудоспособного возраста в структуре населения (28,5 %, РФ – 24,5 %). Соответственно есть потребность в койках для данной возрастной группы. В 2016 г. на базе Областного госпиталя для Ветеранов Войн развернуто 30 коек геронтологического профиля. Востребованность геронтологических коек высокая, занятость составила 355 дней при нормативе – 330 дней.

Вступивший в силу с 1 января 2012 г. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвердил новый вид медицинской помощи – паллиативную медицинскую помощь. Паллиативная помощь направлена на избавление от боли, облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных.

В г. Пензе и районах области функционируют 206 коек сестринского ухода и 170 паллиативных коек. В 2016 г. на этих койках оказана помощь 6,7 тыс. пациентов с тяжелыми заболеваниями.

Потребность в стационарной помощи определяют медико-демографические, медико-организационные, социально-психологические и медико-социальные факторы. К последним относятся уровни заболеваемости и санитарной культуры населения, а также степень развития различных социальных служб. В связи с ежегодным увеличением контингента ВИЧ-инфицированных и для улучшения помощи больным ВИЧ-инфекцией в 2016 г. на базе Областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи открыты 15 инфекционных коек для лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

В Пензенской области ежегодно регистрируется около 3 тысяч случаев инфаркта миокарда и более 7 тыс. острых цереброваскулярных болезней. В области обеспечена профильная госпитализация пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения в региональный сосудистый центр, который организован на базе Областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко, и в шести первичных сосудистых отделений на базе четырех межрайонных больниц и двух городских больниц г. Пензы. В результате отмечается снижение летальности от инфаркта миокарда с 12,1 % в 2015 г. до 11,6 % в 2016 и летальности при острых нарушениях мозгового кровообращения с 18,7 до 17,2 %.

Постоянно растет число жителей области, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). В шести государственных бюджетных учреждениях здравоохранения области оказывается ВМП в рамках реализации государственного задания по 10 профилям: травматология и ортопедия, нейрохирургия, урология, сердечно-сосудистая хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, онкология, офтальмология, торакальная хирургия, педиатрия. В 2016 г. выполнено более 11 тыс. высокотехнологичных операций, что больше на 10,0 %, чем в 2015 г.

Основными направлениями повышения эффективности использования коечного фонда являются: улучшение качества диагностики и лечения на основе использования современных методик и современного оборудования; улучшение преемственности между поликлиникой и стационаром, совершенствование структуры коечного фонда с учетом потребности населения в различных видах специализированной медицинской помощи, развитие стационарозамещающих технологий.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Л. А. Балабанова, А. А. Имамов, С. К. Камаев

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Формирование здорового образа жизни и борьба с вредными привычками являются одним из постулатов формирования индивидуального здоровья и здоровья населения. Данные, приводимые в официальных докладах о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации, свидетельствуют о росте в последние годы количества населения, наиболее подверженного влиянию социальных факторов, ориентировочная доля которого составила 58,4 %, а факторам образа жизни подвержены 55,3 % населения.

Изучение влияния факторов образа жизни на репродуктивное здоровье населения трудоспособного возраста позволяет установить социально-бытовые факторы и индивидуальные особенности поведения, способные оказать негативное влияние на репродуктивную систему, что поможет в дальнейшем выявить группы риска, разработать и провести профилактические, оздоровительные и восстановительные мероприятия в группах риска.

Одной из систем организма, особенно восприимчивой к внешним факторам, является репродуктивная система. Данные исследований показывают, что при равных уровнях воздействия репродуктивная система мужчин наиболее чувствительна, чем женская.

Табакокурение входит в перечень факторов образа жизни, являющихся не только канцерогенными, но оказывающих негативное влияние на репродуктивную функцию. Приводимые в источниках литературные данные свидетельствуют о таких нарушениях в репродуктивной системе у курящих, как снижение секреции тестостерона яичком, низкая концентрация спермиев в эякуляте, слабая подвижность и оплодотворяющая способность сперматозоидов.

С целью выявления факторов, оказывающих влияние на формирование рисков нарушения репродуктивного здоровья, проведено комплексное исследование состояния здоровья мужчин трудоспособного возраста.

Все обследуемые мужчины были разделены на исследуемую и контрольную группы. Внутри каждой группы было сделано распределение на подгруппы по возрасту, стажу и профессии.

В исследовании были использованы социологический, гигиенический, биохимический и статистический методы.

Анкетирование было проведено по специально разработанной анкете, содержащей такие вопросы, как отношение к здоровью, социальный статус респондентов, вредные привычки, перенесенные заболевания, условия труда.

Методом иммуноферментного анализа определялись уровни гормонов, регулирующих репродуктивную функцию мужчин (тестостерона, лютеинизирующего гормона (лютропина), фолликулостимулирующего гормона (фоллитропина). Отклонения уровней гормонов оценивались в зависимости от возрастной нормы.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного пакета программ с применением параметрических и непараметрических методов.

Обработка результатов анкетирования показала, что табачной зависимостью страдают 66,3 % респондентов. В стажевой группе 0–9 лет курят 72,7 % опрошенных, 70 % курящих в стажевой группе 10–19 лет, 60 % – в стажевых группах 20–29 лет и 30–39 лет, среди лиц со стажем 40–49 лет табакозависимость отметили 50 % опрошенных.

Среди курящих мужчин отклонения по содержанию гормонов выявлены у 27,3 % обследованных, что почти на 10 % больше, чем у некурящих – 17,6 %. Следует отметить, что у 6,1 % курящих выявлены нарушения по 2 гормонам (тестостерон и лютропин, лютропин и фоллитропин), а у 3,2 % – по всем трем исследованным гормонам. Следует отметить, что у некурящих отклонения по двум и трем гормонам не зафиксированы.

Результаты проведенного исследования показали, что у курящих мужчин нарушения гормонального статуса встречаются почти в 1,5 раза чаще, чем у некурящих. Достоверное изменение гормонального статуса у страдающих табачной зависимостью (увеличение уровней лютропина и фоллитропина, снижение уровней тестостерона по сравнению с возрастной нормой, а также более часто встречаемые нарушения по двум и более исследуемым гормонам одновременно), свидетельствуют о том, что табакокурение можно

отнести к факторам риска возникновения нарушения репродуктивного здоровья мужчин трудоспособного возраста. Среди курящих необходимо проведение профилактической и разъяснительной работы, направленной на формирование навыков здорового образа жизни, здоровьесберегающего поведения, ориентирование на отказ от табака, повышение уровня социально-гигиенической грамотности. Также важным является постоянный мониторинг состояния здоровья с проведением исследований, направленных на раннее выявление заболеваний репродуктивной системы.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

И. В. Балакина, Е. А. Ксенофонтова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н. Ф. Бурденко», г. Пенза

Цель исследования: изучение роли УЗИ кишечника с контрастированием в алгоритме ранней диагностики патологии толстого кишечника.

Материалы и методы. Проанализированы данные УЗИ кишечника с контрастированием 2237 пациентов, обращавшихся в медицинский центр «Диагноз», г. Пенза. Возраст пациентов составил от 24 до 80 лет, из них мужчин – 1115 (48,5 %), женщин – 1122 (51,4 %). План обследования включал ультразвуковые, эндоскопические, гистоморфологические методы. Методика трансабдоминального ультразвукового исследования кишечника с наполнением его полости жидкостью проводилось по стандартной методике в основном на аппарате Aplio XG (Toshiba, Япония) с помощью конвексного датчика с диапазоном частот 1,9–6,0 МГц.

Результаты. В оценке неизмененной эхоструктуры кишечной стенки и при его поражении различной патологией основными признаками явились показатели толщины стенки и ее послойность, которые в норме имели следующие значения: – 2–3 мм; при хроническом колите – 4,8–6,5 мм, при раке кишечника – 8,9–67,0 мм соответственно. Оценивалась длина кишки во всех отделах, также высота складок и длина гаустры.

В 47 (2,1 %) случаях было выставлено заключение: долихоколон.

По характеру перистальтики (вихревые движения каловых частиц на определенном участке просвета кишки за единицу времени) дискинезия толстого кишечника по гипермоторному типу выставлялась в 25,6 % случаях; по гипомоторному типу – 19,4 % случаях. Недостаточность баугиниевой заслонки диагностировалась в 3,4 %.

Симптом ППО, характеризующий рак кишечника, включал в себя следующие признаки: неравномерное увеличение толщины кишечной стенки (100,0 %) и/или одного или нескольких эхослоев (100,0 %), неровность контуров (внутрених и/или наружных) стенки (95,3 %); нарушение дифференциации эхослоев (78,0 %); нарушение эхоструктуры слоев – первого и второго эхографических слоев (60,37 %). Из всех случаев опухолевого поражения кишечника, первично выявленных эхографически, аденокарциномы составили 117 (5,3 %). Диагностированы также полипы – 18,2 %, полипы с малигнизацией – 6,2 % дивертикулез ободочной кишки – 2,5 %, дивертикулы с явлениями дивертикулита – 0,6 %.

Выводы.

Результаты работы показали целесообразность использования УЗИ кишечника с контрастированием в алгоритме стандартных методов исследования с целью ранней дифференциальной диагностики различной патологии толстого кишечника.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г. А. Баранова, Я. И. Белякова

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

В современных условиях особенностями протекания большинства заболеваний является коморбидность. В частности, во многих клинических случаях сосудистая патология головного мозга сочетается с эндокринной. Сосудистые заболевания являются одной из значимых причин смертности населения и его нетрудоспособности, что приводит к серьезным социально – экономическим потерям. Эндокринная патология в настоящее время также имеет тенденцию к возрастанию в популяции. И сосудистые поражения головного мозга, и эндокринопатии сопровождаются нарушениями в психоэмоциональной сфере.

Целью нашего исследования было изучить особенности психометрического тестирования у больных с хронической ишемией головного мозга (ХИМ) и гипотиреозом при их сочетании для использования результатов в проведении ранней диагностики и оптимального ведения данной категории пациентов.

Были обследованы две группы больных: исследуемая группа с ХИМ и гипотиреозом 25 человек, средний возраст 66,4±1,28 лет и контрольная группа больных только с ХИМ 25 человек, средний возраст – 68,3±1,32 года. Пациенты обеих групп статистически не различались по возрасту.

Всем больным, включенным в данное исследование, проведено обследование неврологического статуса, эндокринного статуса, лабораторное исследование. Для выявления нарушений в психоэмоциональной сфере было

проведено психометрическое тестирование с использованием шкал и опросников. Использовались: госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale) по A. S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983; D. Wade, 1993; И.А. Бевз; шкала тревоги Спилбергера (State – trait anxiety inventory) по C. Spielberger и соавт., 1970; Ю. А. Ханин, 1976; И. А. Бевз, 1999. Госпитальная шкала тревоги и депрессии разработана для выявления и оценки депрессии в общей клинической практике. Результаты оцениваются по количеству набранных при ответе баллов (0–7 – отсутствие клинически выраженных проявлений тревоги/депрессии, 7–14 баллов – признаки субклинически выраженной тревоги/депрессии, более 14 баллов – клинически выраженная тревога/депрессия). Шкала Спилбергера представляет собой анкету-опросник, позволяющую выявить уровень личностной и ситуативной тревожности. При интерпретации показателей используют ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла – умеренная; 45 и более – высокая.

В 100 % случаев в исследуемой группе больных диагностировались психоэмоциональные расстройства. У пациентов определялся пониженный фон настроения, общая слабость, вялость, раздражительность, повышенная утомляемость, быстрая истощаемость после минимальных физических и эмоциональных нагрузок. У пациентов контрольной группы изменения в психической сфере определялись в 56 % наблюдений – у 14 человек.

Тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии дало следующие результаты: в группе больных с ХИМ и гипотиреозом средний балл по субшкале тревоги составил 15,8±0,6, по субшкале депрессии – 14,3±0,7. Это соответствовало клинически выраженным тревожным и депрессивным проявлениям. В группе больных только с ХИМ средний балл по субшкале тревоги составил 9,8±0,4, по субшкале депрессии – 7,5±0,3, что в данной ситуации соответствовало субклинически выраженной тревоге и депрессии. Данные показатели достоверно характеризуют преобладание нарушений в психоэмоциональном статусе у больных с сочетанной сосудистой и эндокринной патологией.

По результатам анкетирования по шкале тревоги Спилбергера выявили высокий субъективный уровень личностной и ситуативной тревожности у пациентов с ХИМ и гипотиреозом. Средний суммарный балл по тревожности в данной группе составил: личностная тревожность – 47,6±0,5; ситуативная – 44,5±0,8. У больных с только с ХИМ определялся умеренный уровень тревожности. Средний суммарный балл по личностной и ситуативной тревожности у больных этой группы был равен 30,8±0,5 и 32,7±0,4 соответственно. Эти данные также достоверно свидетельствуют о наличии значительных по выраженности изменений в эмоционально-волевой сфере у пациентов исследуемой группы и подтверждают результаты тестирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Применение психометрического тестирования у пациентов с коморбидной патологией позволило выявить особенности в психоэмоциональном ста-

тусе у данной категории больных. Выявленные по применяемым шкалам высокие тревожные и депрессивные показатели дают возможность говорить о клинически значимых изменениях в психической сфере у пациентов с сочетанием ХИМ и гипотиреозом, что статистически достоверно по сравнению с пациентами только с ХИМ. Выраженные психоэмоциональные расстройства у пациентов с коморбидностью влияют на течение и прогноз заболеваний. Своевременное проведение психометрического тестирования необходимо для раннего выявления изменений в эмоционально-волевой сфере и назначения комплексного лечения.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

И. П. Баранова, О. А. Коннова, О. Н. Лесина, М. В. Никольская, О. А. Зыкова, Ж. Н. Карнеева, Л. И. Краснова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Минздрав России в 2016 г. выделил пять направлений стратегического развития Российской Федерации по здравоохранению, таких как: организация медицинской помощи матерям и детям; доступность медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации; сокращение сроков ожидания и повышение качества оказываемой гражданам медицинской помощи; доступность для населения современных и качественных лекарственных препаратов; а также обеспечение современного уровня профессиональной подготовки врачебных кадров на базе профессиональных стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и внедрение новой системы допуска к профессиональной деятельности, устранение кадрового дефицита в отрасли. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» предполагает разработку и реализацию комплекса 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…».

Цель работы: повышение квалификации врачей по актуальным вопросам инфекционных болезней на основании принципа непрерывного профессионального образования (НПО), в том числе с использованием портала непрерывного образования Минздрава России (edu.rosminzdrav.ru). Методы: дидактические, организационные, клинические.

Основная часть. Подготовка врачей к аккредитации, непрерывное профессиональное образование, современные образовательные технологии (симуляционные курсы, дистанционное обучение, модульный принцип ПК и др.), профессиональные стандарты, качество традиционного обучения становятся ведущими направлениями в деятельности клинических кафедр. Кафедра инфекционных болезней проводит циклы повышения квалификации для врачей различных специальностей, что отражено на портале edu.rosminzdrav.ru. Календарный план циклов по дополнительным профессиональным программам на 2017 г. включает 15 циклов по гос. заданию, а также 6 циклов по заявкам здравоохранения (цикл профессиональной переподготовки, 576 часов; 2 дистанционных цикла ПК, 72 часа; 1 выездной цикл, 144 часа; 2 цикла ПК, 72 часа), 4 цикла объемом 36 часов и 1 цикл для ординаторов «смежных» специальностей, 32 часа. Всего – 26 циклов (план: 15 циклов, 249 сл./мес., 289 слушателей) В 1 квартале 2017 г. проведены 7 циклов, в том числе, 4 – сверх плана; повысили квалификацию 101 специалист (98 сл./мес.). К 2017 г. разработаны и представлены на портале НПО различные по тематике циклы (в объеме 36 часов): «Актуальные вопросы клиники, лечения и профилактики современного гриппа и респираторных инфекций»; «Воздушно-капельные инфекции: современные аспекты лечения, профилактики и мониторинга»; «Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекции как проблема социально-значимых заболеваний»; «Диагностика, лечение, профилактика острых кишечных инфекций у детей и взрослых» и др. Кроме того, на основании решения заседания Правительственной комиссии по вопросам биологической и химической безопасности Российской Федерации (от 24.09.2014 г.) кафедра реализует обучение специалистов на цикле (в объеме 72 часа) «Избранные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-инфекция (вопросы инфекционной безопасности)», при проведении которого рассматриваются проблемы инфекционной безопасности, биотерроризма, противоэпидемические мероприятия в очагах инфекций (в т.ч. особо опасных). В 2015–2016 гг. проведено 12 таких циклов, повысили квалификацию 187 врачей (терапевты, педиатры, врачи общей врачебной практики, хирурги и др.); в 2017 г. запланировано ещё 9 таких циклов. При реализации циклов, наряду с лекциями, практическими занятиями и семинарами, используется иллюстративный материал (включая видеофильмы), клинические разборы больных, демонстрация сложных случаев из практики, банк измерительных материалов (тесты, ситуационные задачи); особое внимание обращается освоению практических навыков. В конце циклов врачам представляется электронная версия пакета нормативных документов. В то же время, имеется ряд спорных, нерешенных или дискуссионных вопросов: своевременность подтверждения «статуса» пройденного цикла на портале НПО?; обоснованность «жесткого» требования к «накоплению» 50 часов в год (кредитов, баллов, зачетных единиц)?; обеспечение кредитами (часы, баллы, зачетные единицы) организаторов конференций, докладчиков, руководителей симпозиумов, авторов публикаций?; невозможность включе-

ния в учебные планы «краткосрочных» циклов программ мобилизационной подготовки и медицины катастроф?; согласованность процедур подтверждения квалификационной категории, проведения НПО и аккредитации?; междисциплинарные проблемы при подготовке врачей «смежных» специальностей, НПО и аккредитация?; сложность формирования календарного плана (гос. задания) и его выполнения при увеличении числа «краткосрочных» циклов и др.

Заключение: для совершенствования непрерывного профессионального образования врачей необходимы системные организационные меры, постоянная работа с врачебными кадрами, междисциплинарный подход в реализации модели обучения; подготовка слушателей различных специальностей по разделам «инфекционные болезни».

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРИППА И ОРВИ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФГБУЗ МСЧ 59 ФМБА РОССИИ г. ЗАРЕЧНЫЙ

И. П. Баранова[1], И. А. Малова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза,
[2]ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 59» ФМБА России, г. Заречный

Цель исследования: явилось изучение этиологической структуры гриппа и ОРВИ у госпитализированных больных в эпидсезоны 2011–2016 гг.

Пациенты и методы исследования: в исследование включены 3982 пациента, пролеченных в инфекционном стационаре в период 2011–2016 гг. Этиологическая верификация ОРВИ и гриппа осуществлялась выявлением РНК и ДНК вирусов в носоглоточном отделяемом методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Забор материала производили в течение первых суток пребывания больного в стационаре путем взятия мазка 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 набором реагентов «АмплиСенсОРВИ-скрин-FL». Реакцию амплификации проводили при помощи прибора для ПЦР в режиме «реального времени» «ДТ-96» («ДНК-технология», Россия). Исследование проводилось на базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» и ФГБУЗ ЦГиЭ № 59 ФМБА России. Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 10 Rus (StatSoft Inc. USA). Исходные качественные и количественные показатели сравнивали с использованием t-критерия Стьюдента и критерия наименьшей значимой разности (НЗР) Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение: согласно данным статистического анализа по инфекционному отделению МСЧ 59 г. Заречный за период

2011–2016 гг. было пролечено 7552 человека, в том числе с острыми респираторными инфекциями – 4660 пациентов, что составило 61,7 % от общего числа госпитализированных. Среди пациентов с острыми респираторными заболеваниями было 36,3 % взрослых и 63,7 % детей. В эпидсезоны 2011–2016 гг. методом случайной выборки обследованы 3982 пациента с признаками ОРВИ и гриппа, было верифицировано 1346 геномов, удельный вес этиологической расшифровки составил 33,8 %. Больных с выделенным геномом гриппа А (H3N2) было 205 (15,2 %), гриппа А(H1N1) – 174 (12,9 %), гриппа В – 91 (6,8 %), парагриппа – 155 (11,5 %), риновирусной инфекции – 285 (21,2 %), респираторно-синцитиальной инфекции – 195 (14,5 %), метапневмовирусной инфекции – 86 (6,4 %), аденовирусной инфекции – 68 (5,1 %), бокавирусной инфекции – 56 (4,2 %), коронавирусной инфекции – 30 (2,2 %). В 4,4 % случаев (59 пациентов) диагностирована микст – респираторная инфекция. Микст – инфекции представлены различными сочетаниями в основном двух вирусных геномов, в одном случае в материале верифицировано три различных вируса вызывающих ОРВИ. Не было выявлено ни одного случая сочетания геномов вирусов гриппа и ОРВИ.

Таким образом, среди верифицированных заболеваний у госпитализированных больных первое место занимает грипп (34,9 %); «новые» респираторные инфекции (метапневмовирусная и бокавирусная) выявлены в 10,6 % случаев; этиологическая верификация ОРВИ и гриппа свидетельствует о неоднозначной роли респираторных вирусов при развитии заболеваний в различные эпидсезоны, что имеет большое значение для своевременного планирования лечебно-диагностических мероприятий и обеспечения качественной и адекватной медицинской помощи госпитализированным больным.

ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ФУРУНКУЛЕЗОМ

Н. И. Баранова, Л. А. Ащина, Н. Ю. Алексеева

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Одной из наиболее важных проблем в последнее десятилетие стал рост пиодермий. На фоне возрастающей заболеваемости вырос удельный вес больных с хроническим рецидивирующим фурункулезом (ХРФ), который составляет от 30 до 40 %. Основными возбудителями патологии являются стафилококки, реже стрептококки или ассоциации бактерий. Известно, что основными эффекторными механизмами в защите от гнойной инфекции являются гуморальные факторы, к которым относятся белки системы комплемента, антитела классов IgM и IgG, а также про- и противовоспалительные цитокины. Важными моментами при выборе тактики ведения данных больных являются выявление дефекта в иммунной системе. Роль последних остается малоизученной в патогенезе ХРФ.

Цель работы состояла в изучении уровня антител классов IgA, IgM, IgG и IgE и связанных с ними ключевых цитокинов у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом.

Материалы и методы: было обследовано 20 больных с ХРФ в возрасте от 18 до 65 лет с длительностью заболевания от 5 до 10 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту с больными.

Клинико-иммунологическое обследование включало сбор анамнеза, определение антител классов IgA, IgM, IgG (методом иммунодиффузии по Mancini), IgE, определение IL-4, IL-10, IL-18, FNO-α, TGF-β, IFN-γ в сыворотке крови (методом ИФА).

Анализ уровня антител выявил дисгаммаглобулинемию среди классов иммуноглобулинов (табл. 1). Так, уровни IgA и IgG у больных ХРФ статистически не отличались от показателей контрольной группы, однако было выявлено снижение антибактериальных антител класса М ($p = 0,04$), что говорит о преимущественном снижении уровня антибактериального иммунитета. Кроме того, в группе больных было выявлено статистически значимое повышение уровня IgE (0,00003).

Таблица 1

Показатели продукции антител основных классов и цитокинов у больных хроническим рецидивирующим фурункулезом

Показатели	Больные пиодермией (n = 20) Me [LQ–UQ]	Контрольная группа (n = 25) Me [LQ–UQ]	Уровень достоверности, p
IgA (мг/мл)	2,9 [1,65–3,8]	2,4 [1,8–3,1]	–
IgM (мг/мл)	0,95 [0,85–1,15]*	1,65 [1,15–2,0]	0,04
IgG (мг/мл)	12,0 [9,5–16,0]	15,0 [10,6–16,0]	–
IgE (КЕ/л)	276,0 [89,0–562,5]*	23,0 [13,0–56,0]	0,00003
IL-4 (пг/мл)	6,25 [2,4–7,0]*	4,6 [0,21–5,0]	0,03
IL-10 (пг/мл)	8,45 [6,5–9,6]*	1,0 [0–3,4]	0,0001
IL-18 (пг/мл)	157,2 [96,8–180,6]*	111,05 [60,0–121,3]	0,04
FNO-α (пг/мл)	0 [0–0,7]*	0,5 [0,4–1,35]	0,01
TGF-β (пг/мл)	13,95 [11,2–27,9]*	4,1 [1,6–7,3]	0,0001
IFN-γ (пг/мл)	601,0 [347,0–702,0]*	0 [0–7,0]	0,00003

Оценка уровня цитокинов позволила установить следующие закономерности: было выявлено достоверное повышение показателей IL-4 ($p = 0,03$), IL-10 (0,0001), IL-18 ($p = 0,04$), TGF-β ($p = 0,0001$) и IFN-γ ($p = 0,00003$) по сравнению с показателями контрольной группы. Полученные данные могут свидетельствовать о более высокой функциональной активности клеток врожденного и адаптивного иммунитета и интенсивной воспалительной реакции, а также о начале формирования компенсаторного противовоспалительного ответа с участием IL-10.

Таким образом, выявленный дисбаланс антител с активацией выработки уровня общего IgE и снижением IgM, наряду с активацией про- и противовоспалительных цитокинов, доказывает наличие у больных ХРФ иммунодефицитного состояния по гуморальному типу с превалированием Th2 типа иммунного ответа, что требует проведения соответствующей иммуномодулирующей терапии.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ мРНК IFN-γ И TGF-β У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

Н. И. Баранова, Л. А. Ащина, О. А. Левашова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Крапивница занимает лидирующие позиции среди аллергодерматозов и представляет собой этиологически гетерогенное заболевание, в развитии которого принимают участие различные патогенетические механизмы. Наиболее сложными для диагностики и лечения являются хроническая аутоиммунная крапивница (ХАК) и хроническая идиопатическая крапивница (ХИК). Выявление ведущего патогенетического механизма при развитии данных видов крапивницы чрезвычайно важно для адекватного лечения.

Исследованиями последних лет доказано, что Т-клетки играют ключевую роль в реакциях лимфоцитарного иммунитета у больных хронической крапивницей (ХК). Известно, что наивные CD4+ Т-клетки могут дифференцироваться либо в Th1, либо в Th2. Одним из ключевых факторов, определяющих тип иммунного ответа, является IFN-γ. Кроме того, доказана роль регуляторных Т-клеток, обладающих супрессорной активностью – это Th3 с ключевым цитокином TGF-β. CD4+CD25+ клетки являются основными продуцентами TGF-β, а также в большом количестве экспрессируют мембранную форму этого цитокина. TGF-β, обладая супрессорной активностью, может ингибировать пролиферацию различных популяций лимфоцитов и блокировать дифференцировку CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов и CD4+ Т-хелперов.

Цель работы: провести сравнительный анализ уровня экспрессии мРНК IFN-γ и TGF-β у больных ХАК и ХИК по сравнению с показателями здоровых лиц.

Материалы и методы: Было обследовано 60 больных ХК в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 41±12 лет), из них 36 пациентов с диагнозом ХАК и 24 пациентов – с ХИК. Диагноз ХАК и ХИК устанавливался на этапе предварительного обследования на основании данных анамнеза, клинических проявлений болезни, длительности заболевания, анализа данных сопутствующих заболеваний, а также положительных результатов пробы с аутосывороткой. Также было обследовано 10 здоровых людей (контрольная группа), сопоставимых по полу и возрасту с группами ХАК и ХИК.

Как следует из данных табл. 1 уровень экспрессии мРНК IFN-γ был достоверно выше показателей контрольной группы и составил 0,0009 [0,0003–0,01] в группе ХАК по сравнению с группой здоровых лиц – 0,0003 у.е. [0,0001–0,0009]. В группе ХИК данный показатель также был достоверно выше показателей контрольной группы и составил – 0,003 у.е. [0,0009–0,01], ($p < 0,05$). Между группами ХАК и ХИК достоверных различий по уровню экспрессии мРНК IFN-γ не было получено. При изучении уровня экспрессии мРНК TGF-β в группе больных с ХАК наблюдалось достоверное повышение данного показателя, который составил 0,0001 у.е. [0,00005–0,0009] по сравнению с контрольной группой – 0,000006 у.е.[0,000005–0,00002]. В группе с ХИК данный показатель также данный показатель был выше контрольных значений и составил 0,0003 у.е. [0,00008–0,005], $p < 0,05$. Между группами ХАК и ХИК достоверных различий по уровню экспрессии мРНК TGF-β не было получено.

Таблица 1

Показатели экспрессии цитокинов у больных ХАК и ХИК

Показатель	Больные ХАК n = 36	Больные ХИК n = 24	Контрольная группа n = 10
	Me [LQ-UQ]	Me [LQ-UQ]	Me [LQ-UQ]
IFN-γ/B2МГ (у.е.)	0,0009 [0,0003–0,01]*	0,003 [0,0009–0,01]**	0,0003 [0,0001–0,0009]
TGF-β/B2МГ (у.е.)	0,0001 [0,00005–0,0009]*	0,0003 [0,00008–0,005]**	0,000006 [0,000005–0,00002]

П р и м е ч а н и е: достоверность различий между группами, $p < 0,05$:
* – статистически значимые различия больных ХАК и контрольной группы;
** – статистически значимые различия больных ХИК и контрольной группы.

Таким образом, у больных ХАК и ХИК было выявлено повышение уровня экспрессии мРНК как IFN-γ, так и TGF-β по сравнению с показателями здоровых лиц, что может говорить о схожести патогенетических механизмов по показателям экспрессии данных цитокинов.

ОТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

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

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

История хирургии аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы начиналась именно с методик, направленных в первую очередь на ликвидацию грыжи: выделение ворот, низведение внутренностей, иссечение гры-

жевого мешка, сужение отверстия швами (крурораффия). С 1950-х гг. прошлого столетия произошло дополнение в виде муфты, предложенной Ниссеном с целью предотвращения рефлюкса. Все последующие модификации в большинстве своём фактически следовали этому же стандарту.

К концу 20-го столетия стало совершенно очевидно, что очень много пациентов во всём мире имеют схожую клиническую картину, но врачи никак не могли вывести одну приемлемую концепцию страдания и объяснить, как диагностировать, как лечить. С внедрением ФГС часто стала диагностироваться язвенная болезнь, различные гастропатии. Появление кислотоснижающих препаратов сдвинуло в положительную сторону результаты лечения. Большинство сошлись к мысли, что XX в. – это век язвенной болезни. Однако курс лечения заканчивался, и у большинства больных все болезненные явления возобновлялись. Объяснения этому не было, пока не появился наряду с Рн-метрией высокоинформативный метод – видеогастродуоденоскопия – ВГДС, которая дала возможность отобразить объективно изменения на слизистой нижней трети пищевода. Они были признаны результатом рефлюкса и агрессивного воздействия содержимого желудка на плоский неороговевающий эпителий пищевода. Весь мир признал наличие новой болезни гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ, и из-за высокой частоты выявляемости она была названа «эпидемией 21-го века», что с нашей точки зрения не является правильным утверждением.

Стало окончательно понятно, почему операции, направленные на ликвидацию именно грыжи в большинстве своём не приводили к успеху. Различные дополнения в виде полных и частичных манжет значительно улучшали функциональные и клинические результаты. Пионер лапароскопического выполнения операций профессор Долеман из Страсбурга тем не менее считает, что надо ещё много поработать над методами диагностики, стандартизации выполнения операций и поиском новых концепций самих операций. Именно с этим связаны предложения американских коллег, пропагандирующих магнитный браслет выполняющий роль сфинктера, и наш поиск в применении ленты фиксирующей пищеводножелудочный переход в брюшной полости, восстанавливающей острый угол Гиса и воссоздающей клапан Губарева – основу замыкательного механизма.

Методика операции родилась не в результате длительных раздумий, а в процессе операции в сложнейшей, фактически тупиковой ситуации, когда в поиске выхода из затруднений остановились на замене фиксирующей пищевод для его мобилизации марлевой салфетки на ленту из полипропилена с фиксацией её задней поверхности передней брюшной стенки. Мы были удивлены отличному первичному результату, как клиническому, так и эндоскопическому и рентгенологическому, которые сохраняются до сих пор, т.е. более 10 лет. Зная из предыдущего опыта проведения общепринятых операций, насколько нередко труден и ранний послеоперационный период, и отдалённо, мы осторожно, постепенно стали внедрять эту методику, получили патент, что подтвердило оригинальность способа.

Поскольку из мирового опыта знали о таком осложнении как миграция, с тревогой ждали возможного появления и уже планировали наши действия. Количество операций увеличивалось прогрессивно. В окончательном варианте ход операции стал следующим. В открытой хирургии или лапароскопической, осматривается брюшная полость, желудок и абдоминальный отдел пищевода низводятся в брюшную полость, в бессосудистой зоне вскрывается малый сальник и брюшина вдоль правой порции левой ножки диафрагмы. Тупо позади пищеводножелудочного перехода формируется узкий тоннель, куда заводится лента из полипропилена, укладывается без натяжения и фиксируется к задней поверхности передней брюшной стенки или в местах проколов при лапароскопии. Провели эксперименты с другим материалом в надежде избежать миграции, применили специально обработанный официнальный ксеноперикард, но получили одинаковый процент больных с миграцией, т.е. 5 %. Однако самое главное, что даже при наличии осложнения, борьба с ним оказались более лёгкой задачей, а результат в целом больные оценивали, как хороший или даже отличный.

За 10 лет оперировано 271 пациент с различной степенью ГПОД и недостаточностью кардии, различным по выраженности рефлюксэзофагитом, вплоть до пищевода Барретта. У подавляющего большинства уже на следующий день менялась клиническая картина разительно в лучшую сторону. Через месяц 94 % проходили рентгенологическое и видеоэндоскопическое исследования, которые подтверждали закрытие кардии у 93 %, у 7 % сохранялась недостаточность 1 ст. Отдалённо в сроки от 1 года до 9 лет имеем сведения о 60 % больных, остальные данные собираются. Можно достоверно утверждать, что метод хорошо себя зарекомендовал, как с клинических позиций, так и инструментальных. У авторов есть еще над чем работать: главное вести поиск материала максимально инертного не приводящего к миграции и улучшать техническое выполнение самой операции. Мы видим перспективу в нано- и биотехнологиях, изобретении инструментария, совершенствовании методики исполнения операции и в какой-то степени стандартизации.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА Н. А. БАУЛИНА)

А. А. Баулин, Ю. Н. Беляков, В. А. Баулин, О. А. Баулина, Ф. Э. Нозиров

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Классическая резекция желудка пока будут оставаться в арсенале хирургов. Социальные изменения повсеместно привели к «вымыванию» хирургов, особенно старшего поколения, особенно в районах, довольно быстрой смене поколений, что привело к разрыву связей в плане передачи опыта. Увеличилось количество ошибок, осложнений, неблагоприятных исходов, смерт-

ность при патологии желудочно-кишечного тракта вышла на третье место после сосудистых и онкологических заболеваний.

Современная фармакология привнесла огромное положительное влияние на язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки с внедрением H_2 блокаторов, а особенно ингибиторов протонной помпы. Все хирурги отмечают уменьшение в 2–3 раза плановых операций, но сохраняются увеличение количества больных с осложнениями и всплески в периоды социальных потрясений. Уменьшение количества операций на желудке, разброс их по многим ЛПУ, отклонение от привычных схем, клинических рекомендаций дополняет отрицательный пейзаж проблем сегодняшнего момента в хирургии язвенной болезни. Следует констатировать, что может так случится, что совсем скоро будет очень мало хирургов способных сделать качественно резекцию желудка!

Одним из узловых вопросов хирургии желудка является осложнение в виде несостоятельности культи 12-перстной кишки после резекции по Б-2, которая наблюдается у 1,6–5,4 % оперированных. Хотя общепринято избегать данной операции, но при инфильтративном и рубцовом процессах в области луковицы 12-перстной кишки или при наличии дуоденостаза прямой гастродуоденоанастомоз по Б-1 невозможен или не показан. Ситуация усугубляется тем обстоятельством, что нередко хирурги изначально стараются мобилизовать препилорический отдел желудка и луковицу 12-перстной кишки. Этим самым ткани органов настолько дискредитируются, что становится или невозможно, или опасно формировать гастродуоденоанастомоз и легко получить несостоятельность культи. К тому же ситуация может привести к повреждению холедоха.

Клиника за 35 лет располагает опытом хирургического лечения язвенной болезнью более 1500 больных, как плановых, так и экстренных с различными осложнениями. В первый период мы получили осложнение в виде несостоятельности культи 12-перстной кишки у 8 больных из 164 (4,9 %) оперированных по Б-2. Проанализировав причины, мы пришли к выводу, что к несостоятельности ведут в первую очередь действия хирурга, которые и детерминируют осложнение. Основная концепция заключалась в первую очередь в недопущении мобилизации препилорического отдела и луковицы при предполагаемой резекции, если препаровка в этой зоне могла создать опасную ситуацию из-за инфильтрата, рубцового процесса, пенетрации в поджелудочную железу. Второе, на что опирались наши суждения – на данные научной литературы, что типовая резекция по Б-2 по результатам не отличается от Б-2 на выключение. И третье, что если хирург после мобилизации предполагает, что анастомоз конец-в-конец культи желудка с 12-перстной кишкой невозможен, а ушитая культя чревата осложнением в виде несостоятельности, то в таких случаях формировался терминолатеральный анастомоз культи желудка с вертикальной частью 12-перстной кишки. И у таких больных несостоятельность случалась из-за дефицита тканей для укрытия культи.

Мы усовершенствовали метод и назвали его операцией на выключение по Бильрот-1. Поэтому во второй период наши действия в зависимости от ситуации были следующими. Самый главный момент – это оценка этой зоны и предположение, что мобилизация может быть достаточно опасной; второе – убедиться, свободна и подвижна ли вертикальная часть 12-перстной кишки для термино-латерального анастомоза как для предпочтительного завершения операции; третье – выполнение резекции по Б-2 на выключение при невозможности мобилизовать вертикальную часть 12-персной кишки. Мобилизация осуществляется только стенки желудка в необходимых пределах резекции, но с оставлением стенки антрального отдела около 5см по обеим кривизнам, то есть как при операции на выключение. На этом уровне накладывается поперечно зажим и аборальнее его формируется серозно-мышечная муфта до пилоруса или до зоны стеноза. Слизисто-подслизистый слой прошиваем, перевязываем и отсекаем над лигатурой. Если операция происходит по поводу кровотечения из этой зоны поступаем по-разному: отсекаем слизистую у кратера – выполняем прошивание дна язвы с целью гемостаза; если место кровотечения не видно – рассекаем серозно-мышечную муфту продольно и прошиваем также дно язвы. При необходимости используем тахокомб, губку под швы или вворачиваем край серозно-мышечной муфты в кратер язвы. В продолжение поступаем, как и при стенозе за счёт рубцового процесса или инфильтрата, то есть ушиваем культю по любому способу. Завершается операция мобилизацией 12-перстной кишки по Кохеру и наложением термино-латерального анастомоза в продольном направлении или гастроэнтероанастомозом.

При использовании такого метода мы не наблюдали несостоятельности у 98 больных. Возраст больных от 22 до 68 лет (M±m = 51,4±4,7), 94 % - это были мужчины. Преимущество заключается в сокращении времени операции с 2,5 часа (M±m = 156,6±12,7) до 1,5 часа (M±m = 87,5±4,2), минимальной травматизации тканей, использовании для ушивания культи не дискредитированной серозно-мышечной части препилорического отдела желудка и дополнительной разгрузки за счёт формирования термино-латерального анастомоза. Послеоперационный период отличался мягким течением, никому не потребовались релапаротомии. Функциональные результаты в ранние и отдалённые сроки свыше двух лет не отличались от больных оперированных типично по Б-1.

РАЗВИТИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А. А. Баулин[1], В. А. Николашин[2], Н. В. Баулина[2], С. С. Беребицкий[4], Е. А. Баулина[1], Г. В. Шевченко[2], О. А. Николашин[2], А. Н. Терентьев[5], В. П. Ерюшкин[6]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[3]ФГБОУ ВО «Пензенскийй государственный университет», г. Пенза,
[4] НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»,
[5]ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница», г. Кузнецк,
[6]ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 59» ФМБА России, г. Заречный

Эндохирургическая революция 80-х годов прошлого столетия готовилась исподволь в течение именно всего столетия и связана не только с деятельностью подвижников этого метода (Земм, Мюхе, Мюре, Коен, Аминев, Орлов, Дерябина, Логинов, Можайский и мн.др.), но и в первую очередь с техническими достижениями микроэлектроники, оптики и телевидения. Приход эндохирургии в СССР и Россию произошёл в неблагоприятный период политических и экономических потрясений, поэтому его внедрение и развитие несколько замедлились по сравнению с другими странами Запада.

В Пензенской области, как и повсеместно, эндоскопические методы применялись урологами, гинекологами, хирургами, проктологами в том ограниченном плане, что позволяли условия. В 1970-х гг. были приобретены первые полугибкие гастроскопы, два фиброгастроскопа и лапароскопы, первые так и остались на складах, а фиброскопы в Областной детской больнице и БСП стали сразу же широко востребованными. Внедрение лапароскопии задержалось на десятилетия и активизировалось в связи с появлением в городе хирурга, владеющего этим методом во вновь отстроенной 1200 коечной больнице и началом работы кафедры хирургии ПИУВ. В 1980-х гг. постепенно метод стал применяться уже в трёх больницах, и число лапароскопий стало превышать сотни за год. Постепенно они становились не только диагностическими, но и лечебными, внедрены релапароскопии с оставлением порта, в хирургическую бригаду включён лапароскопист. В начале 1990-х приезд хирургов из института им. Вишневского с демонстрацией возможностей видеоэндохирургии, конечно, потряс хирургическую общественность. Но только в 93-м г. хирург и предприниматель Н. Х. Васильев привёз две лапароскопические установки в Пензу. В апреле-мае 1994 г. в ЦГБ им. Захарьина были проведены первые операции, а к концу года произведена сотая лапароскопическая холецистэктомия, начали выполняться гинекологические операции, начала работать вторая установка и в Областной больнице им. Бурденко. Третья установка приобретена в МСЧ-59 г. Заречный, где в том числе стали внедрятся первые ТУР.

Постепенно стали приобретаться установки в БСП, детской и городских больницах, онкодиспансере, лапароскопы для районов. Приобретены эндохирургические установки в межрайонные больницы, но их задействование происходило медленно, активизировалось только последние пять лет, но то, что на них в районах делается уже более трёх сотен холецистэктомий за год – уже большое достижение. Онкоурологи освоили лапароскопическую простатэктомию.

Наибольшее развитие метод получил в ЦГБ им. Захарьина, где постепенно обучение прошли все хирурги и гинекологи (более 20 врачей), число операций через 3 года достигло 2 тыс., в 1994 г. налажена модерация, стойка задействована в экстренной бригаде, привлечены средства пациентов, закуплена вторая установка, создан Городской центр эндохирургии, постепенно пополнялся инструментарий, хирурги и гинекологи постоянно выезжали на съезды и конференции, расширялся диапазон операций до семидесяти наименований, включая урологические. Число холецистэктомий превышало в отдельные годы 500, а число экстирпаций матки 200, в области за последние годы число Лх превысило 2 тыс., и применение метода подошло к 85 %. Внедрён новый способ операции при ГПОД-ГЭРБ. Значительно выросла квалификация кадров, хирурги и гинекологи стали выступать с докладами на Всероссийских съездах. В начале нового столетия метод пришёл в артрологию, и ортопеды, начав с пятидесяти операций за год, достигли четырёх сотен. Стала расшифровываться такая патология суставов и проводиться эндохирургическая коррекция, о которой ранее только догадывались. Очень благодатным метод стал при патологии носоглотки, где очень быстро за короткий период число операций с эндохирургической технологией достигло тысячи. Казалось невероятным, что эндохирургически можно работать в таком малом пространстве как пазухи носа, но последние годы вообще удивили подходы, с помощью которых выполняются коррекции носовой перегородки, пластика слёзного канала и др. Урологи в области по непонятной причине метод воспринимали скептически, но в связи с переводом одного урологического отделения в ЦГБ, наличия в нём энтузиастов, метод нашёл широкое применение, причём, как хирургический, так и внутрипросветный. Число эндохирургических вмешательств превысило 4 сотни, в том числе произошла замена хирургического метода на внутрипросветный при камнях нижней и средней трети мочеточника. Такая огромная работа не проходит без сбоев, осложнений, на съездах мы подробно докладывали об этом. В целом по области сказать невозможно, в нашей больнице осложнения в хирургии составляют 0,8–1,2 %, своевременно корригируются, послеоперационная летальность 0,03–0,1 %, тромбоэмболии и инфаркты как причины, смерти, связанные с технологией – у гинекологов – газовая эмболия.

Мы восхищаемся теми возможностями, которые предоставляет современная техника для эндохирургии, видим насколько мягкими, безопасными, бескровными становятся вмешательства. Испытывая огромные экономиче-

ские трудности с приобретением современного оборудования, имея лишь основное оснащение, стараемся быть в фарватере этого перспективнейшего направления, пришедшего в 1980-х гг. прошлого столетия как «французская революция» и имеющее всего лишь юношеский возраст.

ПЕРИТОНИТ – ЭТО ОСОБАЯ ГНОЙНАЯ РАНА, ПОЭТОМУ ТРЕБУЮТСЯ ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ

Н. В. Баулина[1], Г. В. Шевченко[1], А. А. Баулин[2]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенскийй государственный университет»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Введение. До настоящего времени гнойный перитонит остается одним из самых частых и грозных осложнений, как в гинекологии, так и в абдоминальной хирургии, результаты лечения заболевания нельзя признать утешительными. В связи с этим крайне актуальна проблема разработки и внедрения в клиническую практику новых подходов.

Материал и методы исследования. Учитывая теорию развития гнойного процесса, мы брюшную полость при перитонитах рассматриваем как огромную раневую поверхность, огромную гнойную рану. Поэтому подход к лечению с определенной спецификой стали формировать как лечение гнойной раны, которая требует этапных обработок, санаций. Мы применили программируемые санации при запущенных формах, для чего выработали показания на основании многолетнего опыта оказания помощи более 6 тысяч пациенткам с острыми гнойными процессами гениталий, из которых 621 были с разлитым перитонитом. Выжидательная тактика применена у 54 пациенток, программирование применили у 37 женщин, которые выполнены через 21–30 ч.

Результаты исследования и обсуждение. Были выработаны показания к программированным релапаротомиям как интегральное понятие, которое можно свести к простому выражению, что программированная релапаротомия показана тогда, когда невозможно произвести полноценную санацию брюшной полости за один этап. В основу были заложены основные показатели: 1. Это время заболевания, применительно к гинекологии имеет значение более гибкое, нежели в хирургии. Когда острые процессы изолированы, не связаны с желудочно-кишечным трактом, временной фактор в часах не играет существенного значения на выбор тактики. Однако, когда процесс длительный, в него вовлечены соседние органы, поражена большая площадь париетальной и висцеральной брюшины, есть реальная угроза разрушения стенок кишок – такой воспалительный очаг является опасным в плане развития продолженного процесса, чреватого осложнениями местного и общего характера. 2. Следующим по значимости стоит степень контаминации, характер экс-

судата брюшной полости, склонность к осумковыванию, появлением признаков образования замкнутых пространств, отграниченных фибринными пленками что коррелирует с характером экссудата (гнойный, неклостридиальный, серозный и др.) и его количеством. 3. Тесно связанным с процессом экссудации является процесс выпадения фибринных наложений на париетальной и висцеральной брюшине, которыми организм пытается отграничить воспалительный процесс или осумковать патологическую жидкость вне очага. По характеру наложений фибрина на брюшине можно судить о длительности процесса. 4. Необходимость оставления части патологического процесса с условием последующих вмешательств и окончательного радикального завершения операции с целью выполнить операцию безопасно, без вынужденных и непредсказуемых повреждений. 5. Оценка состояния желудочно-кишечного тракта, нарушение моторной функции кишечника (парез – паралич), что усугубляет тяжесть гнойного процесса при перитоните за счёт нарушения всасывания, избыточной контаминации, нарушения барьерной функции стенки кишки и транслокации микрофлоры в брюшную полость.

Данные показания выработаны на основании многолетнего опыта оказания помощи более 6 тысяч пациенткам с острыми гнойными процессами гениталий, из которых 621 были с разлитым перитонитом. Разительно лучшие ближайшие и отдалённые результаты получены при применении подобного подхода к лечению этой тяжелейшей группы больных сравнительно с общепринятыми установками по выжидательной тактике. При анализе лечения запущенных перитонитов при выжидательной тактике у 54 пациенток были выявлены 86 хирургических послеоперационных осложнений (у 100 % от 1 до 3), вынужденные релапаротомии выполнили у 46 женщин (85 %) в сроки от 3 до 8 дней с момента первой операции по причине развивающихся осложнений. Среднее пребывание в стационаре – 32,3±10,4 дня. В позднем периоде послеоперационные грыжи выявлены у 22 женщин, 7 оперированы по поводу спаечной непроходимости и 5 – по поводу гнойно-воспалительных осложнений со стороны брюшной полости и брюшной стенки. С применением нового подхода оперировано 37 женщин. Программированные релапаротомии были выполнены через 21–30 часов. Во время программированных релапаротомий у всех отмечалась в той или иной степени выраженная положительная динамика, но в то же время у 34 в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 14 – обнаружены формирующиеся межпетельные абсцессы, у 9 – имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 19 – кишечные петли создавали ангуляцию, у 17 – в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, а у 1 больной обнаружены две некротизированные жировые подвески. Две программированные релапаротомии выполнены двум женщинам, три – четырем. Показаний к вынужденным релапаротомиям после последней программированной не было. Внутрибрюшных и раневых осложнений не было. Среднее

пребывание в больнице 22,8±5,4 дня. Отдалённо у 2 больных возникла послеоперационная грыжа.

Вывод. Основываясь на хороших, как ближайших, так и отдаленных результатах оперативного лечения пациенток с острыми гнойными процессами гениталий, считаем данную тактику определения показаний и выполнения программированных санаций оправданной.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. А. Бегунов[2], М. Ф. Купцова[1], А. В. Аракчеев[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Развитие острого панкреатита у 15–20 % пациентов носит тяжелый деструктивный характер, у 40–70 % больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции с высокой частотой развития полиорганной недостаточности и выраженных гнойно-септических осложнений (Шабунин А. В. и др. 2014, Gu H.,Werner J., Bergmann F. et al 2013).

Цель настоящего исследования проанализировать эффективность методов экстракорпоральной детоксикации и дифференцированного подхода к нутриционно-метаболическому обеспечению пациентов с деструктивным панкреатито(ОДП).

Материал и методы: обследовали 167 пациентов с диагнозом острый деструктивный панкреатит Структура исследования влияния методов экстракорпоральной гемокоррекции и нутриционно-метаболической терапии на течение ОДП включала: оценку степени тяжести панкреонекроза, оценку нутритивного статуса, интегральную оценку эффективности лечения (длительность пребывания в реанимационном отделении, частоту развития полиорганной недостаточности, необходимость оперативного лечения, уровень летальности)

Исследуемый контингент пациентов был разделен на две группы:

1 группа (контрольная 65 пациентов) получали базисное лечение.

2 группа (основная у102 пациентов), на фоне базисного лечение использовали современные методы экстракорпоральной гемокоррекции аппаратом Prisma flex методом постоянной низкопоточной вено-венозной гемофильтрации.

Результаты: При анализе лечения отмечены: во второй группе устойчивая стабилизация гемодинамики на 2,5±0,7 дня раньше, чем в первой группе; значительное снижение интоксикации (СМП на 12,8 %; ЦИК на 9,2 %); рост абсолютного количества лимфоцитов (на 10,2 %), на 3,6±1,4 суток раньше, чем в первой группе повышение антиоксидантного статуса (увеличение

уровня церулоплазмина на15,6 %, МДА на 13,4 %), снижение уровня гидроперекисей липидов на 11,5 % во второй группе.

Суточные потери азота с мочой у пациентов второй группы находились на уровне 12–15 г/сут, что ниже на 40 %, чем в первой группе (28 г/сут). Купирование снижения уровня белкового катаболизма во второй группе достигался на 7–8-е сутки, к 10-м суткам наступала полная нормализация показателя.

При оценке интегральных показателей эффективности комплексного лечения ОДП отмечено: в контрольной группе, длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – 19,5±1,8 (от 16 до 23 сут.); частота развития синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 89,2 % (58 чел.), уровень летальности 38,4 %. Принципиально иная картина имела место в основной группе: длительность пребывания в ОРИТ – 15±1,4 (от 12 до 18 сут.), частота развития СПОН – 65,6 % (67 чел.), уровень летальности – 23,5 % (24 из 102 чел.); количество гнойных осложнений снизилось во 2-й группе на 18,6%. Потребовали повторных оперативных вмешательств в первой группе 15 пациентов (23 %), во второй – 10 пациентов (12 %). Снизилась длительность пребывания больных в ОРИТ на 4,5±1,6 дня. Снизилась летальность во второй группе на 14,9 %.

Заключение. Проблема оптимизации интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита пока остается до конца не решенной, удаление конечных продуктов перекисного окисления липидов и повышение антиоксидантной защиты организма является результатом лечебного действия длительной, постоянной низкопоточной вено-венозной гемофильтрации, нивелирующей тканевую гипоксию при полиорганной недостаточности у больных тяжелым острым деструктивным панкреатитом. Катаболическая реакция на повреждение может быть модифицирована путем применения дифференцированной нутрицонно-метаболической терапии, которая позволяет ликвидировать голодание и уменьшить потерю ткани, поддержать и оптимизировать процесс ее восстановления.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ДИНАМИЧЕСКОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА ПРИ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИИ

Ю. Н. Беккер[1], А. Н. Митрошин[2], В. С. Миронов[1], К. Ю. Олейниченко[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Повреждение дистального межберцового синдесмоза (ДМС) является одной из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. При этом изолированные повреждения ДМС встречается достаточно редко от (1–18 %), как правило, они сочетаются с переломами лодыжек (17–74 %).

По данным наших ученых повреждение ДМС встречается у 40 % больных с повреждением голеностопного сустава .Высокий уровень неблагоприятных исходов лечения, составляющих от 8 до 25 % , а также тот факт, что данный вид повреждений встречается в основном у лиц трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет), говорят о медико-социальной значимости данного вопроса. Остаются нерешенными вопросы выбора лечебной тактики, оценки стабильности голеностопного сустава, выбора оптимального метода стабилизации костных фрагментов и ДМС.

Исследование устройства состояло из трех этапов. В исследовании использовалось 10 трупных препаратов голеностопного сустава. Первым этапом проводилось исследование работы устройства после его установки на трупном материале при помощи КТ; вторым этапом проводилось испытание устройства на стабильность фиксации при помощи разрывного станка; третьим этапом проводился расчет усталостных характеристик устройства в компьютерной программе ANSYS. Первый этапом проведено исследование устройства после его установки на трупном материале и сканировано в спиральном томографе в положениях сгибания и разгибания голеностопного сустава с целью получения параметра объёма движения в мм замеренных на расстоянии от наружного края большеберцовой кости и внутреннего края малоберцовой кости в указанных выше положениях голеностопного сустава на уровне дистального межберцового синдесмоза. Вторым этапом проводилось исследование устройства на испытательной машине InstronElectroPulse E10000. Результаты экспериментов протоколировались. Эксперименты по изучения прочности ДМС выполнялись на базе лаборатории ООО «МедИнж» (г. Пенза). Для данного исследования использовалось пять секционных материала голеностопного сустава отпрепарированного до связочно-капсульного аппарата . Один голеностопный сустав на уровне ДМС фиксировался позиционным винтом, второй динамическим устройством с пружинным механизмом. Два материала устанавливались в специальную оснастку а затем фиксировались в патрон разрывного механизма. Третьим этапом проводился расчет усталостных характеристик устройства динамической фиксации, с учетом накладываемых граничных условий (свойств материала, режима контактирования элементов динамического устройства между собой и элементами голеностопного сустава, имеющихся нагрузок) выполнялся в программном обеспечении Ansys , который предоставил ОАО «НИИФИ» (лицензия 6545445) в рамках работы совместного научно-образовательного центра ПГУ и ОАО «НИИФИ». Расчет проводился методом конечных элементов. Построенная твердотельная модель устройства. Для анализа выделен элемент-стержень соединяющий гильзу, расположенную в большеберцовой кости и малоберцовой кости, так как он изначально в конструкции является наиболее нагруженным и наименее прочный .Стержень ограничен в радиальных перемещениях внутри гильзы за счет головки поршня (справа) и втулки гильзы (средняя часть). Именно в поршне накладывается жесткая связь в момент максимального расхождения костей. Зазор между втулкой и стержнем, позволяет выполнять прогиб без

жесткого контакта. В модели стоит ограничение на контактирование стержня и втулки. Левая опора перемещается в радиальном направлении вместе с малоберцовой костью. Граничные условия для моделирования задавались исходя из условий работы изделия: подвижность динамической системы в пределах 1,2 мм; условия нагрузки на малоберцовую кость составляет в среднем – 150 Н (15 кг); Данное исследование первого этапа показало, что диастаз на уровне ДМС изменяется в пределах физиологической функции ДМС и равен 1 мм, что составило при подошвенном сгибании 2,1–2,2, а при тыльной флексии 3,3–3,4 мм. Второй этап исследования показал, что после фиксации ДМС позиционным винтом принагрузка в 360 Н на 23 с происходит вырывание позиционного винта проведенного через 4 кортикальных слоя. После фиксации ДМС динамическим устройством при нагрузке в 300 Н на 60 с происходит деформация пружины, а затем постепенный рост до 450 Н без признаков вырывания. Третий этап показал, что максимальное напряжение возникает в месте фиксации стержня на опорной пластине малоберцовой кости. И составляет – 159,32 МПа.

Выводы. Полученный результат первого этапа исследования подтверждает сохранение физиологического объёма движения в ДМС после его фиксации динамическим устройством и составляет приблизительно 1 мм. Полученные результаты второго этапа подтверждают, что при одномоментной нагрузке на позиционный винт в размере 360 Н может привести к вырыванию металлоконструкции. При нагрузке до 450 Н на динамическое устройство которое фиксирует ДМС вызывает увеличение степени деформации пружины, что характеризует как более стабильную конструкцию. Полученные результаты третьего этапа показывают, что в данном расчете, коэффициент запаса прочности составляет К = 800 МПа/159,32 МПа = 5. Это подтверждает, что стержень динамического устройства выдерживает 250 млн циклов при воздействии нагрузки от 0 до 150 Н (15 кг). Если учесть что средний человек в день выполняет около 5000 циклов нагрузки на голеностопный сустав то ресурс работы устройства составит 50 000 дней или 138 лет.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. Н. Беляев, А. Н. Родин, А. Н. Захватов, Е. И. Шибанова

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

Обширный гнойно-некротический процесс, развивающийся при несвоевременном или неадекватном лечении синдрома диабетической стопы приводит в 50–70 % случаев к необходимости ампутации конечности с послеоперационной летальностью, достигающей 20–40 %.

Некоторые авторы при критической диабетической ишемии выполняют высокие ампутации с целью уменьшить риск инфекционных осложнений, однако высокие ампутации сопровождаются сокращением продолжительности и ухудшением качества жизни пациентов, вследствие возникновения поздних дыхательных, почечных осложнений.

Низкие ампутации (на уровне голени) повышают качество жизни пациента, уменьшают летальность, но характеризуются большим количеством послеоперационных осложнений.

До настоящего времени вопрос об уровне ампутации конечности остается спорным. Предлагаются большое количество диагностических и прогностических критериев, основанных на применении сложных биохимических или инструментальных методов диагностики (радиотермометрия, импедансометрия, определение лактатдегидрогеназы, дооперационная биопсия и др.), что не доступно большинству практических хирургов. Более рациональным считаем обоснование уровня ампутации конечности на основании использования комплекса общедоступных клинических критериев.

К критериям, позволяющим прогнозировать уровень ампутации конечности мы относим состояние магистрального кровотока, степень выраженности ишемического отека, наличие лимфангоита, болезненность мышц при пальпации, компенсацию сахарного диабета, возраст пациента, сохранение чувствительности пальцев и стопы.

Результаты. Ранее проведенный (1997–2002) ретроспективный анализ лечения больных с осложненными формами диабетической стопы в Мордовской Республиканской клинической больнице показал результаты оперативного лечения с частотой высокой ампутации конечности до 70 %. Это определялось рядом объективных и субъективных факторов, в том числе отсутствием четко выработанной схемы лечения, психологической инертностью хирургов, проводивших высокие ампутации даже в тех случаях, когда можно было проводить более низкие ампутации или даже экзартикуляции пальцев, большими материальными затратами при лечении данной категории больных.

По нашим данным сохранение коленного сустава возможно при гнойно-некротическом поражении пальцев с переходом на стопу, при наличии магистрального кровотока на бедренно-подколенном сегменте (определяется пульсация на бедренной и подколенной артерии), отсутствии отека голени, болей при пальпации икроножной мышцы, возраст больного, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, компенсация сердечно-сосудистой, выделительной систем, субфебрильная температурная реакция.

За 2015–2016 гг. на основании вышеуказанных критериев выполнено 135 ампутаций конечности, из них 48 ампутаций на уровне бедра и 57 ампутаций на уровне голени, 30 операций с резекцией стопы. После ампутаций на уровне голени у 3 больных потребовалась реампутация на уровне нижней трети бедра, вследствие развития некроза кожи в области сформированной

культи голени и мышц. У 4 больных ампутационная культя зажила вторичным натяжением, вследствие краевого некроза кожи.

Показанием для ампутации на уровне бедра считаем гнойно-некротическое поражение стопы с переходом процесса на нижнюю треть голени, ишемический отек голени, болезненность при пальпации икроножных мышц и, как правило, отсутствие пульсации на подколенной артерии. Учитываются возраст больного, температурная реакция, лейкоцитоз, компенсация сахарного диабета.

Из 48 больных после ампутации на уровне бедра у 1 больного возник краевой некроз кожи, потребовавший этапных некрэктомий. У 1 больного развилась анаэробная гнилостная флегмона культи бедра, которому повторно произведена экзартикуляции тазобедренного сустава.

Заключение. Предлагаемые критерии определения уровня ампутации конечности позволили снизить количество неоправданных высоких ампутаций и в тоже время избегать ампутаций, заведомо обреченных на ишемический некроз кожи и мышц культи ампутированной конечности.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН МЕТОДОМ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ

М. В. Беляев[1], Т. В. Беляева[1], Н. В. Мысяков[1], В. Б. Мысяков[2]

[1]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Ф. Бурденко»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность исследования. По данным зарубежных авторов частота наступления рецидивов у пациенток с тазовым пролапсом после традиционных оперативных вмешательств достигала 30 % в течение 5-ти лет после проведенной операции. Высокий процент рецидивов объясняется наличием у части пациенток синдрома дефицита соединительной ткани. Решением данной проблемы стало применение сетчатых эндопротезов в оперативной коррекции тазового пролапса и стрессового недержания мочи у женщин. Однако, при первоначальных попытках использования сетчатых эндопротезов исследователи наряду со снижением количества рецидивов столкнулись с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений (по некоторым данным – до 40 %, включая и отдаленный послеоперационный период). Кроме того, использование сетчатых эндопротезов значительно повышало стоимость хирургического лечения.

С 2012 г. в гинекологическом отделении ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко проводятся оперативные вмешательства по хирургической коррекции пролапса гениталий с использованием сетчатых эндопротезов (слингов), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Цели исследования. Целями исследования являлись анализ и оценка эффективности использования сетчатых эндопротезов в гинекологической практике, интра- и послеоперационных осложнений и частоте рецидивов на основе опыта работы гинекологического отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко.

Материалы и методы исследования. Исследованы результаты оперативного вмешательств, проведенные 48 пациенткам с пролапсом гениталий в гинекологическом отделении ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко с 2012 г. Пациенткам проводились оперативные вмешательства эндоскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами и их сочетание в различной комбинации:

Всем пациенткам выполнялась сакрокольпопексия сетчатым эндопротезом производства «LINTEX», Россия (43 пациенткам – лапароскопическим и 5 – лапаротомическим доступами) вследующих сочетаниях (или без них):

– 14 пациенткам – без удаления матки (в 10 случаях – матка была удалена ранее);

– 32 пациенткам произведена надвлагалищная ампутация матки;

– 4 пациенткам произведена экстирпация матки;

– 23 пациенткам указанные операции сочетались с пластикой передней стенки влагалища (влагалищным доступом) и у 20 пациенток – с MESH-фиксацией передней стенки влагалища сетчатым эндопротезом (абдоминальным доступом);

– 19 пациенткам выполнено укрепление связочного аппарата матки.

При выполнении операций использовались методы и способы снижения инфекционных, тромбогеморрагических и «Mesh-ассоциированных» осложнений.

Результаты исследования. Интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений отмечено не было.

Рецидив пролапса гениталий отмечался у 5 пациенток:

– у 4 пациенток – рецидив цистоцеле (2 – после передней пластики влагалища, 2 – после MESH – фиксации передней стенки влагалища лапароскопическим доступом);

– у 1 пациентки – выпадение шейки матки и стенок влагалища (отрыв протеза от шейки матки после лапароскопической кольпопексии).

Выводы. Применение сетчатых эндопротезов в оперативной практике у пациенток с пролапсом гениталий однозначно показано, особенно в группах пациенток с синдромом дефицита соединительной ткани или имеющим рецидивный характер течения заболевания после ранее проведенных оперативных вмешательств.

Использование при выполнении операций методов и способов снижения инфекционных, тромбогеморрагических и «Mesh-ассоциированных» осложнений, а также четкое соблюдение технологии операции позволяют значительно снизить процент интра- и послеоперационных осложнений.

Коррекция опущения передней стенки влагалища путем передней пластики влагалища или с использованием MESH-фиксации лапароскопическим доступом не имеет принципиальных различий в виду одинаковой эффективности и частоты возможных рецидивов.

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. Ю. Биденко

ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Пенза

1 февраля 1988 г. во вновь организованной лаборатории Областного кожно-венерологического диспансера был сделан первый анализ на обнаружение антител к вирусу иммунодефицита человека в Пензенской области. В этом же году был выявлен первый случай ВИЧ-инфекции в регионе, а в 1989 г. было создано Государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». 1 октября 2013 г. произошла реорганизация Центра СПИД путём слияния с ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», который был создан из кожно-венерологического диспансера и инфекционной больницы.

Пензенская область входит в состав Приволжского федерального округа и относится к региону с низким уровнем ВИЧ-инфекции. На 31.12.2016 г. в области кумулятивное число инфицированных составляет 3551 человек, лиц живущих с ВИЧ 2846 человек, на диспансерном учете состоит 2490 человек, показатель поражённости составляет 194 на 100 тыс. населения, заболеваемость 31,8 на 100 тыс.

Динамика выявляемости в Пензенской области развивается аналогично общероссийской, до 1996 г. эпидемиологический процесс характеризовался плавным развитием. На протяжении эпидемии в области наблюдался резкий подъем заболеваемости в 2001 г. за счёт вспышки во втором по величине городе Пензенской области Кузнецке и закрытом городе Заречный инфицирования наркоманов.

По данным на 31.12.2016 г. в области ВИЧ-инфицированные зарегистрированы во всех городах и в 27 районах Пензенской области, причем распространены они неравномерно. Пораженность ВИЧ-инфекцией жителей области из года в год продолжает увеличиваться. В г. Пенза в 2014 г. она превысила средний областной уровень и сейчас уступает только Кузнецку и Кузнецкому району. Наиболее пораженными территориями области являются: г. Кузнецк – 441,2; г. Заречный – 296,1; Кузнецкий район – 239,3; г. Пенза – 222,4; Мало-Сердобинский – 187,1; Иссинский – 186,7; Колышлейский – 184,9; Пензенский – 181,3; Лунинский – 145,4 на 100 тыс. населения.

Установление собственно факта зараженности ВИЧ-инфекцией происходит на основании проведенных лабораторных исследований. В настоящее время диагностику ВИЧ в Пензенской области проводят 11 лабораторий лечебных учреждений различных форм собственности.Лаборатория диагностики ВИЧ Центра специализированных видов медицинской помощи выполняет 80 % всего объёма скрининговых исследований на ВИЧ-инфекцию в регионе и является референсной для остальных лабораторий. В среднем обследуется от 240 до 280 тыс. человек в год и выполняется от 280 до 330 тыс. исследований.

Самыми многочисленными кодами обследования являются 118 (прочие), практически половина обследуются под этим кодом и 113 (по клиническим показаниям) где-то одна пятая часть.

Отмечается ежегодный прирост впервые выявленных случаев. В 2014 г. произошло увеличение на 53 %. В два раза за последние пять лет увеличилось число положительных по клиническим показаниям, что объясняется обращением пациентов в лечебные учреждения на 3–4 стадии заболевания, в три раза увеличилось количество вновь выявленных случаев среди спец.контингента, поступающего в учреждения ФСИН Пензенской области за счет потребителей инъекционных наркотиков.

Среди лиц с установленными путями передачи инфекции основным фактором риска заражения остается гетеросексуальный контакт исохраняя тенденцию к росту составляет – 56,8 %, внутривенный постепенно снижается и составляет – 41,8 %.

Также имеют место и другие пути заражения ВИЧ-инфекцией. Как и в России в ПФО и Пензенской области происходит заражение при перинатальном контакте и составляет 1 %, что нижечем в России и ПФО. С 2013 г. отмечена тенденция роста числа лиц, заразившихся при гомосексуальных контактахи составила 1,1 %.

Среди ВИЧ-инфицированных Пензенской области преобладают мужчины и составляют 55 % от общего числа, половина из них заразилась при внутривенном употреблении наркотиков. 83 % инфицированных женщин заразились при гетеросексуальных контактах. У каждой четвертой женщины ВИЧ-инфекция была впервые выявлена во время беременности.

Основную массу заболевших составляют лица в наиболее трудоспособном возрасте 21–40 лет и составляет 79,6 %, с 2013 г. доля лиц в старшей воз-

растной группе 31–40 лет превышает долю лиц в возрасте 21–30 лет, а с 2010 г. регистрируются случаи заражения в возрасте 61 год и старше.

Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных больных регистрируется среди неработающего населения и составляет 59,6 %, количество работающих с каждым годом уменьшается и на данный момент составляет 35,3 %.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции оценивается как неблагополучная, характеризующаяся ростом числа инфицированных, находящихся в самом активном, трудоспособном, репродуктивном возрасте.

РЕГИОНАРНАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Р. Р. Богданов[1], А. Ф. Нуриманшин[1], А. А. Хусаенова[1], П. М. Староконь[2]

[1]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;
[2]Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва

Цель исследования. Изучить изменение регионарной оксигенации головного мозга у больных с поражением сосудов брахиоцефального ствола при проведении компрессионной и ортостатической проб в дооперационном периоде.

Больные и методы исследования. Обследовано 65 пациентов (средний возраст 59,4±9,2 лет) с атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий (ВСА). Регионарную оксигенацию головного мозга (rSO_2) исследовали методом церебральной оксиметрии аппаратом INVOS 3100 Somanetics США в положении лежа и при физиологических нагрузках (произвольная гипервентиляция, ортостатическая проба, ингаляция кислорода). Под контролем АД, ЧСС, в течение 1-3 минут проводили пробу Матаса,

Результаты исследования. У всех обследуемых до операции больных в покое было выявлено снижение насыщения гемоглобина кислородом крови коры головного мозга на стороне поражения по сравнению с контралатеральной стороной (rSO_2 – 60,8±4,6 % и 66±4,9 % соответственно, $p = 0,04$). При двухстороннем поражении rSO_2 было ниже там, где определялся больший процент стеноза, но, в условиях, покоя, корреляционный анализ не выявил, зависимости ($r = 0,231$) rSO_2 от процента стенозирования ВСА. Однако, при проведении компрессионной пробы выявлена зависимость между величиной изменения rSO_2 и степенью стеноза контро и ипсилатеральных артерий ($r = 0,72$, $p < 0,05$, и $r = 0,5$, $p < 0,05$ соответственно). Причем у больных со стенозами ВСА более 70 % величина снижения rSO_2 при компрессионной пробе была достоверно больше чем у больных со стенозами менее 70 %.

При проведение этим больным физиологических нагрузок – ортостатическая проба и ингаляция кислорода определились четыре варианта

изменения насыщения кислородом гемоглобина крови коры головного мозга. У больных со стенозом ВСА менее 60 % не отмечено изменений регионарной оксигенации головного мозга. В тоже время наличие стеноза ВСА 70 % и более обуславливало снижение rSO_2 в среднем на 10,8 % ($p = 0,02$) на стороне поражения при изменение положения тела.

Необходимо подчеркнуть, что в условиях покоя даже при выраженном стенозе ВСА значения rSO_2 могут быть в пределах нормальных значений. Были так же больные, у которых при наличии стеноза ВСА от 50 до 70 %, значения rSO_2 оставались в пределах нормальных значений и при физиологических нагрузках. Однако, если в ответ на ортостатическую пробу значения rSO_2 оказывались ниже нижней границы нормы, есть все основания предполагать декомпенсация кровообращения в пораженной гемисфере.

Выводы. Таким образом, использование церебральной оксиметрии в сочетании с компрессионной и ортостатической пробами у больных с атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий в дооперационном периоде дает представление о компенсаторных возможностях и позволяет прогнозировать степень ишемии головного мозга во время каротидной эндартерэктомии.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРИРОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Р. Р. Богданов[1], А. А. Хусаенова[1], П. М. Староконь[2]

[1]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;
[2]Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва

Введение. Малоинвазивные технологии в хирургии включают в себя эндоскопические операции с наложением пневмоперитонеума, минилапаротомные вмешательства и мало используемые лифтинговые технологии. Исследования последних лет показали, что, казалось бы, щадящие операции, при наличии карбоксиперитонеума (КП), интраоперационно создают высокую нагрузку на адаптационные системы организма. Хирургическая патология практически всегда сопровождается сопутствующей патологией как сосудистого, так и нейроэндокринного характера. Поэтому проблема обеспечения безопасности пациента в периоперационном периоде при различных методах оперативных вмешательств является актуальным.

Цель исследования: разработать систему периоперационного обеспечения безопасности хирургического лечения больных с высоким риском анестезии при выполнении оперативных вмешательств малоинвазивными методами.

Материалы и методы. Исследования проведены у 728 пациентов, которые разделены на три группы. В первой группе больным выполнена лапа-

роскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), во второй минилапаротомическая холецистэктомия (МЛХЭ), в третьей операция традиционным доступом (ТХЭ). Пациенты во всех группах сопоставимы по возрасту, полу и риску оперативного вмешательства. По шкале ASA относились ко 2–3 классу. В каждой группе пациенты были разделены на три подгруппы по возрасту: до 40 лет, от 41 до 60 лет и старше 60 лет. Интраоперационно проводили измерение АД, ЧСС, пульсоксиметрию, капнографию, регистрацию давления в брюшной полости (ВБД). С помощью гемодинамической мониторной системы HemoSonikTM100 (Arrow,USA) методом транспищеводной эхо- и допплерографии в реальном времени определяли ударный и сердечный выбросы, общее периферическое сопротивление (TSVR). Для оценки параметров газообмена и КОС использовали определение значений pO_2, SpO_2, pCO_2, pH, BE, SB аппаратами «AVL-2» (Дания) и «Statprofile-9» (США). Расчетными методом вычисляли показатели доставки, потребления и утилизации кислорода. Основными этапами исследования были: исходный (после интубации трахеи и стабилизации анестезии) перед кожным разрезом, через 2–3 мин после создания карбоксиперитонеума (КП), конец операции. До и в послеоперационном периоде исследовали показатели печеночного кровотока, функции внешнего дыхания, баланса в системе гемостаза, уровень про и противовоспалительных интерлейкинов.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что при сравнимых исходных данных, имеются достоверные изменения в параметрах функционирования основных систем в различных группах. Интраоперационные изменения гемодинамики были более выражены при эндоскопических вмешательствах с использованием карбоксиперитонеума, но имели тенденцию к более быстрой стабилизации, чем в других группах. Артериовенозная разница по кислороду и по pH была наименьшей при использовании карбоксиперитонеума, что может свидельствовать о снижении перфузии тканей. Проведенные нами исследования при ЛХЭ свидетельствуют о том, что величины потребления и коэффициент утилизации кислорода тканями ниже нормальных при практически неизмененном показателе доставки кислорода (DO_2), что указывает на неадекватное поглощение кислорода тканями при изменении положения больного на столе (положение Фовлера) и связанных с ним сдвигов центрального кровообращения. Свою роль в этом играет гипоперфузия тканей вследствие высокой степени централизации кровообращения и периферического вазоспазма, сопряженного с увеличением внутригрудного и внутрибрюшного давления, сопровождаемое компрессией нижней полой вены в ответ на наложение пневмоперитонеума.

Печеночный кровоток в послеоперационном периоде при лапароскопических операциях был более редуцирован, чем при минилапароскопических вмешательствах. Функция внешнего дыхания по данным спирографического обследования больше всего страдала при традиционных операциях и меньше при минилапаротомных. При малоинвазивных операциях изменения гемо-

стаза в виде синдрома гиперкоагуляции наиболее выражены при традиционных абдоминальных операциях, но сохраняется высокий риск тромбоэмболических осложнений при карбоксиперитонеуме. Использование низкомолекулярных гепаринов стабилизирует систему гемостаза на третьи сутки после лапароскопических операций, на пятые сутки после традиционных, вместо седьмых без их использования. Имелись различия в распределении клеток по объему при различных видах операций, менее выраженные при лапароскопических операциях.

Заключение. Следует учитывать степень исходных изменений гемодинамики, дыхания, гемостаза и других показателей гомеокинеза с целью обеспечения безопасности хирургического лечения больных при выполнении оперативных вмешательств малоинвазивными методами с высоким риском анестезии.

Библиографический список

1. Богданов, Р. Р. Малоинвазивные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии (проблемы хирургии) / Р. Р. Богданов, В. М. Тимербулатов, Б. И. Караваев // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 4. – С. 47–59.

2. Богданов, Р. Р. Изменение печеночного кровотока при малоинвазивных вмешательства в панкреатодуоденальной зоне / Р. Р. Богданов, В. М. Тимербулатов, Б. И. Караваев // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 11 (65). – С. 74–76.

3. Богданов, Р. Р. Периоперационные изменения органного кровотока при различных способах операции в абдоминальной хирургии / Р. Р. Богданов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3. – С. 81–84.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. И. Богомолов[1], П. П. Пахольчук[2], Т. В. Каюкова[1], Н. Н. Томских[1], С. Н. Сергеев [1]

[1]ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
[2]ГУЗ «Краевая клиническая больница» Минздрава Забайкальского края, г. Чита

Ежегодно в ГУЗ ККБ выполняется 300–430 операций на щитовидной железе. Морфологические исследования, включая экспресс-биопсию, выполняют в Краевом патологоанатомическом бюро и онкологическом диспансере (гистохимические исследования). За 7 лет выполнено 2890 операций на щитовидной железе, в том числе по поводу рака – 264 (9,13 %). Повторная операция потребовалась 39 (1,35 %) пациентам, у которых рак обнаружен в макропрепарате при гистологическом исследовании, всем выполнена тирео-

идэктомия. Доминируют фолликулярные и папиллярные раки, низкодифференцированная форма встретилась всего в двух случаях. Жизнеугрожающие осложнения имели место у 25 (6,1 %) человек. С 2006 г. технология операции радикально пересмотрена. Обязательным считаем визуализацию возвратных гортанных нервов, их выделение и смещение от зоны резекции или тиреоидэктомии. В связи с относительно частым рецидивом зоба после резекции щитовидной железы, выполнявшейся по технологии прошлых лет, при токсическом, многоузловом зобе и тиреоидите Хашимото предпочтение отдаём тиреоидэктомии. Качество жизни пациентов после таких операций остаётся на приемлемом уровне, заместительную терапию они получают под контролем эндокринологов. Применяем только традиционные открытые операции, которые считаем «золотым стандартом» в хирургической тиреоидологии, дающие возможность детально исследовать орган, прилежащие ткани, осуществить биопсию для экспресс-исследования. Интраоперационная визуализация нервов позволило снять проблему послеоперационных парезов гортани. На 2016 г. число осложнений после операций на щитовидной железе удалось снизить до 17 (4,6 %), которые представлены в основном послеоперационными кровотечениями. Адекватная подготовка больных в эндокринологическом отделении, помещение больного в реанимационное отделение после операции на сутки полностью исключило вероятность тиреотоксического криза.

Заболеваемость раком щитовидной железы 5,7 на 100 000 населения (по России – 6,7). На ранней стадии опухоль выявляется лишь у 30 % заболевших. Всем пациентам выполняется УЗ исследование с тонкоигольной аспирационной биопсией в сомнительных случаях, сцинтиграфия и КТ-исследование по показаниям, определяется в крови концентрация тиреоидных гормонов, ТТГ, делаются и другие лабораторные исследования. Консультация эндокринолога и (или) лечение в профильном отделении обязательны. Нами проанализировано 1079 регистрационных карт больных раком щитовидной железы, имеющихся в ГУЗ КОД (Ф.№030 – 6/ГРР). Соотношение мужчин и женщин – 104:975 (9,6 %:90,4 %). Распределение по стадиям было следующим: I стадия – 514 (48,7 %), II – 233 (22,0 %), III – 274 (25,9 %) и IV стадия – 22 (2,08 %). Стадия не установлена у 12 (1,13 %). В 95,4 % случаев установлена высокодифференцированная форма рака и в 4,6 % - низкодифференцированная. Медуллярный рак щитовидной железы диагностирован у 18 пациентов, из них у 3 с местно-распространённым и у 1 – с метастатическим процессом. С I стадией было 21,4%, со II – 14,3%, с III – 35,7% и с IV – 28,6 % больных. Основной метод лечения больных раком щитовидной железы хирургический. Из 1079 больных в Краевой больнице оперировано 396 (37,6 %), Краевом онкологическом диспансере – 380 (36,1 %), Городской клинической больнице № 1 – 82 (7,8 %), в центре амбулаторной хирургии Краевого диагностического центра – 24 (2,3 %), Дорожной клинической больнице – 74 (7,0 %), ОВКГ № 321 – 18 (1,7 %), госпитале УВД – 2 (0,2 %), Краевой больнице № 3 – 8 (0,7 %), Краевой больнице № 4 – 31 (2,8 %), ЛПУ других регионов страны –

37 (3,5 %) пациентов. Таким образом, более половины (63,9 %) больных оперированы в неспециализированных ЛПУ. В этой связи и объём первичного оперативного пособия был далёк от онкологических принципов. Тиреоидэктомия выполнена только у 27,07 % больных, гемитиреоидэктомия – у 48,5 %, субтотальная резекция щитовидной железы – у 18,3 % и тиреоидэктомия с лимфодиссекцией только у 3,2 % пациентов. Из них 9,86 % человек после получения гистологического заключения оперированы повторно уже по онкологическим принципам, и только 19,1 % из них первичную операцию перенесли в онкологическом диспансере, остальные – в других неспециализированных ЛПУ. При анализе историй болезни и амбулаторных карт установлены следующие дефекты оказания помощи. 1) Неполное обследование больных с узловыми новообразованиями щитовидной железы. Не выполнялись: тонкоигольная аспирационная биопсия с УЗИ наведением, сцинтиграфия щитовидной железы, не исследовались онкомаркёры, не было консультации онколога. 2) Не выполнено срочное интраоперационное гистологическое и цитологическое исследования операционного материала особенно при выполнении органосохраняющих операций. 3)Выявлено нарушение стадирования опухолевого процесса при формулировке диагноза при выписке из стационара, что важно для определения тактики дальнейшего лечения и оценки заболеваемости в целом по региону. Дальнейшее специализированное лечение получили 32,24 % больных, лучевая терапия выполнена 31,6 %, радиойодтерапия – 0,74 % пациентам. При этом для пациентов, оперированных не в онкодиспансере, не всегда удалось выдержать сроки и последовательность специализированных методов лечения при регоспитализации в специализированное учреждение.

Таким образом, больные раком щитовидной железы и узловым зобом должны лечиться в специализированном ЛПУ – краевом онкологическом диспансере. Необходим поиск более совершенных методов дооперационной диагностики рака щитовидной железы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Н. И. Богомолов[1], П. П. Пахольчук[2], С. Н. Сергеев[1]

[1]ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
[2]ГУЗ «Краевая клиническая больница» Минздрава Забайкальского края, г. Чита

Хирургическое лечение больных с патологией щитовидной железы осуществляется в ГУЗ ККБ в отделении общей хирургии, в Краевом онкологическом диспансере, Городских и Железнодорожной больницах, Окружных во-

енных госпиталях и некоторых ЦРБ и Краевых больницах № 3 и 4. Хирургическая служба территориально максимально приближена к проживающему населению. По объёмам доминирует ККБ, где ежегодно, на протяжении последней четверти века выполнялось 400–500 операций на щитовидной железе. С 2006 по 2016 г. выполнено 4117 операций на щитовидной железе, в том числе по поводу рака 9,13 %. Повторная операция потребовалась 1,35 % пациентам, у которых рак обнаружен в макропрепарате при гистологическом исследовании, всем выполнена тиреоидэктомия. Среди гистологических форм доминируют фолликулярные и папиллярные, низкодифференцированная форма встретилась всего в двух случаях. Жизнеугрожающие послеоперационные осложнения имели место у 6,1 % человек. С 2006 г. технология оперативного вмешательства радикально пересмотрена. Обязательным считаем визуализацию возвратных гортанных нервов, их выделение и смещение от зоны резекции или тиреоидэктомии. В связи с относительно частым рецидивом зоба после резекции щитовидной железы, выполнявшейся по технологии прошлых лет, при токсическом, многоузловом зобе и тиреоидите Хашимото предпочтение отдаём тиреоидэктомии. Качество жизни пациентов после таких операций остаётся на приемлемом уровне, заместительную терапию они получают под контролем эндокринологов. Применяем только традиционные открытые операции, которые считаем «золотым стандартом» в хирургической тиреоидологии, дающие возможность детально исследовать орган, прилежащие ткани, осуществить биопсию для экспресс-исследования гистологами. Интраоперационная визуализация нервов позволила снять проблему послеоперационных парезов гортани. На 2014 г. число осложнений после операций на щитовидной железе удалось снизить до 4,6 %, которые представлены в основном послеоперационными кровотечениями. Адекватная подготовка больных в эндокринологическом отделении, помещение больного в реанимационное отделение после операции на сутки полностью исключило вероятность тиреотоксического криза.

Важным фактором совершенствования технологии операций на щитовидной железе считаем повышение квалификации хирургов на центральных базах, участие их в конгрессах и съездах хирургов-эндокринологов. Продолжается подготовка кадров и на местах, совершенствуется хирургическое мастерство в анатомических театрах и на симуляторах, отслеживается современная мировая литература.

Таким образом, потребность в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы не уменьшается, среди больных сохраняется преобладание женщин, есть примеры зоба у детей, немало беременных имеют токсическую форму зоба. Йодная профилактика полностью не решает имеющуюся проблему, как и попытки внести в протоколы лечения препараты селена и других микроэлементов. Среду обитания человека не изменить, надо приспосабливаться к ней. Остаётся много неясного в проблеме патологии щитовидной железы, это прекрасная зона деятельности для исследователей. Технологии хи-

ргических пособий можно и нужно совершенствовать, чрезмерный радикализм в объёмах операций, тоже, вероятно, не оправдан. Жизнь, практика и коллективный опыт со временем покажут правоту или ущербность наших действий.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В ПРАКТИКЕ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Н. И. Богомолов[1], П. П. Пахольчук[2], В. Ю. Соловьёв[2], Н. Н. Томских[1], М. А. Гончарова[3], Ю. Ю. Ленская[3], А. С. Голякова[3]

[1]ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
[2]ГУЗ «Краевая клиническая больница» Минздрава Забайкальского края,
[3]Краевое патологоанатомическое бюро, г. Чита

Уникальна эволюция взглядов хирургов, онкологов, эндокринологов и морфологов на нейроэндокринные опухоли (НЭО). Этот термин наиболее употребим, хотя для подобных опухолей в лёгком, червеобразном отростке, желудке, поджелудочной железе по-прежнему используют термин карциноид. Признано существование диффузной нейроэндокринной системы (ДНЭС), эндокринные и экзокринные клетки которой могут локализоваться в виде опухолей в разных органах и продуцировать разнообразные биологически активные вещества. Для клеток ДНЭС свойственны общие иммунофенотипические особенности в виде положительной реакции с антителами к общим нейроэндокринным маркёрам – хромогранину А и синаптофизину. Наибольшее разнообразие подобных процессов встречается в поджелудочной железе: один тип НЭО развивается из ортотопических активно функционирующих нормальных клеток (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома) и второй тип из эктопических, в норме отсутствующих клеток (гастринома, ВИПома, карциноид).

Обобщена часть материала НУЗ ДКБ ОАО РЖД, ГУЗ ККБ и Краевого патологоанатомического бюро. Установлено и анализировано 61 случай карциноидов, 5 – гастрином, 2 наблюдения инсулиномы у больных, находившихся на лечении в 2-х клиниках. Мужчин было 31, женщин – 37 в возрасте от 15 до 63 лет. Локализация карциноидов была следующей: червеобразный отросток – 17, легкие – 14, поджелудочная железа – 7, прямая кишка – 5; по четыре случая было в тонкой, слепой, двенадцатиперстной кишке и желудке; по одному случаю в мочевом пузыре и щитовидной железе. В четырех наблюдениях выявлены метастазы в паратрахеальные и(или) регионарные лимфоузлы и в печень. Гастринома локализовалась у 3 человек в двенадцатиперстной кишке, у одной – в культе желудка и ещё у одного – в теле поджелудочной железы. Инсулинома в обеих случаях локализовалась в поджелудочной железе.

Об истинной частоте встречаемости НЭО можно судить по данным отчётов краевого патологоанатомического бюро, материал которого свидетельствует об обнаружении карциноида червеобразного отростка в пяти случаях, НЭО кишки – в 12, карциноида лёгкого – в 7, НЭО поджелудочной железы – в 1 наблюдении и это только за 3,5 года деятельности (2010–2013 гг.) при населении края на 01.01.2017 г. – 1 079 493 человека (0,66 случаев на 100 000 населения). Диагноз установлен после изучения операционного и (или) секционного материала. Рентгенологическое исследование, включая КТ, позволило выявить опухоль в лёгком, поджелудочной железе; УЗ – исследование дополняло полученные результаты, и у 7 человек заболевание заподозрено на основании клинико-лабораторных данных при функционирующих НЭО. Предварительными диагнозами были: у 12 человек острый аппендицит, у 6 – опухоль легкого, у 6 – язвенная болезнь, включая рецидивные пептические язвы, у 1 – зоб, у 1 – полип мочевого пузыря. Карциноид протекал в форме язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией у 1 и кровотечением – у 5 пациентов; в форме полипа 12-перстной кишки – у 2. В виде опухоли тонкой кишки карциноид был у 2 человек, включая одного с дивертикулом Меккеля и у 3 в прямой кишке. Карциноид сочетался с раком легкого у 1, раком прямой кишки – у 1 и раком простаты – у 1 человека. Перфорацией опухоль осложнилась у 2 и кровотечением – у 3 больных. Метастазы выявлены в 4 случаях, карциноидный синдром имел место у 5 человек. В большинстве случаев сделаны адекватные радикальные и условно-радикальные операции. Химиотерапия применена 4 больным. Умерло 5 пациентов, 4 в раннем послеоперационном периоде и пятый – в ближайший год после комплексного лечения. После аппендэктомии гемиколэктомия сделана 4 больным, а три человека от аналогичной операции отказались.

Диагностика гастринов в конце 20-го столетия была крайне затруднена, поскольку в клиниках города уровень гастрина не определяли, КТ-исследования не было и синдром Золлингера-Эллисона мы исключали или подтверждали только после выполнения стволовой ваготомии у лиц с резецированным желудком. Если не помогала и наддиафрагмальная или абдоминальная стволовая ваготомия у больных с рецидивной пептической язвой, то выполняли экстирпацию культи желудка. Эти результаты нами ранее многократно докладывались и публиковались в местной и центральной печати. Безусловно, большим подспорьем является интраоперационное УЗ-исследование, определение биохимических маркёров, уровня гормонов.

Таким образом, среди НЭО, по нашим данным, доминируют карциноиды с локализацией в органах пищеварения, на втором месте легкие. Окончательная диагностика оказалась возможной только после исследования операционного или секционного материала. В большинстве случаев радикальное лечение было успешным.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОЛОВНОГО ЛПУ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Н. И. Богомолов[1], Е. Б. Порушничак[2]

[1]ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
[2]ГУЗ «Краевая клиническая больница» Минздрава Забайкальского края, г. Чита

Население Забайкальского края на начало 2017 г. составило 1 079 493 человека, что почти на четверть миллиона (246 188) меньше, чем в 1992 г. Ежегодно край покидает 30–34 тыс. человек, среди которых немало и медицинских работников. Собственный медицинский вуз не успевает восполнять потребность во врачах. Закрылись большинство горнорудных и других предприятий, развалились колхозы и совхозы, что привело к резкому (в 2–3 раза) уменьшению населения в районах края, особенно пограничных. В этой связи на протяжении последнего 25-летия шло планомерное сокращение конечного фонда ЛПУ с 18 000 до 11 000 коек. По плану оптимизации здравоохранения за последние два года закрыто, сокращено немало больниц, ФАПов, отделений, включая и в головных учреждениях края. В ГУЗ ККБ перепрофилировано два терапевтических отделения, торакальное слилось с общехирургическим, коечный фонд головной больницы уменьшился с 1140 до 944 коек, из них хирургических – 499, изменился и кадровый состав. Поликлиника рассчитана на 500 посещений в смену. Перед администрацией больницы стоит задача по совершенствованию оказания специализированной помощи, стабилизации коллектива. Как это делается?

Из 1716 работников больницы 369 – врачи, абсолютное большинство которых сертифицировано и аттестовано на категорию. На базе клиники работает 8 кафедр и курсов ФГБОУ ВО ЧГМА, нашлось место и для студентов краевого медицинского колледжа. Врачи работают в 32 клинических и 21 параклиническом отделениях. Приёмное отделение за сутки принимает от 143 до 276 человек. Больница пошла по пути создания специализированных центров: регионального сосудистого, травматологического первого уровня, телемедицинских консультаций, эндохирургии, хирургической и интервенционной аритмологии, рентгено-хирургических методов диагностики и лечения, эндопротезирования и артроскопии суставов, пластической и эстетической хирургии лица и туловища, гемодиализа, диабетологии, остеопороза, гепатологии. Всё это позволяет коллективу оказывать помощь по 18 видам доврачебной, по 28 – амбулаторно-поликлинической, по 40 – стационарной и по 15 видам высокотехнологичной помощи. Так, например, только за два года выполнено 100 операций на открытом сердце, о чём десятилетие назад приходилось только мечтать. Впечатляет количество пролеченных больных

за год, их около 30 тысяч, а число хирургических вмешательств, постоянно увеличивающееся из года в год, составляет уже 28 000, из которых 2000 – высокотехнологичных. Удалось максимально увеличить число операционных, выполнять вмешательства в порядке очередности круглосуточно. Материально-техническое обеспечение не всегда успевает за бурным развитием хирургических технологий. Вместе с тем, благодаря модернизации, клиника оснащена современным диагностическим и лечебным оборудованием экспертного класса. Имеющиеся трудности не помешали выполнить за 2016 г. Программу государственных гарантий на 100 %.

ГУЗ ККБ сохранила один дежурный день для экстренных больных по городу с населением 339 453 человек. Кроме этого, изменена маршрутизация для беременных с острой хирургической патологией и травмой, они в круглосуточном режиме поступают в головной краевой стационар, имеющий наибольшее количество специализированных отделений. В круглосуточном же режиме поступают больные с острой сосудистой патологией, стационар имеет возможность выполнить ангиографическое исследование и транслюминальные внутрисосудистые лечебные процедуры. На базе головного ЛПУ развёрнут травмацентр первого уровня, принимающий в круглосуточном режиме пострадавших при ДТП и прочих обстоятельствах.

Таким образом, головное ЛПУ края – ГУЗ ККБ активно адаптируется к меняющимся политическим, экономическим, демографическим условиям. Сохраняется преемственность в коллективах врачей, действует наставничество. Администрация прилагает максимум усилий для сохранения достойной оплаты труда работников, изыскивает дополнительные возможности для материально-технического обеспечения лечебного процесса, повышения квалификации персонала, совершенствует организацию труда.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Н. И. Богомолов, Н. Н. Томских

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита

Цель работы. Анализ результатов диагностики и лечения рецидива язвы после различных вариантов хирургического лечения по материалам двух клиник за полувековой период.

Анализ анамнеза, данных объективного исследования, операционного материала позволил причины образования пептических язв после радикальных операций и гастроэнтеростомии объединить в следующие группы. 1. Повышенная возбудимость (повышенный тонус) ядер блуждающего нерва. Повышенная ирритация ядер блуждающего нерва. 2. Оставленный у 12-перстной кишки участок антрального отдела желудка со слизистой оболочкой.

(Оставленный участок антрума у 12-перстной кишки). 3. Синдром Золлингера-Эллисона. 4. Недостаточная по объему резекция желудка. 5. Изолиро-ванная гастроэнтеростомия при сохраненной и (или) повышенной желудочной секреции. 6. Аденомы паращитовидных желез. 7. Причина не установлена.

Вероятные причины рецидива язв после ваготомии. 1. Неполная (неадекватная) ваготомия. 2. Неэффективная дренирующая желудок операция. 3. Повышенная желудочная секреция. 4. Сочетание первых двух причин. 5. Синдром Золлингера-Эллисона. 6. Причина не установлена.

Материал и методы. Анализирован материал 197 больных, перенесших радикальные операции по поводу язвенной болезни и 44 пациентов с пептической язвой гастроэнтероанастомоза, сформированного по поводу стеноза привратника у больных язвенной болезнью (38) и после химического ожога (6 больных). Для диагностики использовались клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включая изучение желудочной секреции титрационным методом и pH-метрией, эндоскопию с биопсией, УЗИ, КТ, МРТ и традиционную рентгеноскопию. Для лиц, оперированных по экстренным показаниям, протокол обследования и подготовки был минимальным.

Результаты. Из 197 больных с рецидивной пептической язвой в анамнезе у 123 человек выполнена резекция желудка, у 71 – органосохраняющие (ваготомии) операции, у 3 – ваготомия с гемигастрэктомией. В клиниках Читы оперировано 149 больных, в других больницах города, края и страны – 92 человек. Старший из пациентов оперирован в 1929 г. Точность рентгенологической диагностики составила 64 %, эндоскопической – 96 %. При изучении желудочной секреции у 79 из 98 обследованных отмечена гиперпродукция соляной кислоты и пепсина. Helicobakter pilory при исследовании различными методами обнаружен у 86 % обследованных. Осложнения пептических язв установлены у 70,3 %, в том числе доминировали: перфорация – у 23, кровотечение – у 87, пенетрация – у 29, желудочно-ободочные свищи – у 6; сочетание 2–4 осложнений одновременно – у 26 пациентов. Больным с пептической язвой после изолированной гастроэнтеростомии выполнена резекция желудка с анастомозом преимущественно по процедуре Ру, в том числе в сочетании со стволовой ваготомией у 14 человек. У больных с язвой после резекции желудка операцией выбора была стволовая ваготомия, если исключены и другие причины рецидива. Трансторакальная наддиафрагмальная ваготомия выполнена у 19 человек, в том числе при торакоскопии у 9 человек, поддиафрагмальная – у 29, в том числе в сочетании с ушиванием перфорации у 18 и гастротомией и прошиванием кровоточащей язвы – у 11. Ререзекция культи сделана у 36 пациентов, в том числе у 2 с редуоденизацией и резекцией культи 12-перстной кишки, а у 3 – с ваготомией. Девять больных перенесли от 1 до 3 ререзекций культи желудка. У остальных больных выполнено простое ушивание перфоративного отверстия и (или) гастротомия и прошивание кровоточащей язвы. После ваготомии при рецидиве язвы операцией выбора была резекция желудка (32) с реваготомией (у 12). У 6 человек

выполнена экстирпация культи желудка. При гастродуоденальном кровотечении в последние два года активно применяем аргоноплазменную коагуляцию кровоточащей язвы. Во всех 7 случаях достигнут надежный временный гемостаз. Консервативная противоязвенная терапия осуществлялась по схемам, рекомендованным Маастрийским консенсусом. При кровотечении хороший терапевтический эффект получен от применения лосека, сандостатина.

Использование тотальной диспансеризации лиц, оперированных по поводу язвенной болезни с тщательным анализом архивного материала, широким использованием эндоскопических технологий с 1976 г., дало возможность выполнить и защитить по этой теме три кандидатских диссертации, существенно снизить летальность при осложнённой язвенной болезни, достичь своевременной реабилитации оперированных в масштабе края и Забайкальской железной дороги.

Выводы и заключение. Больные, оперированные по поводу язвенной болезни, нуждаются в диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога и хирурга. Наличие болезни оперированного желудка является показанием для углубленного обследования в хирургическом стационаре. При рецидиве язвы и неэффективности консервативного лечения показана повторная операция, объем и вариант которой строго индивидуален и осуществляется по принципу «Каждому больному – своя операция». При отсутствии острых осложнений пептической язвы операцией выбора считаем торакоскопическую ваготомию правосторонним доступом. Подобные решения в силах выполнить только специализированный хирургический гастроэнтерологический стационар или центр.

ОХРАНОСПОСОБНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА

Н. И. Богомолов , Н. Н. Томских

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита

Цель исследования: повышение эффективности лечения тяжёлых гнойных висцеральных процессов и ран с помощью охраноспособных сорбционных технологий на основе синтетических и природных сорбентов.

Материалы и методы: Для оптимизации работы с больными, перенесшими перитонит, в 2000 году нами предложена классификация последствий перитонита (ПП), нозологические формы, включенные в нее, адаптированы к МКБ-10. Выделено 4 группы синдромов (ПП), в скобках указан шифр.

I. Функциональные ПП. 1.1. Неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К 52). 1.2. Функциональные кишечные нарушения (К 59). 1.3. Синдром слепой петли (К 90.2). 1.4. Дисфункция после колостомии и энтеростомии (К 91.4).

II. Механические синдромы. 2.1. Непроходимость 12-перстной кишки – сжатие, стеноз (К 31.5). 2.2. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (К 56.5). 2.3. Женское бесплодие (N 97.8).

III. Органические синдромы. 3.1. Эрозии (острые язвы) желудка (К 25), 12-перстной кишки (К 26). 3.2. Грыжа передней брюшной стенки инцизионная (К 43). 3.3. Брюшинные спайки (К 66). 3.4. Рубцовые состояния, фиброз кожи брюшной стенки (L 90.5).

IV. Острая и хроническая хирургическая инфекция. 4.1. Свищ желудка и 12-перстной кишки (К 31.6). 4.2.Кишечный свищ (К 63.2). 4.2.1. Сформированный. 4.2.2. Несформированный. 4.3. Абсцесс брюшной полости (К 65.0). 4.4. Хронический продуктивный (фибропластический) перитонит (К 65.8). 4.5. Абсцесс печени (К 75.0). 4.6. Флегмона стенки живота (L 03.3). 4.7. Лигатурные свищи послеоперационных рубцов (L 08.8). 4.8. Кандидоз (дисбиоз), кандидозный сепсис.

Классификация имеет рабочий характер, она позволяет проводить комплекс реабилитационных мероприятий, как в ранние сроки заболевания, так и в отдаленном периоде. Больные, перенесшие перитонит, взяты на диспансерный учет. При проведении реабилитационных мероприятий применялось два направления. Первое – профилактическое, когда при лечении разлитого гнойного перитонита уже изначально использовались охраноспособные технологии, предупреждающие развитие осложнений и неблагоприятных последствий или снижающие их тяжесть. Так, в лечении перитонита обязательным мероприятием считаем дренирование кишки. Для этих целей разработан «Энтеральный зонд» (патент № 2121376) и пять его модификаций, позволяющий не только дренировать кишку, но и выполнять комплекс по профилактике и коррекции энтеральной недостаточности, в основе которого лежит «Способ энтеросорбции» (патент РФ № 2122868) с использованием жидких и плотных сорбентов. При выраженных гнойно-некротических, фибринозных напластованиях на органах, в полостях абсцессов у 52 больных использована сорбционно-аппликационная технология по патентам № 2123361 и 2294702. Аналогичная технология использована при лечении панкреонекроза по патенту № 2188045, примененого у 34 пациентов. Энтеральный зонд, введенный антеили ретроградно, надежно шинирует кишку в функционально выгодном положении, что предупреждает в будущем развитие спаечной кишечной непроходимости.

Второе направление – собственно реабилитационное, когда при развитии того или иного ПП используются новые технологии лечения и устройства для их реализации. В лечении кишечных свищей используем обтурационные технологии. Для этого разработано «Устройство для обтурации наружного свища желудочно-кишечного тракта» (патент № 2143285), использованное у 64 больных со сформированными свищами; «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент № 2224554), «Способ обтурации наружных трубчатых свищей пищеварительного тракта и остаточных полостей абдоми-

нальной области» (патент № 2262942), применяемые при лечении трубчатых и губовидных несформированных свищей. Для лечения сформированных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент № 2228149), успешно примененный у 192 человек. Для лечения спаечной болезни – неизбежного неблагоприятного последствия перитонита, использован у 26 пациентов «Способ лечения спаечной болезни» (патент № 2177741). Для лечения ран разработан и применен более чем у 480 пациентов «Способ лечения гнойных ран» (патент № 2195291). В последнее время способ усовершенствован за счет применения обогащенного природного сорбента по патенту № 2264865 («Способ обогащения цеолитсодержащих пород»). Обогащенный цеолит входит и в состав разработанной нами БАД «Цесейдин» (патент № 2307522), на которую утверждены технические условия и получено разрешение Фармкомитета на использование в медицине.

Заключение. Применение на практике двух направлений по предупреждению развития неблагоприятных последствий перитонита и по их коррекции с помощью более совершенных технологий лечения и устройств для их реализации позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов у большинства больных.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В. И. Бондарчук

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Лечение больных с тригеминальной болью, разработка и внедрение в широкую амбулаторную и стационарную клиническую практику новых, инновационных, эффективных, безопасных методов комплексного лечения невралгии тройничного нерва, технических средств их обеспечения является одной из актуальных задач неврологии и рефлексотерапии.

Материалы и методы. Нами предложен, успешно апробирован и внедрён в амбулаторную и стационарную клиническую практику новый, инновационный, физиологичный, высокоэффективный, удобный и экономичный метод электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии оригинальным, не имеющим аналогов в мире многофункциональным аппаратом «РЭЛИТ». Аппарат работает в двух режимах: а) режим поиска – индикации акупунктурных точек при регулируемом значении тока не более 80 мкА на нагрузке до 20 кОм, индикация – световая и звуковая, время подготовки к работе не более 1 мин; б) режим терапевтического воздействия на акупунктурные точки методом электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии (непрерывным или импульсным) со следующими параметрами: рабочая

частота электромагнитного поля ультравысокочастотной рефлексотерапии – 40,68 МГц ± 2 % на нагрузке 1 кОм; мощность непрерывного воздействия не менее 0,25 Вт на нагрузке 1 кОм; пределы регулировки мощности 0,08–0,25 Вт; регулируемая частота повторения импульсов – 1, 2, 3, 7, 10 Гц; длительность импульсов на уровне 0,5 от периода их повторения – 1/2, 1/4, 1/6, 1/20 с ± 20 %; внутренний диаметр активного электрода контактирующего с акупунктурной точкой не более 1,2 мм; аппарат имеет хронометр (таймер), обеспечивающий автоматическое отключение электромагнитного поля ультравысокочастотной рефлексотерапии – воздействия на акупунктурные точки – 1, 2, 3, 4, 5 мин с выдачей при этом звукового и светового сигналов; время установления рабочего режима не более 1 мин. Проведено обследование и лечение группы амбулаторных и стационарных больных неврологического и терапевтического профиля. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование, рефлексодиагностика и мануальная диагностика. Для курсового лечения, в основном, использовали корпоральные акупунктурные точки: GI 4, GI 10, GI 11, GI 19, GI 20; P 7; IG 17, IG 18, IG 19; RP 6; E 1, E 2, E 3, E 5, E 6, E 7, E 8, E 36; TR 5, TR 17, TR 21, TR 22, TR 23; VB 1, VB 2, VB 3, VB 4, VB 5, VB 7, VB 12, VB 14, VB 20, VB 21, VB 39. VB 41; V 1, V 2, V 3, V 11, V 60; F 2, F 3; VG 14, VG 23, VG 24, VG 26; VC 24; PC 3, PC 6 и др.; аурикулярные акупунктурные точки: AP 6, AP 7, AP 11, AP 20, AP 29, AP 33, AP 37, AP 55, AP 82 и др.; зоны скальпа – нижняя пятая часть сенсорной зоны контрлатерально.

Результаты. В режиме электропунктурного поиска-индикации точек акупунктуры аппарат «РЭЛИТ» позволяет достаточно четко определять локализацию корпоральных, аурикулярных, фацио-краниальных и других точек и зон микроакупунктурных систем акупунктуры. При проведении сеансов поиска-индикации точек акупунктуры регистрируемые величины тока не превышали общепринятых в рефлексотерапии допустимых величин тока. При проведении сеансов терапевтического воздействия электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии аппарат позволяет осуществлять как прерывистое (клюющее), стабильное (контактное), так и утюжащее (штриховое) воздействие на корпоральные, аурикулярные, фацио-краниальные и другие точки и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры. При анализе клинических и параклинических данных отмечено, что купирование тригеминальной боли у большинства больных отмечалось на 1–3 процедуре электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии. Частота случаев выздоровления, значительного улучшения и улучшения при электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии статистически достоверно значительно выше, чем при классической акупунктуре и составляет 92,9 % (10,1 % + 46,6 % + 36,2 %). При классической стандартной общеклинической терапии соответственно – 70,9 % (7,0 % + 39,3 % + 24,6 %). При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе больных и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки лечения. При

проведении сеансов поиска – индикации корпоральных, аурикулярных, фацио – краниальных и других акупунктурных точек и зон микроакупунктурных систем акупунктуры и терапевтического воздействия электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии осуществляется безболезненно, атравматично, асептично, является эффективным, переносится больными хорошо, без побочных отрицательных реакций. Каких-либо осложнений или ухудшений состояния у всех больных не отмечено.

Заключение. Использование нового инновационного метода электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии является высокоэффективным в лечении больных с невралгией тройничного нерва. Аппарат для электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии «РЭЛИТ» соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, портативность, многофункциональность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность, позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, санаторно-курортных, скоропомощьных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Представляется целесообразным проведение дальнейших отечественных фундаментальных разработок и внедрения в широкую практику отечественного и зарубежного здравоохранения этих новых, портативных, дешёвых, конкурентоспособных, высокоэффективных, инновационных и приоритетных аппаратных медицинских технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА СВЕТЕРМОПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ МЕЖРЕБЕРНОЙ НЕВРАЛГИЕЙ

В. И. Бондарчук

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Реабилитация больных с постгерпетической межреберной невралгией и разработка новых комплексных методов мануальной диагностики, мануальной терапии и инновационных, более эффективных и удобных в эксплуатации методов светермопунктурной рефлексотерапии, технических средств их обеспечения и внедрения в широкую амбулаторную, стационарную, скоропомощьную клиническую практику, при экстремальных, чрезвычайных ситуациях, в полевых условиях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и реабилитации представляется актуальной. Материалы и методы. Проведено обследование и лечение группы амбулаторных и стационарных больных неврологического и терапевтического профиля. Для мануальной диагностики и мануальной терапии использовали

общепризнанные классические методы мануальной диагностики и мануальной терапии. В последние годы в Российской Федерации и странах Союза Независимых Государств находит все более широкое использование в клинической практике предложенный нами инновационный метод светермопунктурной рефлексотерапии. Для этих целей в подавляющем большинстве случаев используют аппарат «Светерм-1». Он физиологичен, эффективен, экономичен, не имеет аналогов в мире, многофункционален, соответствует современному научно-техническому уровню, конкурентоспособен. Аппарат демонстрировался и удостоен Золотых и Серебряных медалей на Московском международном салоне инноваций и инвестиций (Россия), на Международных выставках: в г. Брюсселе (Бельгия), в г. Дюссельдорфе (Германия), в г. Орланде (США) и др. Аппарат «Светерм-1»: 1. Режимы работы; 1.1. Светермопунктурная рефлексотерапия; 1.1.1. Мощность светотеплового потока не более 675 Вт/м^2; 1.1.2. Напряжение на лампе в режиме прижигания не более 8±0,7 В; 1.1.3. Регулировка мощности светотеплового потока плавная; 1.1.4. Индикация световая; 1.2. Механопунктурная рефлексотерапия; 1.3. Комплексная светермопунктурная рефлексотерапия и механопунктурная рефлексотерапия; 2. Диаметр концевой части активного электрода не более 1,2 мм; 3. Время; 3.1. Установления рабочего режима не более 1 мин; 3.2. Непрерывной работы не более 6 ч; 4. Питание от сети переменного тока; 4.1. Напряжение 220±11 В; 4.2. Частота 50±0,5 Гц; 4.3. Потребляемая мощность не более 12±1 Вт; 5. Масса не более 1,5 кг; 6. Габариты не более 220×125×60 мм. Наиболее эффективны для группы больных с постгерпетической межреберной невралгией следующие корпоральные акупунктурные точки: P 7; GI 4, 10, 11; MC 7; V 13, 40, 60; R 2, 6; F 2, 5; VB 34, 38, 40, 41; E 36, 42 и др.; аурикулятные акупунктурные точки: AP 13, 28, 29, 42, 51, 55, 78, 100, 101, 108 и др. Сеансы обследования и лечения больных с использованием аппарата «Светерм-1» проводились, в основном, в утренние часы. Во время одной процедуры использовали от 4 до 8 акупунктурных точек. Время воздействия на одну корпоральную, аурикулярную, фациокраниальную точку и зону микроакупунктурных систем акупунктуры составляло в среднем от 30 с до 2 мин. Продолжительность одной процедуры составляла от 2 до 16 мин. На один курс лечения проводили от 5 до 10 сеансов. У некоторых больных проводили повторные 1–2 курса лечения с перерывом в 1–4 недели.

Результаты. При анализе клинических, параклинических данных, рефлексодиагностики и мануальной диагностики положительная динамика у большинства больных отмечалась на 1–2 процедуре комплексного метода мануальной терапии и инновационного метода светермопунктурной рефлексотерапии. Частота случаев выздоровления, значительного улучшения и улучшения при комплексном методе мануальной терапии и инновационного метода светермопунктурной рефлексотерапии аппаратом «Светерм-1» статистически достоверно значительно выше, чем при классической стандартной общеклинической терапии и составляет 94,6 % (11,3 % + 48,4 % + 34,9 %).

При классической стандартной общеклинической терапии соответсвенно – 70,2 % (8,3 % + 38,3 % + 23,6 %). При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе больных и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки реабилитации. При проведении сеансов терапевтического воздействия светермопунктурной рефлексотерапии аппаратом «Светерм-1» позволяет осуществлять как прерывистое (клюющее), стабильное (контактное), так и утюжащее (штриховое) воздействие на корпоральные, аурикулярные, фацио-краниальные и другие точки и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры. Проведение сеансов терапевтического воздействия инновационного метода светермопунктурной рефлексотерапии аппаратом «Светерм-1» осуществляется безболезнено, атравматично, ассептично, исключающим эффекты полынной сигареты (запах, угарный газ, пепел), является эффективным, переносится больными хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех больных отмечено не было.

Заключение. Сочетанное использование методов мануальной терапии и нового инновационного метода светермопунктурной рефлексотерапии аппаратом «Светерм-1» является высокоэффективным в реабилитация больных с постгерпетической межреберной невралгией. Аппарат для светермопунктурной рефлексотерапии аппаратом «Светерм-1» соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, портативность, многофункциональность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность, позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, санаторно-курортных, скоропомощьных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ 24-НЕДЕЛЬНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Н. А. Борисова, В. Э. Олейников

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Проблема инфаркта миокарда (ИМ) приобретает большое социальное значение в связи с увеличением заболеваемости за последние годы, ранней инвалидизацией и высокой летальностью. Развитие ИМ предопределяет атеросклероз коронарных артерий. Атеросклероз – системное заболевание, которое сопровождается дислипидемией, возникает в различных сосудистых бассейнах артерий преимущественно эластического типа, повышая их жёсткость и вызывая раннее сосудистое старение. Назначение статинов при атеросклерозе, осложнённом инфарктом миокарда, патогенетически обосновано. Особый интерес представляет использование региональной сосудистой ригидно-

сти, как тканевого биомаркёра раннего сердечно-сосудистого старения, для оценки структурно-функционального состояния артерий на фоне применения терапии высокими дозами статинов у данной группы пациентов.

Обследовано 34 человека с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Из них 31 мужчина (91,2 %) и 3 женщины (8,8 %), средний возраст – 52,3±8,3 лет. Офисное давление составило: САД – 121,7±10,6 мм рт.ст., ДАД – 76,5±8,0 мм рт. ст.; ЧСС – 70,4±6,3 уд./мин. Региональную сосудистую жёсткость оценивали с помощью прибора VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония), автоматически методом объёмной сфигмографии. Определяли следующие показатели: скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV), в артериях преимущественно эластического типа справа и слева (R/L-PWV), а также сердечно-лодыжечный сосудистый индекс – CAVI1, характеризующий истинную жесткость артерий, не зависимую от уровня АД и отраженной волны. Исходно и на 24-й неделе наблюдения пациентам данной группы проводили оценку липидного спектра крови: общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Все пациенты получали аторвастатин в дозе 80 мг/сут. в течение 24 недель.

На фоне высокодозовой фармакотерапии аторвастатином наблюдали статистически значимое снижение скорости распространения пульсовой волны в аорте с 7,4 (6,6; 8,7) м/с до 6,8±1,5 м/с ($p = 0,02$), что составило около 8 %, а также в артериях преимущественно эластического типа (R/L-PWV снизилась с 12,9 (11,8; 13,8) м/с до 12,4±1,5 м/с ($p = 0,03$). Достоверных изменений индекса истинной жесткости сосудов CAVI выявлено не было.

По результатам изучения показателей липидного профиля, через 24 недели лечения выявлено снижение ОХ на 46 %. Данная позитивная динамика преимущественно обусловлена уменьшением ЛПНП на 55 % (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей липидного профиля на фоне приема аторвастатина 80 мг (n = 34)

Показатель	0 неделя	Неделя 24
ОХ, ммоль/л	6,1±1,4	3,3±0,6*
ЛПВП, моль/л	1,2±0,3	1,0±0,3*
ЛПНП, моль/л	4,2±1,3	1,9±0,4*
ТГ, ммоль/л	1,1 (0,7; 1,9)	1,1 (0,94; 1,4)

П р и м е ч а н и е: * – $p < 0,01$ – достоверные отличия между значениями на 0 и 24 неделях наблюдения; ОХ – общий холестерин, ТГ – триглицериды.

По результатам исследования, достоверное снижение показателей общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на фоне терапии высокими дозами аторвастатина сопровождается улучшением структурно-функциональных свойств аорты и артерий преимущественно эластического типа, определённых методом объёмной сфигмографии.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

И. В. Братищев[1], Е. А. Евдокимов[2], Е. П. Родионов[1], С. В. Выжевский[1]

[1]ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы,
[2]ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

По данным ВОЗ травматизм занимает третье место в ряду причин общей смертности населения, а в группе лиц моложе 45 лет стойко занял первое место. В последние годы возрастает удельный вес пострадавших с тяжелой сочетанной травмой до 10–26,4 % от всех пациентов с травмой. Доминирующим повреждением при тяжелой сочетанной травме являются: черепно-мозговая травма до 72,2 %. Летальность, как на месте происшествия, так и досуточная летальность достигает по данным различных авторов 65–80 %. Для верификации и визуализации повреждений головного мозга в протокол обследования пострадавших включаются: краниография, эхоэнцефалоскопия, компьютерная томография головного мозга (КТГМ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). КТГМ и МРТ предполагают доставку пострадавших к месту проведения исследования.

Цель исследования: провести анализ методов респираторной поддержки при внутригоспитальной медицинской эвакуации пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ методов респираторной поддержки при внутригоспитальной медицинской эвакуации пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в ГКБ им. С. П. Боткина.

Результаты исследования: за период 2008-2010 годов выездной анестезиолого-реанимационной бригадой транспортировано для проведения параклинических методов обследования 754 пациета с тяжелой сочетанной травмой. Все пациенты находились на ИВЛ. Респираторная поддержка в пути следования осуществлялась как мешком АМВУ, так и портативными аппаратами ИВЛ. В процессе транспортирования всем пациентам проводился стандартный гемодинамический мониторинг (АД, ЧСС, SpO2). Осуществлялся анализ КЩС и газов крови пациентов до и после транспортирования с учетом респираторной поддержки. В таблице представлены данные гемодинамического и лабораторного мониторинга транспортированных пациентов (медиана):

	АД ср.	ЧСС	SpO_2	pH a	pO_2 a	pCO_2 a	BE a
До транспортировки	98	96	98	7,45	110	33,8	0.57
После транспортировки ИВЛ АМВУ	92	118	93	7,34	64	30,4	–1,8
ИВЛ аппаратная	98	92	100	7,44	136	34	0,36

Из представленных данных видно, что при транспортировке пациентов с тяжелой сочетанной травмой в условиях ИВЛ мешком АМВУ происходит увеличение ЧСС, снижение АДср, SpO_2, pH, pO_2, pCO_2. Это приводит к развитию кислородного дисбаланса и возможному прогрессированию ятрогенных повреждений головного мозга. Иная картина наблюдается при проведении во время внутригоспитальной транспортировки, в сравнимой группе больных, респираторной поддержки транспортными аппаратами ИВЛ. Все гемодинамические и лабораторные параметры статистически значимо не отличаются от исходных, что свидетельствует об адекватности поддержки витальных систем в процессе транспортирования.

Заключение: из представленных данных следует, что в процессе внутрибольничной медицинской эвакуации пациентов с тяжелой сочетанной травмой целесообразно:

1) использовать транспортные аппараты ИВЛ, как отечественного (Кокчетав, РЕАТ-1, АИВЛп-2/20), так и импортного (Medumat, Oxylog 3000, Sirio S2/T) производства;

2) мониторировать витальные функции (Адср, ЧСС, SpO_2) транспортными мониторами;

3) внутригоспитальную транспортировку пациентов с нарушением витальных систем необходимо осуществлять силами специализированных, подготовленных и оборудованных медицинских бригад.

КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ АЭС ЖКТ и СО НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ БИЛИАРНОГО ТРАКТА И ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

С. Е. Бунтин[1], В. А. Максимов[2], Р. М. Филимонов[3], В. Г. Бунтина[4]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза,
[2]ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва,
[3]ФГБУ РНЦ МРиК Минздрава России, г. Москва,
[4]МСЧ ФКУ «Войсковая часть 45108», г. Кузнецк-12

В настоящее время синдром раздражённого кишечника (СРК) рассматривается как полиэтиологическое заболевание, патогенез которого представляет собой иерархию патофизиологических реакций, включающую дисфункцию психической деятельности, вегетативной нервной системы, гуморальные реакции, вторичные изменения моторики и секреции кишки, изменение микробного пейзажа, перестройку физиологических иммунных реакций (Логинов А. С. с соавт., 1993, Парфёнов А. И., 2002, Шархуи О. О., 2000,

Mayer E. A., 2001).

Изучению процессов желчеобразования и желчеотделения было посвящено ряд работ у больных с хроническим неязвенным колитом (Беюл Е. А.,1975, Василевский М. Э., 1966, Ирнюс А. А.,1982, Фурманец Т. А.,1990).

Несмотря на определённые успехи медикаментозной терапии заболеваний гепатобилиарного тракта (ГБТ), вопрос коррекции нарушений внешнесекреторной функции печени и моторной функции билиарного тракта, представляет собой трудоёмкий и сложный процесс. В связи с этим особого внимания заслуживает дальнейший поиск и разработка новых эффективных методов лечения нарушений моторной и внешнесекреторной функции желчевыделительной системы у больных с СРК.

Цель настоящего исследования – изучение возможности коррекции нарушений моторно-эвакуационной функции билиарного тракта и внешнесекреторной функции печени у больных с синдромом раздражённого кишечника с помощью автономного электронного стимулятора желудочно-кишечного тракта и слизистой оболочки (АЭС ЖКТ и СО).

Нами обследовано 35 больных с СРК. Диагноз СРК был поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного, лабораторного и инструментального исследования, которое включало в себя ректороманоскопию или колоноскопию с биопсией, ультразвуковое сканирование органов брюшной полости и малого таза, электрокардиографию, эзофагогастродуоденоскопию, копрологическое исследование, функцию физио-логической микрофлоры кишечника, а также данные этапного хромати-ческого дуоденального зондирования (ЭХДЗ) с изучением физколлоидных свойств желчи и её микроскопической картины, которое позволяет графически регистрировать желчеотделение, проводить биохимическое исследование всех полученных порций желчи, как по концентрации, так и по дебиту её компонентов. Изучался часовой дебит компонентов печёночной желчи, а также суммарный дебит компонентов желчи, выделившихся в 12-ти ПК за час после введения раздражителя (Максимов В. А. с соавт., 1977, Максимов В. А. с соавт., 1998). Всем больным проводилось ультразвуковое исследование гепатобилиарного тракта с использованием желчегонного завтрака и расчётом показателя двигательной функции (ПДФ) желчного пузыря и желчевыводящих путей.

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

Математическую обработку результатов исследования проводили стандартными методами вариационной статистики. Достоверность различий средних величин определяли с помощью *t* критерия Стъюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

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

исследуемой группы больных, мы наблюдали, что у большей части больных тонус сфинктера Одди не был изменён, кроме этого был выявлен гипертонус сфинктера Люткенса. Уменьшение показателя объёма и времени IY этапа указывало на повышение сократительной способности желчного пузыря. Характеризуя показатели Y 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. Всё это в совокупности с клинической картиной и обуславливает синдром билиарной недостаточности, который в данной группе больных составил – 87 %.

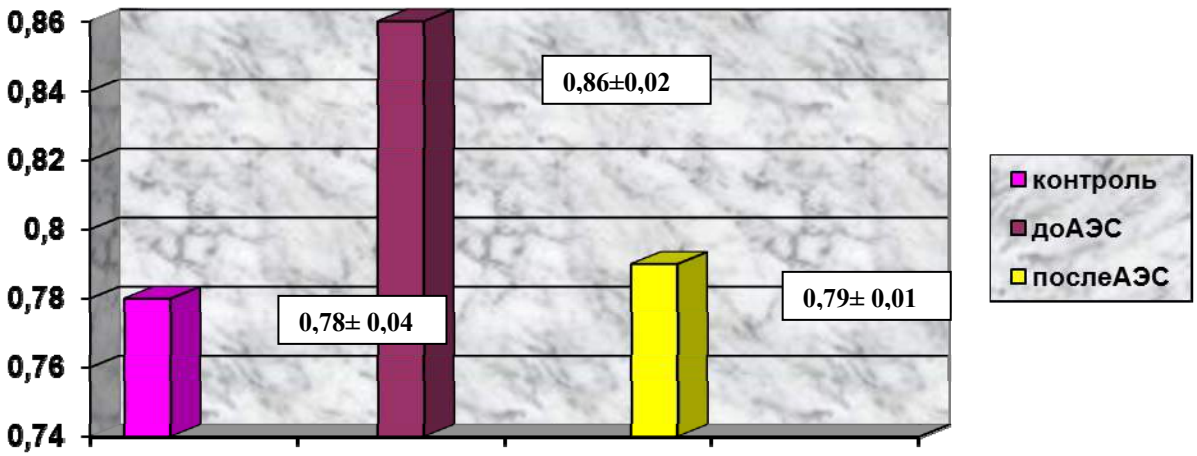
Исходя из этого, мы сочли целесообразным провести коррекцию моторной и внешнесекреторной функции у больных СРК с помощью внутриполостной электростимуляции АЭС ЖКТ и СО. Капсула АЭС ЖКТ и СО состоит из двух полусфер, служащих электродами, между которыми имеется изолирующая втулка. Внутри капсулы находится генератор электромагнитных импульсов и источник питания. Оптимальные параметры электрических сигналов АЭС выбраны в результате специальных экспериментальных исследований и имитируют физиологические характеристики нервных импульсов. Форма электрических сигналов АЭС прямоугольная, длительностью 5–7 с мс, период следования 20–28 мс, сила импульсного тока 10 мА, амплитуда 4,5 В, частота 50 Гц. Длительность импульса 0,006±20 %, период следования импульсов 0,024±20 %, длительность пачки импульсов 0,38 ±20 %, период следования пачек импульсов 3±20 %. Больные принимали АЭС ЖКТ и СО утром натощак методом per os. АЭС ЖКТ и СО находился в ЖКТ от 8 ч до 4 сут. Каких-либо осложнений и побочных явлений на фоне приёма АЭС ЖКТ мы не наблюдали. После проведённой электростимуляции мы выявили положительные изменения клинической картины: у 70 % больных купировался или уменьшился болевой синдром, у 77 % больных исчезли диспепсические явления и у 71 % больных СРК мы наблюдали нормализацию стула.

После проведённой электростимуляции произошли определённые изменения моторной функции ГБТ: мы наблюдали увеличение процента нормосекреции, а также улучшение моторно-тонической функции билиарного тракта. Изучая результаты ЭХДЗ мы выявили нормотонию сфинктера Одди у 75 % больных, увеличение числа случаев нормотонии сфинктера Люткенса у 68 % больных ($p < 0,05$), улучшение кинетической способность желчного пузыря. Пузырная желчь (IV этап ЭХДЗ) получена нами в 100 % случаев. Несколько нормализовалась сократительная функция желчного пузыря, что свидетельствует о нормализующем действии АЭС ЖКТ и СО на моторную функцию желчного пузыря.

Этап печёночной секреции (V этап ЭХДЗ) после воздействия АЭС ЖКТ и СО носил гиперсекреторный характер с повышением объёма печёночной желчи у 74 % больных и напряжения у 91 % больных. Исследуя показатель двигательной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей, полученного с помощью метода ультразвукового сканирования через 40 минут после дачи желчегонного завтрака, на фоне АЭС ЖКТ и СО, мы получили следующие результаты. Увеличение исходного показателя двигательной функции (ПДФ) у данной группы больных свидетельствовало о гипертонусе сфинктерного аппарата и желчного пузыря. После воздействия АЭС ЖКТ и СО мы получили достоверное уменьшение ПДФ желчного пузыря и желчевыводящих путей, что также свидетельствует о нормализующем влиянии АЭС ЖКТ и СО на моторную функцию гепатобилиарного тракта у больных СРК.

Диаграмма 1

ПДФ желчного пузыря и желчевыводящих путей на фоне воздействия АЭС ЖКТ и СО



Анализируя данные, полученные при изучении биохимического состава пузырной и печёночной желчи, мы выявили, что после внутриполостной стимуляции АЭС ЖКТ и СО произошло достоверное повышение концентрации холевой кислоты, некоторое снижение ХХК и достоверное снижение концентрации кальция в пузырной желчи. Кроме того имело место досто-

верное повышение концентрации фосфолипидов у 86 % больных. Изменения показателя ФлХК было несколько повышено. Часовая секреция печёночной желчи не была получена ни у одного больного, поэтому мы её определяли по напряжению V этапа. Часовое напряжение печёночной желчи после электростимуляции АЭС ЖКТ и СО у больных СРК было повышено у 57 % больных. Часовой дебит холевой кислоты после АЭС ЖКТ и СО был в пределах нормальных показателей. Часовой дебит в печёночной желчи холестерина был несколько повышен. Но в тоже время мы наблюдали повышение ХХК по сравнению с исходно-сниженными показателями у 71 % больных СРК. Часовой дебит в печёночной желчи фосфолипидов повысился у 100 % больных. что объясняет повышение ФлХК.

При изучении типов секреции печёночной желчи в зависимости от дебита холевой кислоты после воздействия АЭС ЖКТ и СО мы получили следующие результаты, представленные в табл. 1.

Таблица 1

Типы секреции печёночной желчи в зависимости
от дебита холевой кислоты у больных срк после АЭС ЖКТ

Типы секреции печёночной желчи	Нормохолия		Гипохолия		Гиперхолия		Итого:	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Нормосекреторный	8	22,8	4	11,4	–	–	12	34,2
Гиперсекреторный	–	–	4	11,4	9	25,7	13	37,1
Гипосекреторный	–	–	10	28,7	–	–	10	28,7
Итого:	8	22,8	18	51,5	9	25,7	35	100

Из таблицы видно, что у данной группы больных после проведённой электростимуляции уменьшился процент гипосекреции с гипохолией и увеличился процент гиперсекреции с гиперхолией, а также процент номосекреции с нормохолией.

Важным моментом представляется изучение суммарного дебита желчи и её компонентов, выделившихся в 12-ти ПК за час после введения раздражителя (стимулированная секреция). У больных СРК после проведённой электростимуляции АЭС ЖКТ и СО отмечалось повышение суммарного дебита холевой кислоты (билиарная недостаточность) у 9 % больных по сравнению с контрольными результатами, снижение у 74 % больных. Соответственно этому имело место достоверное повышение ХХК и суммарного дебита фосфолипидов ($p < 0,05$). Суммарный дебит холестерина, билирубина и кальция остался практически без изменений.

Таким образом, оценивая полученные в ходе исследования результаты, можно сделать следующие выводы: применение АЭС ЖКТ и СО оказывает стимулирующее влияние на процессы желчеобразования и желчеотделения

у больных с СРК, в короткий срок, оказывая существенное влияние на моторную функцию билиарного тракта, нормализуя моторику сфинктеров и сократительную способность желчного пузыря. АЭС ЖКТ и СО оказывает положительное влияние на основные показатели концентрации и соотношение компонентов желчи, направленное на снижение литогенности и улучшение её коллоидной стабильности у больных с синдромом раздражённого кишечника.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДАМИ ТРАДИЦИОННОЙ АКУПУНКТУРЫ

В. Д. Вартик

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Невропатия лицевого нерва является одним из наиболее частых заболеваний периферической нервной системы. Частота развития осложнений, в частности вторичной контрактуры мимических мышц, достаточно высока и по различным оценкам может составлять от 7,5 до 73 % наблюдений. Развившийся паралич или парез мимических мышц, асимметрия лица, а тем более формирующаяся или уже образовавшаяся контрактура представляют психотравмирующий фактор, который при наличии определенных особенностей личности больных и недостаточности механизмов психологической защиты может привести к развитию невротических расстройств.

Проведен анализ результатов лечения 17 больных с остаточными явлениями невропатии лицевого нерва. 12 больных (71 %) с парезом мимических мышц, 5 больных (29 %) с контрактурой мимических мышц. Возраст больных – от 24 до 51 года. 59 % (10 больных) составляли женщины и 41 % (7 больных – мужчины). Сроки от начала заболевания колебались от 1,5 до 3 лет.

Среди больных с остаточными явлениями невропатии лицевого нерва в виде пареза мимических мышц выделены три группы больных: в первой группе (6 больных) симптомы пареза наблюдались в покое, во второй группе (3 больных) ассиметрия лица обнаруживалась при активных движениях мышц, в третьей группе (3 больных) симптоматика легкой степени пареза отдельных мимических мышц имела место лишь при эмоциональной реакции больного. Проводились следующие лечебные мероприятия: акупунктура, прогревание биологически активных точек, поверхностная иглотерапия, вакуумрефлексотерапия, лечебная физкультура, точечный массаж.

Лучшие результаты лечения наблюдались у больных третьей группы – полное восстановление функции лицевого нерва у всех больных. У больных второй группы эффективность лечения была несколько ниже, чем в первой группе: полное восстановление функции лицевого нерва у одного больного, клиническое улучшение на 50 % у двух больных. В третьей группе больных с четкой симптоматикой пареза мимических мышц наблюдалось клиническое

улучшение на 25 % у четырех больных, у двух больных – отсутствие положительной динамики.

У 5 больных с контрактурой мимических мышц наблюдалась незначительно выраженная положительная динамика у 3 больных, отсутствие эффекта у 2 больных.

Таким образом, результаты лечения выглядят следующим образом: клиническое выздоровление в 24 % случаев (4 больных), клиническое улучшение в 52 % случаев (9 больных), отсутствие лечебного эффекта в 24 % случаев (4 больных).

В связи с проведенной работой предлагаем следующий алгоритм лечебно – диагностических мероприятий при лечении больных с остаточными явлениями невропатии лицевого нерва.

Если больной четко и уверено определяет причину заболевания, как действие климатического фактора, следует определить функциональное состояние сухожильно-мышечных меридианов и обратиться к соответствующему правилу акупунктуры. По результатам клинической диагностики важно определить степень выраженности пареза в мышцах лица для каждой из трех ветвей лицевого нерва, а так же обозначить наличие или отсутствие контрактуры в мышцах и степень ее выраженности. Исходя из данных пульсовой диагностики; диагностики, связанной с обследованием точек «Глашатаев»; диагностики по методам Акабанэ и Накатани определить энергетическое состояние классических меридианов и выделить наиболее пострадавший меридиан. В случае отсутствия контрактуры в мышцах лица, на пораженной стороне лица оказывать воздействие методом стимуляции на локальные акупунктурные точки в той последовательности, в какой происходит усиление болевой чувствительности кожи над соответствующими БАТ, формирующими какой либо из многоугольников (треугольник, четырехугольник, пятиугольник и т.д.). Если у больного имеет место контрактура в мышцах одной половины лица, на пораженной стороне оказывать воздействие методом торможения на локальные акупунктурные точки в той последовательности, в какой происходит снижение болевой чувствительности над соответствующими БАТ, формирующими какой либо из многоугольников (треугольник, четырехугольник, пятиугольник и т.д.). Параллельно с локальным воздействием на акупунктурные точки лица, проводится так называемое энергетическое лечение, направленное на восстановление функционального равновесия в классических меридианах с помощью традиционных правил китайской акупунктуры: «мать – сын» «5 элементов», «полночь – полдень», «поперечного ло», «группового ло», «точек входа и выхода энергии», «муж – жена» и др. Причем, вначале рассматриваются традиционные правила по отношению к наиболее пострадавшему меридиану, а затем и к другим меридианам, имеющим функциональные нарушения.

В лечебном сеансе в первую очередь проводят воздействие на акупунктурные точки методом стимуляции, а затем методом торможения.

В случае наличия контрактуры у больного, перед проведением лечебного сеанса необходимо провести точечный массаж акупунктурных точек, методом торможения.

После воздействия на БАТ акупунктурой методом стимуляции необходимо провести термопунктуру (прогревание).

В один из сеансов акупунктуры включить рецепт лечения предложенный традиционной китайской медициной: введение игл из точек Е4 и Е6 навстречу друг другу методом торможения на здоровой половине лица.

Очень важное значение в лечении имеет методика вращения иглы во время сеанса акупунктуры: при воздействии методом стимуляции рекомендовано вращать иглу с усилием по часовой стрелке для центробежных меридианов и против часовой стрелки для центростремительных меридианов; в случае воздействия методом торможения необходимо вращать иглу с усилием против часовой стрелки для центробежных и по часовой стрелке для центростремительных меридианов. Перед извлечением игл больной выполняет активные движения в мышцах лица. В течение курса лечения (курс лечения 11– 13 сеансов акупунктуры) следует 2–3 раза провести процедуру поверхностной иглотерапии (мэй – хуа – чжень) на больной и здоровой стороне лица различными методами воздействия, вакуум рефлексотерапию шейно – воротниковой зоны. Обязательные занятия лечебной физкультурой под контролем лечащего врача.

В тех случаях, когда длительность заболевания составляет более года, эффективность лечения вышеперечисленными методами низкая, имеет место энергетические нарушения в трех и более главных меридианах, необходимо обратиться к правилу «Чудесных меридианов», которое предполагает включение в рецепты акупунктуры точек – ключей и связующих точек чудесных меридианов, болезненных точек, расположенных в проекции наружного хода чудесного меридиана; противоболевых точек, определенных для каждой пары чудесных меридианов; точек группового Ло, специфических акупунктурных точек.

В заключении следует отметить, что рациональная тактика лечения больных с невропатией лицевого нерва предупреждает развитие остаточных явлений и осложнений заболевания. Необходимо помнить, что в арсенале врача-невролога есть современные, эффективные методы борьбы с этим недугом. В их число входит акупунктура. И здесь очень важно учесть, что врачу необходимо найти у больного ту ценную, порой скрытую, диагностическую информацию, которая позволит определить наиболее пострадавшие и значимые в лечебном плане меридианы и их функциональное состояние. В этом случае представится возможность составить рецепты акупунктуры индивидуально для каждого больного и получить хорошие результаты в лечении. Следует также помнить, что больные с невропатией лицевого нерва очень чувствительны, обидчивы, они понимают свою несостоятельность, очень ранимы. В связи с этим необходимо соблюдать чувство такта, контролировать свои высказывания, проявлять милосердие, оптимизм

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

С. Н. Васемазов[1], Е. Н. Васемазова[2]

[1]Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
Первый НИИ реабилитации ветеранов войн МУ Реавиз,
[2] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара

Основная задача работы противоболевого Центра, созданного в 2014 г. и расположенного на базе Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн, заключается в разработке и внедрении в клиническую практику инновационных технологий борьбы с болью. Этот инновационный метод направлен на улучшение качественных и количественных показателей здоровья ветеранов войн. Пациенты, относящиеся к категории ветеранов боевых действий, обращаются за медицинской помощью с жалобами на болевой синдром, возникший в результате огнестрельных ранений и закрытых травм черепа, дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночного столба (и их осложнений), других разнообразных невропатических проявлений.

Группу исследования составляли пациенты, проходившие лечение в противоболевом Центре со следующими заболеваниями:

1. Болевые синдромы лица (невралгия и невропатия тройничного нерва).
2. Головная боль, затылочная невралгия.
3. Комплексный регионарный болевой синдром. Боли в верхней и нижней конечности после огнестрельных ранений, закрытых травм, термических поражений и др. Рефлекторные симпатические дистрофии. Болевые синдромы после повреждений нервов, после операции на нервах верхних и нижних конечностей.
4. Болевые синдромы ампутированных конечностей (фантомные боли, боли в культях конечностей без фантомов).
5. Цервикалгия, связанная с шейным отделом позвоночника, радикулит, люмбаго, дорсопатии (боли после операции на позвоночнике).
6. Послеоперационные боли в грудной клетке.
7. Хронические тазовые боли (кокцигодиния).
8. Межреберная невралгия.
9. Ишемические боли в верхних и нижних конечностях (болезнь Рейно, Лериша), связанные с недостаточностью кровообращения в верхних и нижних конечностях (облитерирующий эндартериит, атеросклероз).
10. Болевые синдром после нарушений кровообращения или повреждения головного и спинного мозга.

Программа лечения (реабилитации), реализуемая в противоболевом Центре, носят комплексный характер и включает в себя:

1. Консервативное лечение (коррекция медикаментозной терапии, разработка программ реабилитации) болевых синдромов.

2. Применение физических факторов: ДМВ-терапия, поляризованная светотерапия («Биоптрон»), низкочастотная магнитотерапия, динамическая электронейростимуляция «Дэнас-терапия», СМТ-терапия, электрофорез анальгетиков, спазмолитиков и противовоспалительных препаратов, ультразвуковая терапия, магнитолазерная терапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, массаж, пневмовибромассаж на аппарате «Биом-волна».

3. Психотерапия, духовная реабилитация, социальная и трудовая адаптация.

4. Невральная терапия – особая техника, основанная на введении местных анестетиков в область периферических нервов или определенных тканей с добавлением различных анестезирующих препаратов. Данная технология в последние годы получила широкое признание со стороны официальной медицины во всем мире.

5. Применение современных методов физиологического воздействия (ГБО, гравитационное ускорение и др.), направленных на устранение общей и локальной гипоксии тканей органов и систем.

6. Разработка инновационных программ, внедрение в клиническую практику современных хондропротекторов, «эндопротезов», препаратов гиалуроновой кислоты (заменителей синовиальной жидкости) в рамках доказательной медицины, для лечения болевых синдромов при поражении суставов у ветеранов с последствиями ранений и закрытых повреждений, с их дегенеративно-дистрофическими поражениями.

7. Установка в физиотерапевтическом отделении многофункционального комплекса подводного вытяжения «Автотракцион» при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночного столба.

8. Реализована программа транскраниальной электростимуляции при разнообразных стойких болевых синдромах на оборудование института физиологии РАН им. И. П. Павлова.

В результате проведенного исследования было выявлено, что альготерапевтическая помощь была оказана 3047 пациентам, наблюдавшихся в противоболевом Центре в период с сентября 2014 по апрель 2017. Из них 2629 человек находились на лечении в неврологическом стационаре. На амбулаторном лечении находились 418 человек. Положительный эффект наблюдался у 86 % больных в течение 3-х месяцев от начала лечения. Повторные обращения по поводу рецидивирующих болей наблюдались у 14 % больных.

Таким образом, организация медицинской помощи в противоболевом Центре носит междисциплинарный характер с участием врачей различных специальностей (невролог, нейрохирург, рефлексотерапевт, психотерапевт, мануальный терапевт, рентгенологи, травматолог-ортопед и др.). Клиническая эффективность комплексной реабилитации ветеранов войн, включающая научно обоснованную противоболевую терапию, доказана у 86 % пациентов.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е. В. Васильев

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

Выраженная урбанизация, новый уклад и качество жизни в условиях продолжающихся социально-экономических преобразований в стране не могли не повлиять на образ жизни и соответственно на формирование здоровья детей и подростков. Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения влияния факторов риска, в том числе поведенческого характера на формирование отклонений, в состоянии здоровья детей начиная с младшего школьного возраста, поскольку с началом обучения в школе у детей существенно меняется образ жизни, отмечается ухудшение здоровья.

Целью работы явилась оценка образа жизни и поведенческих факторов риска учащихся 1–4-х классов. Объектом исследования стали 226 младших школьников города Пенза и 219 детей такого же возраста из сельской местности. Проведен анонимный опрос 445 учащихся. Обработку полученных данных осуществляли методами математической статистики.

Результаты исследования. Установлено, что среди младших школьников отмечается высокая распространенность факторов риска, обусловленных образом жизни. Уровень двигательной активности у 51,3 % городских и 46,1 % сельских школьников не соответствует критериям Всемирной организации здравоохранения. Более 1/3 детей (35,4 % в городе и 36,1 % в сельской местности) занимаются физкультурой только на школьных уроках. Продолжительность прогулок на свежем воздухе составляет менее 2 ч в день у 58,8 % городских и 38,8 % сельских школьников ($p < 0,01$). На 1-м и 2-м годах обучения продолжительность приготовления домашних заданий не соответствует гигиеническим требованиям соответственно у 83,2 и 72,6 % школьников ($p < 0,05$). Среди учащихся 1–2-х классов соответственно 42 и 16,4 % ($p < 0,01$) детей имеют дополнительные образовательные нагрузки – занимаются в кружках и с репетиторами; к 4-му классу их число возрастает в городе до 58,4% ($p < 0,05$), в сельской местности – до 20,5 %. Таким образом, среди городских школьников образовательные нагрузки в домашних условиях не только значительно выше, но они существенно возрастают к 4-му классу.

Ежедневно 46,9 % городских и 43,8 % сельских учащихся тратят на просмотр телепередач 2 ч и более, соответственно 11,9 и 13,7 % из них – 3–4 ч. Большинство детей занимаются (играют) дома на компьютере. В динамике обучения число городских школьников, работающих с компьютером, значительно возрастает – с 74,5 % в 1–2-х классах до 84,5 % в 4-х ($p < 0,05$), в сельской местности – с 58,9 до 62,1 %. Каждый второй учащийся (соответственно 55,3 и 52,1 %) проводит за монитором компьютера по 1 ч в день, 15,4 % –

по 2 ч и более, причем четверть из них (26,1 % в городе и 25,1 % в сельской местности) – ежедневно.

Установлено нарушение режима дня, как у городских, так и сельских школьников. В динамике обучения с 1-го по 4-й класс увеличивается доля лиц с дефицитом ночного сна (менее 9 часов): в городе с 61,1,% в 1–2-м до 79,6 % в 4-м классе ($p < 0,05$); в сельской местности – с 58,9 до 75,8 % ($p < 0,05$).

Распространенность нездорового питания среди младших школьников увеличивается в динамике обучения. Так, в городе горячую пищу 1 раз в день и реже принимают 13,7 % учащихся 1–2-х классов и 23,9 % учеников 4-го класса ($p < 0,05$), в сельской местности – соответственно 15 и 25,1% ($p < 0,05$); 2 раза в день – 19,9 % учащихся 1–2-х классов и 24,8 % учеников 4-го класса в городе, 21,9 и 22,8 % в сельской местности. С возрастом отмечается увеличение учащихся, употребляющих фастфуд. Если среди городских школьников 1-2-х классов употребляет фастфуд лишь каждый четвертый – 24,3 %, то среди учеников 4-го класса – каждый второй – 49,1 % ($p < 0,01$), причем половина из них (52,4 %) – 1 раз в неделю, 27,6 % – 2–3 раза в неделю, 20 % – чаще. В сельской местности употребление фастфуда среди учащихся 1–2-х классов составило 2,7 %, среди учащихся 4-го класса – 5 %.

Таким образом, установленные в ходе исследования у половины опрошенных такие поведенческие факторы, как длительный просмотр телепередач (более 1 ч в день), снижение времени прогулок на свежем воздухе (менее 2 ч в день), дефицит ночного сна (9 ч и менее) имеют прогностическое значение в формировании функциональных отклонений сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензии, гипотензии, функциональной кардиопатии), функциональных нарушений глаза и его придаточного аппарата (спазм аккомодации, предмиопия и миопия слабой степени), функциональных отклонений нервной системы (вегетативной дисфункции, невротических и астенических реакций, цефалгий различного генеза, синдрома гиперактивности и дефицита внимания). Каждый второй школьник в городе и каждый четвертый в сельской местности подвержен влиянию факторов риска появления новых случаев функциональных отклонений костно-мышечной системы в связи с дополнительной образовательной нагрузкой статического характера, дефицита ночного сна. Редкое употребление горячей пищи каждым четвертым и пятым учащимся (1 раз в день и реже) становится для них фактором риска функционального нарушения системы пищеварения и хронических болезней органов пищеварения. Для учащихся младших классов, употребление фастфуда становится одним из основных рисков развития ожирения и нарушения здоровья.

В заключении необходимо отметить, что установленные в ходе исследования поведенческие факторы риска, так или иначе связанные с учебой в школе, более выражены у городских учащихся и при непринятии опережающих адекватных профилактических мероприятий они могут оказать суще-

ственное негативное воздействие на формирование здоровья подрастающего поколения. При проведении профилактической работы в этом направлении считаем возможным использование родителями младших школьников, учителями, медицинскими работниками школ и поликлиник результатов данного исследования.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

С. А. Васильев

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет им. И. И. Мечникова», г. Санкт-Петербург

Впервые чистый спирт начали получать арабы в VI–VII вв. и назвали его «аль-кегель» – «одурманивающий». Позже, в 1540-м г. в России своим указом кабаки учредил Иван Грозный. Далее, Пётр I монополизировал водочную отрасль. Своим Указом он постановил «сечь крестьянских жён, если те осмелятся вытаскивать своих выпивающих мужей из кабаков до того, как они сами захотят уйти».

В 2015-м топ-10 самых пьющих стран мира по данным ВОЗ: Беларусь (17,5 л) – Украина (17,47 л) – Эстония (17,24 л) – Чехия (16,47 л) – Литва (16,3 л) – **Россия (15 л, 2014 – 18 л)**...

Сегодня под словом алкоголь подразумеваются разные понятия. Например, в химии алкоголем называют любой спирт, в узком же понимании, алкоголь – этиловый спирт, использующийся в пищевой и технической промышленности.

Под отравлением обычно подразумевают: «Заболевание, развивающееся вследствие экзогенного воздействия на организм человека или животного химических соединений в количествах, вызывающих нарушения физиологических функций и создающих опасность для жизни», а в случае с алкоголем - Остро развившееся состояние, сопровождающееся потерей сознания (комой) в результате употребления токсической дозы этилового спирта (классифицируется в МКБ 10 под буквой «Т»).

Интоксикацией называют: «Результат нарушения жизнедеятельности, вызванного токсичными веществами, проникающими в организм извне или образовавшимися в нем». Алкогольной интоксикацией считают состояние, развившееся в результате длительного употребления алкогольных напитков и называемое ещё «хроническая алкогольная интоксикация», не сопровождающееся комой (Классифицируется в МКБ 10 буквой «F»).

Нередко встречаются случаи неправильной формулировки, например: «Острая алкогольная интоксикация», или «Хроническое отравление этано-

лом». Правильно будет сказать: «Хроническая алкогольная интоксикация» (А.И.), «Острое отравление этанолом» (О.О.Э).

При формулировке диагноза «Острая интоксикация вследствие приема алкоголя – опьянение» уточняется степень: легкая, средняя или тяжелая. К диагностическим критериям можно отнести непосредственный ущерб физическому или психическому здоровью, вызванный употреблением психоактивного вещества (алкоголя); социально негативные последствия, как и употребления с вредными последствиями, явления острой интоксикации или состояние «похмелья», психотическое расстройство или иное специфическое расстройство не являются основанием для постановки данного диагноза.

Понятие «Суррогаты алкоголя» существует только в отечественной литературе и включает в себя различные по своему химическому составу и физико-химическим свойствам жидкости или их смеси. Их необходимо разделить на истинные и ложные. К «истинным» можно отнести продукты, изготовленные на основе недостаточно очищенного этилового спирта, при приеме внутрь вызывающие клиническую картину отравления, сходную с алкогольным. К «ложным» же относят вещества не содержащие этиловый спирт, представляющие собой другие спирты, хлорированные углеводороды и другие соединения, а также их смеси, обладающие сходным с этанолом наркотическим эффектом; их употребляют с целью опьянения (намеренно или по ошибке), реже – с суицидальной либо криминальной целью; они характеризуются более высокой токсичностью и клинической картиной отравления, отличной от токсического действия этилового спирта.

Для формулировки диагноза касательно отравления суррогатами алкоголя используют форму: «Острое отравление… (название вещества)», с обязательным указанием степени тяжести, причины употребления (ошибочный приём, суицидальная попытка, криминальное) и клинических синдромов, наблюдающихся у конкретного больного.

Клинические данные можно описать большим количеством больных (в СПб НИИ СП – 4,5 тыс. человек в год); «благодарными» больными – быстрая (в течение первых часов-суток) динамика состояния; большим процентом алкоголиков и асоциальных людей среди отравленных этиловым алкоголем (размещение, диагностика, терапия). Тяжесть течения острых отравлений алкоголем характеризуется: догоспитальной экспозицией, длительностью алкогольной интоксикации, наличием осложнений, степенью компенсации фоновой и сопутствующей патологии.

Параметрами интоксикации являются: наличие токсиканта в биосредах (кровь, моча); наличие острой церебральной недостаточности до уровня комы II-III по шкале Глазго; наличие ОДН, требующей ИВЛ; как положительный, так и отрицательный (группа I) результат на наличие алкогольной интоксикации по «сетке Лего». Сочетание 6 и более клинических и лабораторных признаков – «Сетка LeGo» («Клиническая фармакология и терапия». – 2001.– № 1. – С. 34–39.) – являются основанием для отнесения пациента к группе алкоголь-зависимых.

Было проведено исследование на 107 больных, которых разделили на две группы. К первой группе отнесли больных с тяжелыми формами острых отравлений этанолом без признаков хронической алкогольной интоксикации, а ко второй пациентов с острыми отравлениями этанолом тяжелой степени на фоне хронической алкогольной интоксикации. Исследования показали, что для второй группы куда более характерно развитие осложнений, таких как шок, гипогликемия, аспирационный синдром, пневмония, делириозный синдром.

Основные проблемы «алкоголиков» – абстинентный синдром осложняется развитием алкогольного делирия (коррелирует с уровнем лактата, требуется коррекция лактатацидоза с помощью реамберина); аспирационный синдром на догоспитальном этапе, требующий проведения ИВЛ специальными режимами и подбора антибактериальной терапии; алкогольное повреждение печени (АГ, ЖДП) у больных с длительным алкогольным анамнезом, приводящее к смещению метаболических процессов в сторону анаэробных путей окисления (гиперлактатемия) и усиление цитолиза, что свидетельствует о высокой активности ПОЛ и повреждении митохондриального аппарата клеток печени. Основные требования к гепатопротекторной терапии – антиоксидантная эффективность и коррекция энергодефицита в период отмены алкоголя.

В заключение хочется отметить, что необходимо чётко разграничить понятия «алкогольная интоксикация» (хроническая) и «острое отравление этанолом». Непонимание сути этих терминов ведёт к серьёзным ошибкам в адресности госпитализации и тактике лечения. Наличие алкогольной интоксикации значительно утяжеляет течение любого основного заболевания и, в большинстве случаев, должно рассматриваться в диагнозах как непосредственно влияющее на исход основного заболевания. Высокий уровень лактата крови у больных с алкогольной интоксикацией является индикатором последующего тяжёлого течения отравления или другого заболевания. Для профилактики возникновения алкогольного делирия необходима как можно более ранняя и мягкая коррекция лактатацидоза. Препаратом выбора для включения в комплексную терапию алкогольной интоксикации, которая не сопровождается ЖДП и АГ, является метаболический антигипоксант «Реамберин». Он улучшает течение и прогноз заболеваний и травм, сопровождающихся фоновой алкогольной зависимостью.

С целью лечения аспирационного синдрома, который наблюдается у каждого четвёртого больного с О.О.Э. на фоне АИ, необходим правильный подбор режима ИВЛ и выбор антибиотиков. В качестве оптимального следует признать программируемый многоуровневый режим вентиляции (PMLV) лёгких аппаратом «Chirana» с модулем «ProfiLungs». В интенсивную терапию больных с фоновой алкогольной интоксикацией, у которых наблюдаются тяжёлые формы поражений печени, мы рекомендуем включать «Ремаксол». Это повышает эффективность лечения, существенно не влияя на его стоимость.

СОДЕРЖАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ К ВИТАМИНУ D В МИОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Э. Н. Васильева[1], А. Г. Гунин[1], Т. Г. Денисова[1,2], Л. И. Герасимова[2], Т. Н. Сидорова[1]

[1]ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»,
[2]ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары

Витамин D был открыт Виндаусом в начале 1930-х гг. прошлого столетия. В разнообразных тканях витамин D оказывает свое действие путем связывания с рецептором витамина D (VDR), стероидом ядерного рецептора и внутриклеточного фактора транскрипции. Материнский (децидуальной) и плацентарный (трофобластические) компоненты плаценты имеют рецепторы к витамину Д. Исследования статуса витамина Д у пациенток с преэклампсией показало наличие дефицита, и нами было решено изучить наличие рецепторов к витамину Д в матке.

Цель исследования: изучить обеспеченность миометрия рецепторами к витамину Д у пациенток с физиологическим течением беременности и преэклампсией.

Материалы и методы. Объектом исследования служили кусочки миометрия размерами 1×0,5 см, полученные с края операционного разреза на матке во время выполнения операции кесарева сечения. Для исследования был использован материал от 26 женщин со сроком беременности 38–39 недель, которым производилось плановое кесарево сечение. 12 пациенток составили контрольную группу, 14 – опытную. Пациентки контрольной группы были в возрасте 26–32 лет, имели срок беременности 38-39 недель. Показаниями к операции кесарева сечение у пациенток контрольной группы были наличие кесарева сечения в анамнезе, и не было выявлено клинических или лабораторных признаков преэклампсии.

Пациентки опытной группы были в возрасте 26–34 лет, имели срок беременности 38–39 недель. Показаниями к операции кесарева сечение у пациенток опытной группы была умеренная и тяжелая преэклампсия. Кусочки миометрия сразу после извлечения фиксировали погружением в 10 % забуференный раствор формалина (pH 7,2–7,4) при комнатной температуре в течение 24 ч. Затем образцы промывали в проточной воде, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин, и при помощи микротома изготавливали поперечные срезу толщиной 5–7 мкм, которые помещали на предметные стекла, предварительно смазанные раствором полилизина. Выявление рецепторов витамина D3 производили непрямым иммуногистохимическим методом. Сначала срезы регидратировали, затем проводили

инактивацию эндогенной пероксидазы путем помещения препаратов в 0,1 % раствор перекиси водорода на 10 мин. Далее срезы промывали в дистиллированной воде 2 раза по 5 мин и в трех порциях 0,05 М трис-буфера с добавлением 0,15 М натрия хлорида (TBS) с pH7,2–7,6. Затем срезы инкубировали в поликлональных кроличьих антителах против рецептора витамина D3 (GTX104615, GeneTex, Inc, США) в разведении 1:50 в TBS с добавлением 0,1 % тритона X-100 в течение 12 ч при комнатной температуре. Затем следовала промывка в трех порциях TBS по 20 мин в каждой. Далее производили инкубацию в анти-кроличьей визуализирующей системе EnVision+, конъюгированной с пероксидазой (К 4002, DakoCytomation, Дания). Выявление специфического связывания антител производили путем выявления пероксидазы с применением 3,3-диаминобензидина (Sigma Chemical, США). Результатом данной процедуры было окрашивание продукта реакции в коричневый цвет. Оценку результатов производили путем визуального определения интенсивности иммуногистохимического окрашивания с помощью светового микроскопа Olympus CX-21, цифровой камеры Olympus Camedia 4040z. Интенсивность окраски определяли как слабую (светло-коричневое окрашивание), среднюю (коричневое окрашивание) и сильную (темно-коричневое окшашивание). Достоверность отличий в интенсивности окрашивания структур миометрия на рецепторы витамина D3 определяли с помощью критерия хи-квадрат. Отличия $P < 0,05$ считали достоверными.

Результаты исследования. Рецепторы витамина D3 нами были выявлявлены в виде коричневого окрашивания ядер с разной степенью интенсивности.

В препаратах опытной группы (пациентки с преэклампсией) специфическое окрашивание ядер гладкомышечных клеток миометрия на рецепторы витамина D3 в 8 случаев из 14 выглядело светло-коричневым и расценено как слабое (57,14 %). В 4 случаях окрашивание ядер миометрия на рецепторы витамина D3 было квалифицировано как среднее (28,57 %). Ядра миоцитов миометрия этих пациенток имели коричневое окрашивание. У двух пациенток опытной группы окрашивание ядер миоцитов миометрия на рецепторы витамина D3 имело более интенсивный характер, и было квалифицировано как сильное (14,29 %). Ядра миоцитов миометрия этих двух пациенток выглядели темно-коричневыми.

В срезах миометрия пациенток контрольной группы (беременные без преэклампсии) ядра гладкомышечных клеток миометрия после окраски на рецепторы витамина D3 в 2 случаях из 12 выглядели светло-коричневыми, а окрашивание было расценено как слабое (16,67 %). У 6 пациенток контрольной группы окрашивание ядер миоцитов миометрия на рецепторы витамина D3 выглядело коричневым и квалифицировано как среднее (50,00 %). В остальных четырех случаях окрашивание ядер миоцитов миометрия пациенток контрольной группы на рецепторы витамина D3 было расценено в качестве сильного (33,33%). Ядра миоцитов миометрия данных пациенток имели темно-коричневое окрашивание.

Таким образом, исследование рецепторов витамина D3 в ядрах миоцитов миометрия показало, что у пациенток с преэклампсией ядра с сильной и средней степенью окрашивания встречаются реже, чем у пациенток без преэклампсии. Следовательно, при наличии преэклампсии наблюдается снижение экспрессии рецепторов витамина Д3 в миоцитах миометрия. Сравнение результатов опытной и контрольной группы с помощью критерия хи-квадрат выявило высокую степень достоверности отличий (критерий хи-квадрат 70,12; $P < 0,001$).

МЕДИЦИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: ИНТЕНСИВНАЯ ДИАГНОСТИКА

В. Г. Васильков, А. И. Сафронов

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Современные требования к клиническому диагнозу основаны на нозологическом принципе и включают этиологический, морфологический, патогенетический и функциональный компоненты, которые с достаточной полнотой должны характеризовать особенности возникновения и течения болезни.

Нозологический принцип диагностики включает распознавание болезней, в основу которого положены известные сведения о конкретных проявлениях различных заболеваний (нозологических единиц). Диагноз считается установленным, если симптомы болезни данного конкретного больного совпадают с хранящимися в памяти врача (или в соответствующей литературе) признаками какой-либо определенной нозологической единицы, симптомы которой принято считать эталонными. Диагноз ставится в результате сопоставления симптоматики, выявленной у данного больного, с симптомами заранее известных болезней.

Синдромный принцип диагностики – 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, группировкам болезней 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 [3].

Общим и неотъемлемым признаком любого критического состояния является жесткое ограничение по времени. Эта характеристика преимущественно и определяет все особенности работы врача медицины критических состояний [1, 6]. При этом важнейшим фактором является отслеживание того момента в состоянии больного, когда происходит, например, генерализация

воспалительного процесса, или заболевание переходит в свою следующую фазу, либо наступает регресс. Это возможно лишь в условиях достаточно развитого мониторинга многих функций организма. И, если количество и глубина исследуемых функций у этой категории больных постоянно расширяются, то этого никак нельзя сказать о возможностях повышения качества интегральных оценок состояния больного, когда при наличии, казалось бы, максимально полного набора данных мы не можем с уверенностью сказать, – лучше стало больному или хуже [1].

Идеальной характеристикой больного, безусловно, является развернутый нозологический диагноз. В условия жесткого ограничения по времени нозологический диагноз не всегда может быть установлен при поступлении больного с критическим состоянием. Наличие и выраженность синдрома, как правило, определяются врачом «на глаз» («есть» – «нет»), однако наиболее важная характеристика выявленного ведущего синдрома – это динамика его развития («положительная», «отрицательная», «без динамики») [2].

В реальных клинических условиях действует «стихийно» сложившаяся система – врач отслеживает не отдельные параметры больного, а их определенные совокупности – синдромы. Такой подход к предварительной диагностике среди реаниматологов получил название «интенсивная диагностика». Не имея возможности в короткий промежуток времени провести детальную диагностику, врач медицины критических состояний, как правило, руководствуется небольшим кругом критериев, доступных для определения в экстренной ситуации. При этом диагноз ставится в терминах синдромов [6]. Динамика ведущего синдрома является определяющим критерием для управления лечебно-диагностическим процессом. Поэтому интенсивное наблюдение за состоянием больного нередко принимает форму мониторинга, т.е. отслеживания одних и тех же параметром через определенные (чаще равные) промежутки времени.

Теоретическое обоснование методов интенсивной диагностики весьма проблематично, поскольку она осуществляется преимущественно на качественном уровне, т.е. на субъективных оценках и мнениях клинициста. Попытки количественных оценок взаимозависимости параметров при возникновении критического состояния малопродуктивны.

Необходимость мониторинга обусловлена, по крайней мере, тремя причинами:

- в условиях критического состояния изменения параметров может быть настолько быстрым, что персонал может просто не успеть заметить ухудшения состояния больного;
- опасное изменение состояния может оказаться непоправимым, если пропущен момент, когда помощь могла быть достаточно эффективной;
- динамический и постоянный контроль параметров позволяет выявить тренды их изменений, т.е. в какой-то мере прогнозировать развитие клинической картины.

Для современного мониторинга характерны поиски новых ключевых направлений с использованием программно-аппаратных комплексов. Для анализа полученных данных значительно возрастет роль не просто параметров, а интегральных характеристик, – синдромов.

К сожалению, общепринятых подходов к использованию синдромной оценки критического состояния до настоящего времени не существует, нет и юридической основы для использования синдромов в клинике. Тем не менее, полная и достаточно объективная оценка тяжести состояния больных с критическими состояниями в силу экстренности ситуации не всегда осуществима, в то время как выявление ведущего синдрома позволяет своевременно определить основное направление интенсивной терапии.

Как правило, врач медицины критических состояний не имеет возможности ориентироваться на нозологический диагноз пациента по двум основным причинам: либо диагноз неизвестен, либо он мало что дает в плане неотложной интенсивной терапии. Поэтому для принятия решения по тактике ведения больного врач руководствуется доступным набором симптомов для того, чтобы составить себе представление о состоянии больного на уровне синдромного диагноза. По своей сути синдромный диагноз представляет собой иерархический перечень синдромов, обнаруженных в данный момент у больного: на первом месте ставится наиболее опасный для жизни синдром, затем идут менее значимые синдромы. Первоочередному воздействию подлежит главный, наиболее опасный для жизни синдром; нередко он и является ведущим [2].

Нередко врач медицины критических состояний осуществляет свои профессиональные задачи по алгоритмическому принципу. Есть принципиальная разница между алгоритмом и эвристикой.

Эвристический способ решения задач (в том числе, например, диагностических) характеризуется тем, что находится ранее неизвестный способ решения задачи. По существу каждый раз изобретается новый способ решения.

Алгоритмический принцип решения задачи отличается тем, что задача решается по определенному правилу, предписанию, предназначенному для решения задач одного и того же класса. Руководствуясь этими правилами, любой специалист имеет возможность решить любую задачу определенного класса, не изобретая каждый раз свой собственный путь решения. Это дает, в конечном счете, значительный выигрыш во времени и гарантированный конечный результат [7].

Многие авторы считают, что признаками в диагностике могут быть: симптомы, симптомокомплексы, синдромы [7]. Симптом – это единичный (специфический или неспецифический) признак заболевания. Симптомокомплекс – это неспецифическая комбинация, простая сумма нескольких симптомов. Синдром – специфическая комбинация внутренне взаимосвязанных симптомов. Особенностью синдрома, отличающей его от симптомокомплекса или простой суммы симптомов, является то, что включаемые в него симпто-

мы, будучи патогенетически связанными, всегда характеризуют одну из сторон сущности распознаваемой болезни. С этой точки зрения, по-видимому, необходимо считать наиболее удачным (с реаниматологических позиций) определение синдрома по Василенко В. Х. и Алексееву Г. И.: «Синдром – устойчиво наблюдаемая совокупность симптомов, объединенная общим патогенезом».

Корректное использование термина «синдром» в клинической медицине предусмотрено и действующими нормативными актами МЗ РФ: Синдром – состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома [4].

Критерии выделения тех или иных синдромов у конкретного больного зависят от многих факторов, однако в этом есть проблема необходимой и разумной достаточности признаков для обнаружения синдрома. В каждом конкретном случае эта проблема решается по-своему. Структура каждого синдрома во многом определяется диагностическими возможностями конкретного реанимационного отделения, а также уровнем патогенетического подхода каждого специалиста к рассмотрению имеющейся патологии. Считается, что создание классификации синдромов и 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 [5].

На основании данных литературы, результатов использования синдромного подхода в клинической и научной деятельности на протяжении 30 лет, мы с полным основанием можем констатировать следующее.

Выводы

1. Нозологический диагноз с современных юридических позиций является обязательной составляющей диагностики каждого пациента.

2. Общим и неотъемлемым признаком любого критического состояния является жесткое ограничение по времени, эта характеристика преимущественно и определяет все особенности работы врача медицины критических состояний.

3. В условиях острого дефицита времени нозологический диагноз не всегда может быть установлен при поступлении больного с критическим состоянием, поэтому в реальных клинических условиях действует «стихийно» сложившаяся система – интенсивная диагностика, когда врач отслеживает не отдельные параметры больного, а их определенные совокупности – синдромы.

4. Определяющим критерием для управления лечебно-диагностическим процессом у больного с критическим состоянием является динамика ве-

дущего синдрома, структура которого во многом определяется диагностическими возможностями конкретного реанимационного отделения, а также уровнем патогенетического подхода каждого специалиста к рассмотрению имеющейся патологии.

5. К сожалению, общепринятых взглядов на использование синдромной оценки критического состояния до настоящего времени не существует, нет и юридической основы для использования синдромов в клинике. Поэтому окончательная систематизация учения о синдромах остается для будущего, что требует дальнейших глубоких исследований.

Библиографический список

1. Васильков, В. Г. Синдромология критических состояний : моногр. / В. Г. Васильков, А. И. Сафронов. – Пенза : ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, 2013. – 106 с.

2. Васильков, В. Г. Синдромология критических состояний в клинической деятельности практического врача. Раздел 1: предпосылки синдромного подхода в медицине критических состояний / В. Г. Васильков, А. И. Сафронов // Медицинский алфавит. – 2015. – Т. 2, № 9. Неотложная медицина. – С. 56–59.

3. Наумов, Л. Б. Распознавание болезней сердечнососудистой системы. Диагностические и тактические алгоритмы (программированное руководство) / Л. Б. Наумов, Ю. Г. Гаевский, А. М. Бессонов, В. В. Меркушев. – Т. : Медицина, 1979. – 338 с.

4. О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» : приказ МЗ РФ №12 от 22 января 2001 г.

5. Рябов, Г. А. Логика развития интенсивной терапии критических состояний / Г. А. Рябов // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 1. – С. 10–13.

6. Сафронов, А. И. Интенсивная терапия критических состояний у больных гнойно-септическими заболеваниями с использованием информационных технологий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Сафронов А. И. – Саратов, 2002. – 37 с.

7. Тарасов, К. Е. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы) / К. Е. Тарасов, В. К. Великов, А. И. Фролова. – М. : Медицина, 1989. – 272 с.

«ОСТЕОМЕД ФОРТЕ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Л. Н. Вахрушева[1], В. Н. Никонорова[2]

[1]Физкультурно-оздоровительный центр «Адели»,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенскийй государственный университет», г. Пенза

Актуальность. Согласно мировой статистике ДЦП является одной из самых распространенных причин детской инвалидности. Среди причин увеличения числа больных ДЦП можно назвать не только ухудшение экологии, но и прогрессивное развитие неонатологии, позволяющее сейчас выхаживать младенцев с различной патологией, в том числе и недоношенных новорожденных с весом от 500 г. В России с 1967 г. частота заболеваемости ДЦП выросла примерно с 1,71 на 1000 рожденных младенцев до 5,0 по разным регионам на 1000 новорожденных в 2000 г. Пока ДЦП относится к неизлечимой патологии. Однако своевременно начатые, комплексные и беспрерывно проводимые реабилитационные мероприятия могут значительно развить доступные ребенку с церебральными параличами моторные, интеллектуальные и речевые навыки.

У детей с ДЦП различные нарушения метаболизма приводят к развитию фоновых заболеваний: рахит, анемия, гипотрофия, остеопения, остеопороз, хронизации болезней лор-органов, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. По данным наших исследований, у 75 % детей с ДЦП выявлена остеопения – снижение минеральной плотности костной ткани. Развитие остеопении у этих детей можно объяснить недостатком ультрафиолета, неподвижностью вследствие ДЦП, отсутствием физических нагрузок, длительной иммобилизацией конечностей, приёмом ряда лекарственных препаратов: глюкокортикостероидные гормоны, антиконвульсанты, антибиотики и другими отягощающими факторами при церебральных параличах. Важную роль в развитии остеопении, остеопороза имеет дефицит витамина D и Са.

Цель работы. Оценить терапевтическую эффективность препарата «Остеомед форте» в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Материал и методы исследования. В 2016 г. обследовано 25 детей с диагнозом ДЦП, спастическая диплегия, в возрасте от 7 до 8 лет, из них – 15 мальчиков и 10 девочек. Все пациенты были разделены на 2 группы.

1 исследуемая группа (15 человек), получавшая в комплексной программе реабилитации, наряду с физическими методами: ЛФК, массаж, занятия в нагрузочном антигравитационном костюме «Адели», в тренажерах «Угуль», «Паук», Мотомед, Гросса, подошвенный имитатор ходьбы «Корвит», биоакустическая коррекция головного мозга, по методике Бобат, Войта, гидрореабилитация, тепловые аппликации, грязелечение, еще и препарат

«Остеомед форте» по 1 таблетке 2 раза в день во время еды 3 месячными курсами три раза в год с месячными перерывами.

2 контрольная группа (10 человек) получали такие же физические методы лечения, такой же длительности как и в 1 группе, но без медикаментозного сопровождения «Остеомед форте». Для оценки клинической эффективности применялись следующие методы исследования: анализ амбулаторных карт, физикальные методы исследования, биохимический анализ крови, показатели уровня содержания Са в суточной моче, денситометрия, рентгенологическое исследование тазобедренных суставов, измерение объёма активных движений в крупных суставах верхних и нижних конечностях.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность лечения ДЦП в группах представлена в табл. 1.

Таблица 1

Анализ эффективности влияния «Остеомед форте» на общее состояние и двигательную активность детей с ДЦП 1 группы ко 2 группе

Критерии оценки	Начало исследования		ч/з 3 мес.		ч/з 7 мес.		ч/з 11 мес.	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
1. Болевой синдром (костно-мышечная система)	+	+	–	+	–	+	–	–
2. Состояние волос, ногтей, кожного покрова (слоистость, ломкость, бледность, тусклость)	+	+	–	+	–	–	–	–
3. Мышечные подергивания, тремор	+	+	–	+	–	+	–	–
4. Осанка (нарушение осанки, сколиоз)	+	+	+	+	–	+	–	+
5. Походка(паретическая)	+	+	+	+	+	+	–	+
6. Парестезии (покалывание, мурашки в конечностях)	+	+	–	+	–	+	–	–
7. Обьем активных движений в крупных суставах конечностей	Ограничение	Ограничение	Увеличение	Ограничение	Увеличение	Увеличение	Увеличение	Увеличение
8. Речевое развитие	дизартрия	Дизартрия	Улучшение	Дизартрия	Улучшение	Улучшение	Улучшение	Улучшение
9. Интеллектуальное развитие	снижение интеллекта	снижение интеллекта	Улучшение	Снижение интеллекта	Улучшение	Улучшение	Улучшение	Улучшение

Основной функцией руки является – захват, удержание и перенос предмета, ноги – функция опоры и шага, позвоночника – рессорная функция и функция статической и динамической опоры. Для составления плана восстановления нарушенной двигательной функции необходимо иметь точные данные о характере изменения амплитуды движения, координации движения, изменения силовых качеств отдельных мышечных групп.

Для сравнительной характеристики мы использовали измерение объема движений в крупных суставах верхних и нижних конечностей (сгибание и разгибание (∠°)). В результате исследования объёма активных движений в суставах верхних и нижних конечностей исследуемой и контрольной групп отмечено увеличение объёма и амплитуды движений в обеих группах: в контрольной (без «Остеомед форте») на 10 %, а в исследуемой – на 25 %.

Анализ показателей фосфорно-кальциевого обмена обследуемых детей в группах представлен в табл. 2.

Таблица 2

Биохимические показатели минерального обмена в группах сравнения

Биохимические показатели	Результаты							
	начало исследования		ч/з 3 мес.		ч/з 7 мес.		ч/з 11 мес.	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Са крови (ммоль/л)	1,8±0,06	1,8±0,09	2,02±0,08	1,91±0,06	2,35±0,07	2,01±0,07	2,5±0,08	2,1±0,07
Р крови (ммоль/л)	0,6± 0,05	0,6±0,05	0,75±0,06	0,6±0,06	1,45±0,04	1,11 ±0,04	1,61 ±0,06	1,54+0,05
Общая щелочная фосфатаза (ед)	522± 35,5	522±35,5	416±21,0	511±45,0	320±12,0	512±45,1	275,5±11,0	302±39,5
Са в суточной моче (ммоль/л)	1,21± 0,2	1,21±0,2	1,45±0,21	1,23±0,2	1,85±0,11	1,27±0,18	2,05±0,14	1,3±0,31

Как видно из табл. 2 в обеих группах детей до начала лечения отмечалось одинаковое снижение содержания Са с незначительной разницей ($P > 0,05$). В процессе лечения и в 1 и во 2 группах происходило повышение концентации Са в сыворотке крови, при этом на фоне терапии с включением «остеомеда форте» отмечено более интенсивное повышение. Так к 11 месяцам терапии в 1 группе содержание Са в сыворотке крови возросло до 2,5±0,08 ммоль/л, в то время как во 2 группе только до 2,15±0,08 ммоль/л ($P < 0,05$). Аналогичная картина также отмечалась и с неорганическим фосфором. Его концентрация на фоне терапии ДЦП с включением «Остеомеда» во все контрольные сроки определения были достоверно выше. Так на этапе терапии в 7 мес в 1 и 2 группах содержание Р в сыворотке крови повышалось соответственно до 1,45± 0,04 и 1,11± 0,07 ммоль/л ($P < 0,05$).

Активность щелочной фосфатазы-фермента, косвенно отражающего активность процессов костного ремоделирования в процессе лечения снижалась в обеих группах. При этом на фоне терапии с включением остеомеда (1 группа) ее нормализация происходила более быстрыми темпами. В процессе лечения в обеих группах отмечались положительные сдвиги в нормализации кальциевого обмена, включая восстановление суточной экскреции Са, что расценивается нами как нормализация D-витаминного статуса у детей с ДЦП. Это свидетельствует о восстановлении костного метаболизма и обратном развитии остеопороза. При этом также отмечены более высокие темпы нормализации клинико-биохимических проявлений не только остеопении. При включении в терапию «Остеомеда форте» также отмечались улучшения в состоянии детей с ДЦП, что подробнее нами рассмотрено выше.

Резюме.

«Остеомед форте» является эффективным и безопасным средством в комплексной реабилитации детей с ДЦП. Отмечены его следующие свойства:

- анальгезирующие действие;
- улучшает трофическое состояние кожного покрова и ее придатков;
- способствует прекращению парестезий, тремора;
- корректирует осанку и походку, координацию движений;
- улучшает минеральный обмен и препятствует развитию остеопении.
- стимулирует увеличение объёма и амплитуды движений в крупных суставах верхних и нижних конечностей,
- способствует улучшению речевого и интеллектуального развития.

Таким образом, пациентам с церебральными параличами в комплексную программу реабилитации детей с остеопенией оправдано включение препарата «Остеомед форте». По результатам исследований он способствует эффективной, безопасной, патогенетической терапии детей с ДЦП и их интеграции в общество.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРОБЛЕМА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ

О. П. Виноградова[1], Р. С. Синюта[2], Д. А. Тимаков[2], Н. А. Андреева[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ООО «Здоровье»,
[3]ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», 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 Пензенской области за 2016 г. зарегистрировано 16 091 случай воспалительных заболеваний женских тазовых органов, в число которых входит и хронический эндометрит, показатель составил 2596,5 на 100 000 населения. Ежегодно, в области под диспансерное наблюдение попадают более 3000 заболеваний данной нозологической группы.

В структуре гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста частота ХЭ составляет от 3 до 73 %. Такой разброс данных обусловлен, прежде всего, трудностями верификации диагноза, различиями в исходном анализируемом материале и контингенте пациенток, а так же значительной вариабельностью числа наблюдений.

ХЭ является одной из ведущих причин бесплодия у женщин. На конец 2016 г., в нашей области, с данным диагнозом под диспансерном наблюдением находится 233 женщины. 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.

В нашей области разрабатывается персонифицированный способ коррекции нарушений репродуктивной функции при хроническом эндометрите, позволяющий существенно сократить сроки лечения и реабилитации.

Суть, которого заключается в том, что на протяжении двух-трех менструальных циклов комплексное фармако-физиотерапевтическое лечение получают пациентки с верифицированным (гистологическим) диагнозом хронический эндометрит.

Данный 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 мин 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 считается 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.

По имеющимся результатам, после проведенного курса сочетанного фармако-физиотерапевтического лечения у 70 % пролеченных женщин наступила беременность и у 93 %, беременность закончилась срочными родами.

Таким образом, предлагаемый комплексный лечебный метод фармакофизиотерапевтической коррекции при бесплодии и невынашивании беременности сокращает сроки лечения и может быть рассмотрен как альтернатива в арсенале коррекционных способов этиопатогенетической терапии хронического эндометрита.

ВРАЧИ ПСИХИАТРЫ-НАРКОЛОГИ – ГРУППА РИСКА ПО ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Е. В. Волкова[1], Ю. А. Уткин[2], С. В. Адмаева[2], А. К. Амплеев[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная наркологическая больница», г. Пенза

Сравнение показателей распространенности аддиктивного поведения среди врачей России, имеющих различную специализацию, показало, что табачная зависимость чаще встречалась у психиатров-наркологов, чем у врачей других специальностей терапевтического профиля (Говорин Н. В., Е. А. Бодагова Е. А., 2013; Волкова Е. В., Уткин Ю. А., Адмаева С. В., Амплеев А. К, 2015).

Цель данной работы – изучить особенности клиники табакокурения врачей психиатров-наркологов по сравнению с врачами других специальностей терапевтического профиля.

Для выявления клинических особенностей табачной зависимости были исследованы врачи психиатры-наркологи Пензенской областной наркологической больницы (21 врач), (средний возраст 40,67 года). Они составили основную 1-ю группу. В группу сравнения (2-я группа) вошли 154 врача терапевтического факультета, проходившие обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России на циклах тематического усовершенствования и профессиональной переподготовки (средний возраст 40,92 года). Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки. Для обеспечения стандартизации исследования использовалась анкета анонимного характера, разработанная доцентом Е. В. Волковой. Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1), Statistica 6.0. Достоверность различий средних значений определялась по t-критерию Стьюдента. Сравнение аналоговых данных проводилось при помощи критерия $\chi 2$ при наличии в каждой из сравниваемых подгрупп не менее 5 наблюдений; при наличии менее 5 наблюдений использовался критерий Фишера. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Йейтса.

В 1-й группе табачная зависимость была диагностирована у 5 врачей (23,81 %) (F 17,2) по МКБ-10, во 2-й группе у 18 врачей (11,69 %). Наиболь-

шая наследственная отягощенность была выявлена по табакокурению:15 врачей* (71,43 %) 1-й группы и 52 врача (33,77 %) 2-й группы, ($p < 0,01$). Наследственная отягощенность по алкоголизму была у 2 врачей (9,52 %) 1-й группы 12 врачей (7,79 %) 2-й группы, по неврозам в каждой группе по одному врачу (4,76 и 0,65%), по психопатиям у 1 врача (4,76 %) 1-й группы и 2 врачей (1,29 %) 2-й группы, по суицидам только во 2-й группе (2 врача-1,29 %). Социально-психологические характеристики (стаж работы, отношения на работе, семейное положение, отношение в браке, увлечения) врачей наркологов-психиатров и врачей терапевтического факультета статистически значимых различий не имели, кроме преобладания ровного настроения у врачей наркологов-психиатров (19* врачей – 90,48 % 1-й группы и 93 врача – 60,39 % 2-й группы, $p < 0,01$). Мотивацией курения врачей 1-й группы чаще всего являлись другие мотивы, которые не были расшифрованы при заполнении анкеты, (3 врача – 14,29 %); стресс (2 врача – 9,52 %). Во 2-й группе преобладали коммуникативные мотивации (7 врачей – 4,55 %), другие мотивы (6 врачей – 3,89 %); сниженное настроение (5 врачей – 3,25 %), стресс (5 врачей – 3,25 %). Систематически стали курить психиатры-наркологи с 18 лет, врачи терапевтического профиля с 20, 88 года. Во 1-й группе зависимость от табака была выше, так 4 врача* (19,05 %) выкуривали от 15 до 30 сигарет ежедневно по сравнению со 2-й группой (4 врача – 2,59 %), ($p < 0,01$). Тягу к курению позже осознали врачи 1-й группы в среднем в 26,25 года, во 2-й группе в 23,63 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) преобладал у врачей 1-й группы (4 врача* – 19,05 %) по сравнению со 2-й группой (6 врачей – 3,89 %), ($p <0,01$). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен в 1-й группе (1 врач – 4,76 %) и 2-й группе (9 врачей – 5,84 %). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натощак 4* врача (19,05 %) 1-й группы и 4 врача (2,59 %) 2-й группы, ($p < 0,01$). Это говорит о более выраженной зависимости к табаку у врачей 1-й группы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения (раздражительность, тревога) у 4* врачей (19,05 %) 1-й группы и 7 врачей (4,55 %) 2-й группы, ($p < 0,01$).

Таким образом**,** социально-психологические характеристики врачей психиатров-наркологов и врачей терапевтического факультета не имеют статистически достоверных различий, кроме преобладания ровного фона настроения у врачей психиатров – наркологов ($p < 0,01$). Наследственная отягощенность по табакокурению, степень выраженности зависимости к табаку, толерантность к табаку больше у врачей психиатров-наркологов ($p < 0,01$). В патологическом влечении к табаку, табачном абстинентном синдроме преобладает аффективный компонент у психиатров-наркологов, ($p < 0,01$).

Библиографический список

1. Говорин, Н. В. Психическое здоровье и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова. – Томск ; Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2013. – 124 с.

2. Volkova, E. V. Features tobacco smoking in psychiatrist-narcologist in Penza / E. V. Volkova, A. K. Ampleev, Y. A. Utkin, S. V. Admaeva // Paradigmata poznani. Interdisciplinarni vedecky casopis. – 2015. – № 3. – P. 110–115.

3. Волкова, Е. В. Особенности табакокурения у врачей психиатров-наркологов г. Пензы / Е. В. Волкова, Ю. А. Уткин, С. В. Адмаева, А. К. Амплеев // Материалы V Междунар. науч.-практ. конф. «Science in the modern information society V». – North Charleston, USA. – Academic. – 2015. – № 1. – P. 30–33. – URL: http://isociety.science-publish.ru (Ссылка активна на 27.05.16).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА

Р. Т. Галеева[1], Н. Ю. Алексеева[1], А. С. Купрюшин[2], Г. В. Долгушкина[1], А. Н. Астафьева[1], М. Н. Максимова[1]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2] ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Гастроинтестинальная аллергия у детей – это поражение желудочно-кишечного тракта аллергической природы, которое занимает второе место среди патологии, связанной с пищевой аллергией [1, 6, 10]. Пищевая аллергия – непереносимость доброкачественных продуктов, не связанная с нарушением обмена веществ, обусловленная иммунологическими реакциями [7].

Факторы риска развития гастроинтестинальной аллергии:

1. Генетические факторы – повышенная частота антигенов HLA-B8 и DW3.
2. Различные антенатальные факторы, приводящие к внутриутробной сенсибилизации плода.
3. Нарушение микрофлоры кишечника с момента рождения и в последующий период жизни ребенка.
4. Раннее искусственное вскармливание.

Предрасполагающие факторы развития аллергического воспаления в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста:

– функциональная незрелость и функциональная недостаточность ферментативной системы;

– недостаточная выработка секреторного Ig A;

– иммуносупрессивное действие перенесенных инфекционных заболеваний (в том числе, острых респираторных вирусных и кишечных инфекций);

– избыточная антигенная нагрузка (несоблюдение гипоаллергенной диеты, особенно детьми из групп риска).

По данным отечественных авторов, у детей раннего возраста наиболее распространена аллергия к белкам коровьего молока [4, 8]. Среди детей с пищевой аллергией в возрасте до года молоко (88,2 %), куриное яйцо (83 %) находятся на первом месте в ряду причин пищевой непереносимости [2, 9]. На втором месте у детей до года – аллергия к злакам: пшенице, кукурузе, ячменю (33,3 %); рису (18,7 %); гречневой крупе (6,3 %). У 27,7 % выявляется аллергия к свинине, у 17,6 % - к говядине. В возрасте от 1 года до 3 лет спектр пищевой сенсибилизации представлен практически теми же аллергенами, однако сенсибилизация к коровьему молоку снижается до 51,3 %, к куриному яйцу – до 63,4 %. В этом возрасте нарастает сенсибилизация к злакам: ячменю (56,3 %), кукурузе (33,5 %), рису (28,6 %), пшенице (20 %), ржи (13,5 %), гречневой крупе (16,2 %) [3, 5].

Особенности гастроинтестинальной аллергии у детей до 3 лет:

– боли в животе (у детей грудного возраста чаще кишечные колики);

– метеоризм;

– неустойчивый стул (до 5–6 раз в сутки; разжижен с примесью слизи, иногда крови);

– срыгивания, рвота;

– явные и скрытые кишечные кровотечения, приводящие к анемии;

– симптомы связаны с приемом пищевых аллергенов и исчезают после устранения их из рациона питания.

Клинический случай. Ребенок Б., девочка, д.р.: 12.04.2015, проживающий в г. Пенза обратился с жалобами на жидкий зеленый стул после употребления многих продуктов, кратностью от 1 до 5 раз, иногда со слизью, без крови; периодически – вздутие живота и боли в животе, связанные с употреблением ряда продуктов (ниже перечислены).

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок находился на грудном вскармливании до 5 дней, далее – искусственное вскармливание молочной смесью «Симилак-1». В весе прибавлял соответственно возрасту. Впервые жидкий стул, однократный, со слизью, появился в 7 мес. – на фоне введения кисломолочной смеси «Наринэ» объемом 10–15 мл. Температура тела не повышалась, интоксикации не было. «Наринэ» отменили на 3 нед. употребления, стул нормализовался. При повторном введении «Наринэ» стул вновь нарушился. Одновременно с «Наринэ» введены: яблочный сок, хлеб пшеничный, сливочное масло. Стул оставался жидким, однократно в сутки, периодически – с незначительным количеством слизи. Кисломолочная смесь Наринэ» через неделю отменена. В последующем введены каши, последовательно – гречневая, рисовая, овсяная, кукурузная. Стул участился до 5 раз, – жидкий, водянистый, без слизи; дневное и ночное безболезненное опорожнение. Из питания исключены: капуста (была введена ранее до нарушения стула), фрукты, яблочный сок, хлеб, сливочное масло. Стул остался прежним, без

улучшений. Проведено обследование: общий анализ крови и мочи – без патологии; биохимический анализ крови – в норме; в копрограмме – незначительная амилорея, микроскопия в норме, неоднократно выявлены дрожжевые грибы; в посеве кала выделен стафилококк 10^5, цитробактер 10^5. Проводилось лечение: кишечные антисептики (эрсефурил), ферменты (креон), пребиотики (хилак-форте) – без положительной динамики. Консультирован гастроэнтерологом, рекомендованы пробиотики (нормофлорин Д) – без эффекта, отмечался периодический субфебрилитет. При повторном осмотре гастроэнтерологом проведена коррекция лечения со сменой пробиотика (бифи-форм) с хорошим эффектом, но в последующем, со слов матери, на прием бифи-форма – вновь ухудшение стула. Наблюдался у педиатра и гастроэнтеролога с диагнозом: Реактивный панкреатит. Синдром мальабсорбции. Дисбактериоз кишечника. Подозрение на ферментопатию.

В марте 2016г. (в возрасте 11 мес.) ребенок перенес острый гастроэнтероколит стафилококковой этиологии, средне-тяжелое течение (рвота однократная, жидкий стул до 20 раз, температура 38,5 °С). Проводилось лечение: инфузионная терапия, в/м – антибиотикотерапия 10 дней, прокинетики (церукал) и симптоматическая терапия. Питание – безлактозная смесь («Биолакт»). Выписан с улучшением. На 3–4 день после выписки – расширение питания (овсяная и гречневая каши) и вновь ухудшение стула – жидкий, до 4-х раз, желто-зеленого цвета, без патологических примесей. Проведен иммуноферментный анализ крови на антитела (а/т) к глиадину – а/т не обнаружены.

В апреле 2016г. в возрасте 1 года ребенок консультирован доцентом кафедры педиатрии и неонатологии, к.м.н. Галеевой Р. Т. и доцентом кафедры клинической аллергологии и иммунологии, к.м.н. Алексеевой Н. Ю. (ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России) с заключением: Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Вторичная энтеропатия. Селективное иммунодефицитное состояние sIgA. Ферментопатия? Нормосомия. Рекомендовано дообследование, разработано индивидуальное сбалансированное питание: элиминационная диета с исключением аллергенных продуктов, рекомендована высокогидролизованная смесь «Фрисопеп АС». Назначены пробиотики (примадофилус). Улучшений не было, в связи с чем ребенок переведен на питание аминокислотной смесью (Нутрилон-аминокислоты, курс 3 мес.) с положительным эффектом. На фоне лечения еженедельно контролировались общеклинические анализы крови, мочи, кала.

Анамнез жизни: от II беременности, протекавшей на фоне токсикоза I, ОРВИ при сроке 13 нед. (I беременность – медицинский аборт). Роды I, в срок, кесарево сечение (дискоординация родовой деятельности). Закричал сразу, масса при рождении = 3670, длина 55 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на I сут. Вакцинация против гепатита В и вакцинация БЦЖ проведена в роддоме. Выписан на 5-е сутки. Период новорожденности протекал на фоне церебральной ишемии, наблюдение невролога до 1 года

(проводилось лечение – актовегин, глицин, общий массаж). Раннее искусственное вскармливание – с 5-дневного возраста. В весе прибавлял достаточно, в 1 год вес = 9500, рост = 77 см.

Перенесенные заболевания: в возрасте 5 мес. и в 1,5 года – ОРВИ, острый фарингит. В 11 мес. – острый гастроэнтероколит стафилококковой этиологии, средней степени тяжести. В 1 год 9 мес. – острая двусторонняя очаговая пневмония, средне-тяжелое течение.

Наследственность: родители здоровы. Тетя по отцу страдает сахарным диабетом I типа.

Аллергологический анамнез: пищевая аллергия: на введение говядины в 7 мес. – покраснение щек; на ацилол – сыпь на ягодицах; на нормобакт, нормофлорины, хилак-форте, бифи-форм – ухудшение стула. В марте 2016 г. на фоне а/б-ной терапии по поводу острого гастроэнтероколита (цефтриаксон со сменой на цефтазидим) наблюдалась мелкопапулезная сыпь по всему телу со сгущением на голенях и покраснение щек.

Прививки: по индивидуальному календарю, побочной реакции не было. С декабря 2015 г. – медотвод от прививок в связи с нестабильностью по аллергологическому и гастроэнтерологическому статусу.

Объективный статус (возраст 1 год 8 мес.): *t* = 36,6; ЧД = 20 в 1 мин.; ЧСС =90 в 1 мин.; АД = 80/40 мм.рт.ст; вес =11,800; рост = 86 см. Общее состояние средне-тяжелое. Самочувствие страдает незначительно. Аппетит сохранен, ребенок постоянно хочет есть, требует разнообразия блюд, однако попытки ввести новые продукты регулярно вызывают ухудшение состояния. По элиминационным диетам не удалось убедительно установить лактазную, глиадиновую непереносимость. Не вызывает сомнения аллергия на белки коровьего молока. Психо-физическое развитие по возрасту. Кожный покров бледно-розовый, эластичный, высыпаний нет, «темные круги» под глазами. Костная система без видимой патологии. Подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Периферические лимфоузлы не увеличены. По внутрен-ним органам объективные данные без отклонений. Стул жидкий, от 1–2 раз до 4–5 раз в сутки, зеленого цвета, иногда со слизью. Мочеиспускание в норме.

В последующем было проведено дообследование по рекомендации консультантов: в контрольных анализах крови (включая биохимический анализ) и мочи – патология не выявлена. Липаза, амилаза сыворотки крови и амилаза мочи, уровень элластазы-1 в кале контролировались неоднократно – все результаты в норме. В копрограмме периодически обнаруживались дрожжевые грибы, остальные показатели были без изменений. Исследовался фекальный кальпротектин – в норме. Проведено обследование на гельминтозы/паразитозы (ИФА крови и исследование кала) – результаты отрицательные. В иммунограмме выявлено снижение Ig A. По иммуноферментному анализу крови на специфические IgE-а/т к пищевым аллергенам отмечен очень высокий уровень а/т к молоку коровью (70,3 КЕ/л), умеренный – к козьему молоку (18,9 КЕ/л), к остальным продуктам по анализу (яйцо

куриное, рисовая крупа, пшеничная мука, гречневая крупа, картофель, говядина, мясо курицы, свинина, треска) – IgE-а/т не обнаружены. Уровень общего IgE (неоднократно) – в норме. Для исключения глютеновой энтеропатии (целиакии) проведено также исследование крови на а/т к тканевой трансглутаминазе (IgA, IgG); а/т к эндомизию (IgA) – в норме. Серологическое исследование крови (РА, РПГА с различными диагностикумами) на кишечную группу возбудителей – отр. По данным УЗИ органов брюшной полости: ЭХО-признаки увеличения печени (структура не изменена), реактивные изменения в поджелудочной железе, признаки вторичной гипокинезии желчного пузыря, незначительные структурные изменения в почках. ЭКГ: без патологии. Трехкратная потовая проба на муковисцидоз – в норме.

Проводилась коррекция лечения:

- подбор сбалансированного питания ребенку («Фрисопеп АС» в течение двух недель, – отмена по ухудшению состояния; далее – «Нутрилон-аминокислоты» 3 мес. с хорошим эффектом, – отмена в связи со сложностью материального обеспечения. Далее вскармливание смесью «Пепти Гастро» с положительным эффектом в течение 2-х мес., но со слов мамы в последующем возникло подозрение на непереносимость, в связи с чем ребенок в течение 1 мес. не получал молочные смеси, – стул улучшился: стал оформленным, 1 раз в день в течение 8 дней. Однако затем – вновь эпизоды расстройства стула, связанные в основном с попыткой расширения питания. С декабря 2016 г. по настоящее время получает сывороточную гидролизованную смесь «Альфаре allergy». Кроме смеси ребенок употребляет овощи – картофель, капуста, кабачки; каши – рисовая, геркулесовая; мясо – кролика и конину. Попытки расширения питания вызывает ухудшение состояния: разжижение стула, боли и урчание в животе, метеоризм. Иногда и без всякого расширения диеты на одни и те же продукты возникает расстройство стула кратностью 1–2 раза в день (возможная реакция на употребление гидролизатов);
- противогрибковое лечение (микосист – 2 курса по 5 дней);
- кишечные антисептики (энтерофурил – 1 курс, фуразолидон – 1 курс по 7 дней);
- ферменты (креон по 5–7 дней 3 курса, общий курс 4 мес.);
- адсорбенты (смекта, полисорб);
- бактериофаги (интести-бактерофаг – 2 курса);
- эубиотики (бактисубтил, нормофлорины, примадофилус);
- антигистаминные препараты коротким курсом (фенистил), далее – мембраностабилизаторы (кетотифен) – 3 мес.

На фоне проводимого лечения состояние постепенно улучшилось. Ребенок начал прибавлять в весе, стало возможным расширение питания, нормализовался стул. Основным подходом в лечении, несмотря на возраст (старше года) оставались лечебные смеси (полный сывороточный гидролизат «Альфаре allergy»). Несмотря на положительную динамику, с целью

уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего ведения, было решено направить ребенка в Федеральную медицинскую организацию. Без уточнения диагноза и своевременного соответствующего лечения сохранялся риск отставания ребенка в развитии.

В марте-апреле 2017 г. пациент был обследован в отделении гастроэнтерологии (и нарушений обмена веществ) ФГБОУ «ПФМИЦ» Минздрава России, г. Нижний Новгород. Направительный диагноз «Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Вторичная энтеропатия. Селективное иммунодефицитное состояние sIgA. Нормосомия» подтвержден.

Помимо стандартных общеклинических анализов крови, мочи, кала, – проведены нагрузочные тесты с лактозой, с сахарозой; сделана иммунограмма, исследованы иммуноглобулины A, G – к глиадину, трансглутаминазе; антитела к иерсиниям, лямблиям. Выявлено снижение уровня иммуноглобулинов А и М в сыворотке крови, остальные показатели в норме. Исследована кровь на гепатиты методом ИФА и ПЦР с отрицательным результатом. Проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией с заключением: поверхностный дуоденит, умеренно выраженный, неактивный. Поверхностный еюнит, умеренно выраженный, неактивный.

В настоящее время ребенку расширяется питание, введено дополнительно: мясо – индейка, свинина; овощи – репа; рыба – треска; яйцо – желток; масло – оливковое; фрукты – яблоко печеное. Общее состояние стабильное, кожный атопический синдром отсутствует, стул 1–2 раза в день, – оформленный, без патологических примесей.

Выводы:

1. Элиминационные диеты по исключению лактозы и глиадина в питании детей раннего возраста могут быть применены только на этапе проведения дифференциальной диагностики, так как аллергия к белку коровьего молока в этом возрасте встречается гораздо чаще, чем лактазная недостаточность и целиакия.

2. Длительное применение аминокислотных смесей безопасно и показано при поливалентной пищевой аллергии.

3. Детям с аллергией к белкам коровьего молока нецелесообразно назначать низко- и среднегидролизованные смеси. Не все дети переносят даже полные гидролизаты и аминокислотные смеси.

4. Начинать введение гидролизатов в питание ребенка необходимо с казеиновых или аминокислотных смесей, затем по достижении стабильного положительного эффекта осуществить постепенный переход к сывороточным.

5. Подбор и длительность применения гидролизованных смесей должны быть строго индивидуальными! Однако, надеяться на успешное лечение гастроинтестинальной пищевой аллергии можно только при курсах не менее 6 мес.

6. Для профилактики гастроинтестинальной пищевой аллергии крайне важны: грудное вскармливание, гипоаллергенная диета кормящей матери и

ребенку! Гипоаллергенная диета должна основываться на клинических проявлениях заболевания и зависимости аллергии от употребления пищевых аллергенов. ИФА крови на специфические IgE-а/т играет второстепенную роль, уровень IgE-общего не имеет значения.

*** П р и м е ч а н и е**: выводы сделаны по ряду аналогичных наблюдений; клинический пример, описанный выше – одно из них.

Библиографичсекий список

1. Баранов, А. А. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин, О. А. Субботина. – М. : Династия, 2002. – 180 с.

2. Воронцов, И. М. Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей / И. М. Воронцов, О. А. Маталыгина. – Л. : Медицина, 1986. – 272 с.

3. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии у детей : учеб. пособие / под ред. Л. Ф. Казначеевой. – Изд. 2-е, перераб. – Новосибирск, 2012. – 48 с.

4. Галеева, Р. Т. Пищевая аллергия у детей / Р. Т. Галеева. – Пенза : ПИУВ, 2005. – 71 с.

5. Пищевая аллергия. Механизм формирования. Первичная и вторичная профилактика / Н. С. Карташева и др. – Пенза : ПИУВ, 2006. – 33 с.

6. Маланичева, Т. Г. Гастроинтестинальная аллергия у детей / Т. Г. Маланичева, Н. В. Зиатдинова, С. Н. Денисова // Лечащий врач. – 2014. – № 8.

7. Ногаллер, А. М. Пищевая аллергия / А. М. Ногаллер. – М. : Медицина, 1983. – 192 с.

8. Пищевая аллергия у детей : пособие для педиатров, аллергологов, нутрициологов, гастроэнтерологов / под ред. И. И. Балаболкина. – М., 2006. – 53 с.

9. Современные технологии реабилитации детей с аллергодерматозами / под ред. Л. Ф. Казначеевой. – Новосибирск, 2000. – 196 с.

10. Хаитов, Р. М. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин // Иммунология. – 2001. – № 4. – С. 4–6.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВЕЗАМЕЩАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945)

Н. И. Галик, П. М. Староконь

Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Минобороны России, г. Москва

В годы Великой Отечественной войны военная медицина получила богатый и разносторонний опыт организации оказания медицинской помощи и лечения миллионов раненых в исключительно сложных условиях. После вой-

ны этот опыт был изучен, обобщен и проанализирован в фундаментальном, не имеющем себе равных в мировой литературе 35-томном труде «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», изданном в период с 1949 по 1955 гг. В разработке этого труда участвовали ведущие представители советской медицины. Главным редактором труда стал генерал-полковник медицинской службы, бессменный начальник ГВСУ РККА Е. И. Смирнов. Третий том, изданный в 1953 г. под общей редакцией С. С. Гирголава, посвящен общим вопросам военно-полевой хирургии. V главу раздела «Переливание крови» А. Н. Филатов посвятил применению кровезамещающих жидкостей, которые способствовали спасению жизней, восстановлению здоровья и возвращению в строй многих сотен тысяч защитников Родины. Однако необходимо отметить, что использование кровезаменителей в первый период войны (июнь 1941 г. – ноябрь 1942 г.), наиболее трудный и тяжелый, в обстановке напряженных и кровопролитных оборонительных боев, было редким. Во втором периоде войны (с ноября 1942 г. по декабрь 1943 г.), кровезамещающие жидкости всё шире стали применяться на фронтах и составили 33,3 % по отношению к используемой крови. К концу войны этот показатель достиг 60,5 % (В. Н. Шамов). Использование составных частей крови как кровезамещающих жидкостей показало, что во время войны лучшим методом сохранения, а затем применения – плазма и сыворотка в высушенном состоянии (А. А. Багдасаров, Д. М. Дроздов, М. С. Дульцин, В. И. Казанский, М. Н. Ахутин). Во время войны использовались солевые растворы: «жидкость Петрова» (коллоидный раствор – смесь крови с солевым раствором), № 3 ЛИПК, солевой инфузин ЦИПК, раствор АМ-4 Бабского. Изготавливался фабричным путем и применялся для переливаний на фронтах Великой Отечественной войны серотрансфузин (коллоиндно-солевой раствор). Очень широко применялись глюкозо-спиртовые растворы: противошоковая жидкость № 3 Попова, жидкость Сельцовского, жидкость Э. А. Асратяна, ЛИПК № 43 (А. Н. Филатов), ЛИПК № 28 (А. Н. Филатов).

Опыт применения кровезамещающих жидкостей в Великую Отечественную войну бесценен. Эти знания стали платформой для дальнейшего развития инфузиологии. Так, в послевоенное время были разработаны и клинически внедрены искусственные кровезаменители с функцией переноса кислорода, обладающие рядом преимуществ перед донорской кровью: универсальны, не требующие изосерологического подбора, без риска заражения инфекционными заболеваниями.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПУЛЬМОНОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

А. С. Герасимова[1], Г. Н. Тарасеева[2], Е. А. Демчук[2], Л. А. Яшкина[2], В. Э. Олейников[1]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Актуальность: внебольничная пневмония (ВП) относится к распространенным и потенциально угрожающим жизни заболеваниям, летальность от которой при тяжелом течении достигает 55 %. ВП является частой причиной смерти среди всех инфекционных заболеваний, занимая шестое место среди всех причин смерти. Известно, что предикторами тяжести пневмонии являются коморбидные состояния (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ХОБЛ), социальные болезни, а последние годы высокопатогенный грипп (A/H1N1 и H3N2).

Цель: уточнение частоты летальных случаев и выявление предикторов летального исхода у больных с ВП, лечившихся в отделении пульмонологии областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы в 2014–2016 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни и протоколов вскрытия пациентов, умерших от ВП в отделении пульмонологии в 2014–2016 гг. Оценивались факторы, способные повлиять на тяжесть течения пневмонии и летальный исход – фоновые и сопутствующие заболевания, социальные факторы. Полученные исходные данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты: за три года (2014–2016 г.) в отделении пролечено 477 больных ВП, из которых 24 умерло, в том числе, 15 в трудоспособном возрасте, из них работающих 67,3%. В 7 случаях имела место досуточная летальность (от 1 до 10 ч). Средний возраст умерших пациентов составил 55,6±14,4 года. Из числа умерших 16 мужчин (66,7 %) в возрасте 56,3±11,1 лет и 8 женщин (33,3 %) в возрасте 54,4±20,2 года. Данные по годам приведены в табл 1.

Высокая летальность в 2015 и 2016 годах была обусловлена тяжелыми осложненными формами вирусных пневмоний, в том числе вызванных вирусом A/H1N1 (10 подтвержденных случаев) и H3N2 (2 случая), что составило 50 % от всех умерших. Средний возраст составил 48,8±8,6 лет. Все пациенты, умершие от вирусных пневмоний, не были вакцинированы от гриппа.

Обращение за медицинской помощью от начала заболевания варьировалось от 2 до 10 дней, в среднем 7,6 дня. Все пациенты находились на лечении в отделении реанимации.

Таблица 1

Сведения о больных, умерших от ВП в 2014–2016 гг. в отделении пульмонологии ПОКБ им. Н. Н. Бурденко

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Количество пролеченных, человек	159	115	203
Количество умерших, человек	2	9	13
Летальность, %	1,26	7,83	6,40
Умерших в трудоспособном возрасте, человек	2	5	8
Средний возраст, годы	50±8,4	50,4±12,9	60,2±15,2
Умерло до суток, человек	1	2	4
Пребывание на койке, дней	8,5	8,2	6,6

Осложненное течение пневмонии наблюдалось у всех пациентов: у 54,2 % – острая дыхательная недостаточность, у 29,2 % – острый респираторный дистресс-синдром, у 9,4 % – кровохарканье, у 8,3% – кома, у 8,3 % – флеботромбоз (установка кава-фильтра), у 7,8 % – острая почечная недостаточность.

В 2 случаях смерти были дефекты транспортировки (доставлены в нетранспортабельном состоянии, в состоянии клинической смерти). У 91,6 % умерших имелся неблагоприятный преморбидный фон. При анализе сопутствующей патологии, которая могла оказывать отягчающее влияние на основное заболевание, выявлена ведущая роль сердечно-сосудистых заболеваний – у 22,7 %, ожирение у 21,8 %, ХОБЛ у 4,5 %, ВИЧ-инфекция у 4,5 % пациентов, факт злоупотребления алкоголем не скрывали 13,6 %, у 54,5 % пневмония на фоне гриппа.

Патологоанатомическому исследованию были подвергнуты все умершие. Расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов не было.

Выводы: таким образом, в эпидемию гриппа увеличивалась частота госпитализаций по поводу пневмоний, отмечалось более тяжелое течение, большой процент тяжелых осложнений и высокая летальность. Наблюдалась поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, и, как следствие, поздняя госпитализация и начало адекватной антимикробной терапии, от чего во многом зависел неблагоприятный исход заболевания.

Немедикаментозными факторами риска неблагоприятного исхода ВП являются мужской пол старше 50 лет, сопутствующая сердечно-сосудистая патология, ожирение, злоупотребление алкоголем.

БОЛЕЗНЬ КРОНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

М. Н. Гербель[1], О. К. Смирнова[2], М. С. Баженов[2]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенскийй государственный университет»,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница
им. Н. Ф. Филатова», г. Пенза

Болезнь Крона (БК) у детей – идиопатическое хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание, с трансмуральным поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, с прогрессирующим течением и развитием тяжелых осложнений (кровотечений, перфораций, абсцессов и т.д.). Среди хронических воспалительных заболеваний кишечника болезнь Крона по разрушительным последствиям превосходит язвенный колит. По литературным данным отмечается тенденция роста заболеваемости БК у детей. Диагностика БК представляет сложную задачу, что связано с многообразием клинических форм заболевания с вовлечением в патологический процесс различных отделов желудочно-кишечного тракта, неоднородностью возрастных групп больных (от грудного возраста до подросткового) и внекишечными проявлениями. Нередко ошибки делают даже опытные врачи, поэтому сроки установления диагноза БК у детей, по данным различных авторов, с момента появления первых клинических симптомов составляет до 3 лет.

Представляем клинический случай поздней диагностики БК у мальчика с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения.

Пациент И., 8 лет, наблюдается у гастроэнтеролога РДКБ г. Москвы с диагнозом: Болезнь Крона с поражением терминального отдела подвздошной и толстой кишки, хроническое непрерывное течение. Неполный параректальный свищ. Кондилома ануса. Хронический гастродуоденит. Впервые диагноз был выставлен в ноябре 2015 в ФГБУ РДКБ г. Москва.

Из анамнеза жизни: ребенок от 5 беременности (1-ая беременность-мальчик 18 лет, здоров, 2, 3, 4-я беременности – мед. аборты), протекавшей на фоне токсикоза I половины, анемии II половины. Роды в срок, путем Кесарева сечения. Вес-4750 гр., длина-58 см. Находился на грудном вскармливании до 12 мес. Физическое и нервно-психическое развитие – по возрасту. Привит по календарю. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез: у матери – рак груди, умерла в 41 год; у отца – язвенная болезнь желудка. Перенесенные заболевания: ОРВИ-до 5 раз в год ежегодно, ветряная оспа, пневмония в 2014 и 2015, инфекционный мононуклеоз, реактивный артрит правого голеностопного сустава в 2015.

Анамнез заболевания: впервые в возрасте 5 лет обследовался и лечился в поликлинике у гастроэнтеролога по поводу болей в животе с диагнозом: дискинезия желчевыводящих путей. При осмотре было увеличение печени до 2,5 см, биохимия крови без патологии. Повторно боли в животе отмечались

в начале 2014, при УЗИ-исследовании – гепатомегалия, в биохимии крови – АЛТ-225 ед/л, АСТ-318 ед/л, щелочная фосфатаза-484 ед/л. С ноября 2014, после перенесенной ОРВИ, беспокоила слабость, был субфебрилитет до 37,5 °С, периодически возникали эпизоды разжиженного стула без патологических примесей. В крови-СОЭ-45 мм/ч, Hb-103 г/л, АЛТ-237 ед/л, АСТ-319 ед/л. В динамике нарастали гастроэнтерологические и астеноневротические явления, участились респираторные заболевания, осложненные пневмонией, отмечалось снижение веса до 10 кг. Получал амбулаторно – циклоферон, фосфоглив. Состояние не улучшилось, был госпитализирован в ПОДКБ г. Пенза, где был выставлен диагноз: хронический гепатит неуточненной этиологии. Реактивный панкреатит. Сопутствующая патология: анемия легкой степени. Латентная форма ЦМВИ. Астеноневротический синдром. На фоне проводимой терапии положительной динамики не было, в связи с чем, для уточнения диагноза и тактики дальнейшего ведения был направлен в Федеральный центр, где диагностирована болезнь Крона и была назначена базисная терапия – препарат Хумира. Состояние улучшилось, жалоб в настоящее время не предъявляет, стул оформленный, показатели крови нормализовались.

Представленное наблюдение демонстрирует трудности ранней диагностики болезни Крона и сложности ведения больного.

Выводы: у всех детей и подростков, при наличии таких симптомов как потеря веса, абдоминальный синдром, астенизация, изменения лабораторно-инструментальных показателей, при отсутствии кишечного синдрома, проводя дифференциальную диагностику, необходимо исключать болезнь Крона.

ПАТТЕРН ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОДН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В 2014–2015 гг.

В. О. Гринкевич, Б. Л. Косов, Е. А. Суханова, Н. С. Трунина, М. В. Юматов, Е. С. Ракушин

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Спустя 5 лет в ОРИТ вновь начали поступать пациенты с вирусными пневмониями, вызываемые вирусом гриппа А (H_1N_1). Памятуя об эпидемии гриппа в 2009–2010 гг., мы ожидали, что вентиляция легких у больных пневмонией этого года будет проводиться в паттерне PCV, так как низкая растяжимость легких у этой категории пациентов создает многие проблемы при ИВЛ.

При поступлении больных в ОРИТ определялись показатели газов крови и КОС. Средние значения показателей представлены в табл. 1.

Таблица 1

pO_2	pCO_2	BE ммоль/л	Shunt %
47 мм рт. ст	35 мм. рт. ст	–4,8	32

Показанием для перевода больных на инвазивную механическую вентиляцию легких являлась клиническая картина течения пневмонии, результаты исследования газов крови и КОС, рентгенологические данные. В процессе лечения проводился контроль КОС и газов крови, отслеживалась рентгенологическая картина распространения процесса повреждения легких. Все больные в течение первых 10 дней получали противовирусный препарат Осельтамивир («Тамифлю») по 150 мг в сутки. Антибактериальная терапия включала в себя фторхинолоны, макролиды, цефалоспорины 3–4 поколения, карбапенемы. Присоединение вторичной флоры, в зависимости от микробного пейзажа, диктовало применение антибиотиков, к которым бактерии были чувствительны. Всем больным с первых суток проводилось зондовое питание. Потребность в энергии и белке определялась расчетным способом, с учетом массы тела, возраста, потере азота в суточной моче, температуры тела. Для нутритивной поддержки использовались смеси «Нутрикомп файбер ликвид» и «Оксепа».

Линейка применяемых респираторов состояла в основном из «Extend – XT Taema» и «Servo-I».При тяжелом течении заболевания, распространении воспалительной инфильтрации легочной ткани, прогнозируемой продолжительности респираторной поддержки более 5 сут., больным выполняли пункционную трахеостомию по Григгсу, как правило, на вторые-третьи сутки ИВЛ.

ИВЛ применяли у всех больных в паттерне PSV с ПДКВ 9–16 см вод ст. и инверсией вдоха 1:1–1,4:1–1,7:1. У некоторых пациентов увеличивали значения экспираторного триггера до 35–50 % с целью большего поступления кислорода в кровь. Концентрация кислорода во вдыхаемой газовой смеси составляла в среднем 60 %. В прошлую эпидемию гриппа вентиляцию легких мы вынуждены были проводить только в режиме PCV, так как у пациентов определялась крайне низкая растяжимость легочной ткани за счет быстрого распространения воспалительной инфильтрации по обоим легким. Это подтверждалось показателем растяжимости равной в среднем 29 мм см вод. ст. при норме 45–90 мл/ мм вод. ст. Не смотря на рекомендации использовать режим PCV у данной категории больных, мы стали применять паттерн вспомогательной вентиляции – PSV, так как растяжимость легких у наших пациентов в среднем составляла около 40 мл / мм вод. ст. При такой вентиляции пиковое давление превышало рекомендуемые 30–32 см вод. ст., увеличиваясь у некоторых больных до 40–48 см вод. ст. Однако, ни у одного пациента не было баротравмы, осложненной пневмотораксом.

Показатели газов крови и КОС в паттерне PSV + IRV (FiO2 60 %) на третьи сутки лечения представлены в табл. 2.

Перевод больных на самостоятельное дыхание осуществлялся после уменьшения ПДКВ до нормальных значений.

Таблица 2

pO_2 мм. рт. ст	70
pCO_2 мм. рт. ст	35
Cdyn мл/мм вод. ст	46
BE ммоль/л	от –1,6 до +2,6
SHUNT %	28

В табл. 3 показатели газов крови и КОС при самостоятельном дыхании больных – FiO2 21 %.

Таблица 3

Показатели	Значения
pO_2 мм. рт. ст	75
pCO_2 мм. рт. ст	33
BE ммоль/л	–3,8
Shunt %	28
Cdyn мл/мм вод ст	49

Таким образом, из своей практической работы мы можем сделать следующие **выводы**:

1. Постгриппозная полисегментарная двусторонняя пневмония 2014–2015 гг. является острым повреждением легких, сопровождалась менее выраженным поражением легочной паренхимы, а также характеризовалась удовлетворительной растяжимостью легких.

2. Паттерн вентиляции легких PSV являлся режимом выбора при хорошей растяжимости легочной ткани у данной категории больных. При использовании такого паттерна вентиляции легких пациенты испытывали дыхательный комфорт. Не требовалось применения седации, а тем более миоплегии для синхронизации больного с респиратором.

3. Используя паттерн PSV, не отмечалось перерастяжения функционирующих альвеол, поэтому не наблюдалась баро- и волюмотравма легочной паренхимы с возникновением пневмоторакса.

4. Терапевтическое лечение данной категории больных не отличается от лечения вирусной пневмонии 2009–2010 гг.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

М. С. Денисов[1], Л. И. Герасимова[2], Т. Г. Денисова[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»,
[2]ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары

В настоящее время принято считать, что дефицит витамина D является всемирной проблемой здравоохранения, которая затрагивает широкий спектр острых и хронических заболеваний. Активные формы витамина D (1a, 25 (OH) 2D3) играют решающую роль в различных биологических процессах, включая регуляции клеточного роста, дифференцировки и метаболических модуляции. Поскольку рецепторы к витамину D и 1a-гидроксилазы обнаружены в репродуктивных тканях, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, напрашивается ассоциация витамина D с функционированием репродуктивной системы. Существуют доказательства ряда возможных неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья женщин, связанных с низкой обеспеченностью витамином D.

Цель исследования – определить уровень витамина D в периферической крови девушек с нарушениями менструальной функции.

Материалы и методы. Материалом исследования явилась периферическая кровь девушек с альгоменорей (24 пациентки), контрольную группу составили девушки с физиологическим менструальным циклом (30 пациенток). Было решено изучить уровень витамина D. Исследование уровня витамина D проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы BIOMEDICAGRUPPE (Германия). Признанный критерий оценки экзогенной обеспеченности витамином D – уровень 25-OH D в крови: нормальное содержание в крови – 20–35 нг /мл, недостаток – 10–20 нг/мл, дефицит – гиповитаминоз – 10 нг/мл и ниже, авитаминоз – ниже 5 нг/мл, гипервитаминоз D – выше 70 нг/мл.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы Statisticafor Windows (версия 6.1) методами параметрической и непараметрической статистики (критерии Стьюдента, Манна - Уитни).

*Результаты исследования***.** Нами было выявлено что у девушек с альгоменорей обнаружен низкий уровень витамина D – 14,7±1,7 нг /мл; у девушек с физиологичным менструальным циклом уровень витамина D в пределах нормальной экзогенной обеспеченности и составил 22,5±1,8 нг/мл ($p \geq 0,01$).

Девушкам с альгоменорей был рекомендован прием витамин D в дозе 3000 ед. в течение 4–6 месяцев. По истечении 6 месяцев был определен уро-

вень витамина D – он составил 24,7±1,8 нг/мл ($p \geq 0,01$). Кроме того часть девушек – 62,5 % отмечали значительное уменьшение болезненных проявлений во время менструаций, они на момент исследования отказались от приема анальгетиков в дни менструации. А у 37,5 % девушек боли в критические дни не наблюдаются.

Таким образом, согласно результатам нашего исследования назначение витамина D, по-видимому, участвующего в физиологическом функционировании репродуктивной системы, девушкам с альгоменорей и дефицитом витамина D, оказалось эффективным в лечении болезненных проявлений в дни менструации, что указывает на целесообразность назначения препаратов витамина D.

Исследований влияния дефицита витамина D на здоровье – большой потенциал для снижения уровня заболеваний, в том числе нарушений менструального цикла, что может иметь огромное влияние на стратегию общественного здравоохранения в профилактике серьезных заболеваний.

Вывод. У девушек с альгоменрей выявлен дефицит витамина D, назначение витамина D снижает болезненные проявления в дни менструации и улучшает качество жизни девушек, что указывает на целесообразность назначения препаратов витамина D девочкам и девушкам в период становления менструальной функции.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Г. В. Долгушкина[1], К. С. Фелеева[1], В. И. Струков[1], И. В. Бакулина[2], А. В. Гринкевич[2]

[1]ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», г. Пенза

Сахарный диабет (СД) I типа – одно из наиболее частых эндокринных заболеваний, встречающихся в детском возрасте. Частота впервые выявляемого СД в настоящее время не только не снижается, но, напротив, увеличивается, в том числе у детей раннего возраста. В городе Пензе и Пензенской области с 2014 по 2016 г. было диагностировано 109 случаев впервые выявленного сахарного диабета I типа у детей, в том числе у мальчиков – 59,6 % (65 чел.), у девочек – 40,4 % (44 чел.). Заболеваемость СД-I типа диагностируется чаще в осенние месяцы, в сентябре-ноябре 2014 г. она составила – 34 %, в 2015 г. – 48 %, в 2016 г. – 35 % .

Целью нашего исследования было изучение факторов риска развития СД-I типа у детей дошкольного возраста в г. Пенза и Пензенской области.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова». В задачи исследования включены: изучение возрастных аспектов развития заболевания и сезонности манифестации СД-I типа; выявление наследственной отягощенности по сахарному диабету; изучение анамнеза жизни ребенка (особенности вскармливания на первом году жизни, физическое развитие, перенесенные заболевания и т.д.); изучение клинических проявлений манифестации СД-I типа.

За 2014–2016 гг. впервые выявленный СД-I типа диагностирован у 50 детей дошкольного возраста: мальчики составили 62 % (31 чел.), девочки – 48 % (19 чел.), мальчиков было в 1,3 раза больше, чем девочек. По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года – 2 чел. (4 %), с 1 до 3 лет – 19 чел. (38 %), 4–6 лет – 29 чел. (58 %). У детей из города Пензы заболевание диагностировалось чаще, чем у детей из Пензенской области, соответственно 56 и 44 %. Манифестация СД-I типа у детей дошкольного возраста регистрировалась больше в осенние месяцы (31 %), что совпадает с максимальной заболеваемостью вирусными инфекциями; а также в июне месяце, соответственно в 2014 г. – 26 %, в 2015 г. – 40 %, в 2016 г. – 19 %, что, возможно, связано с течением доклинической стадии заболевания после перенесенной вирусной инфекции в осенние месяцы. Одной из основных особенностей СД у детей является появление первых клинических симптомов болезни после перенесенных ОРВИ.

Из анамнеза жизни установлено, что 35 детей (70 %) родились с массой тела от 3000–4000 г, менее 3000 г – 9 чел. (18 %), более 4000 г – 6 чел. (12 %). Все дети до 3 месяцев получали грудное вскармливание, до 6 месяцев – 96 % (48 чел.). Отягощенная наследственность по сахарному диабету отмечалась у 13 детей (26 %), в том числе у лиц первой степени родства – у 8 детей (16 %). До манифестации СД-I типа 11 детей (22 %) наблюдались педиатром в группе «Часто болеющие дети», 10 детей (20 %) – с аллергическими заболеваниями (пищевая аллергия, атопический дерматит).

Клиническая картина СД-I типа в большинстве случаев была типичной: полидипсия отмечалась у 62 % детей (31 чел.); похудание – у 46 % (23 чел.); полиурия – у 52 % (26 чел.), сухость кожи и слизистых оболочек – у 26 % (13 чел.). Несмотря на это, некоторые дети в течение 1–2 месяцев лечились у нефролога с диагнозом «нейрогенный мочевой пузырь», у дерматолога – с диагнозом «себорейный дерматит».

Большинство детей поступали в ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова с впервые выявленным СД-I типа в состоянии декомпенсации 41 чел. – 82 %, что связано с запоздалой диагностикой заболевания. При обследовании детей было выявлено: увеличение печени – у 37 чел. (74 %), увеличение поджелудочной железы – у 30 чел. (60 %), нефропатии – у 10 чел. (20 %), метаболические изменения в миокарде – у 4чел. (8 %).

Исходя из выше перечисленного, можно выделить следующие факторы риска развития СД-I типа у детей дошкольного возраста:

– возраст от 2 до 6 лет;
– лица мужского пола;
– проживание в городской местности;
– отягощенный наследственный анамнез по сахарному диабету;
– частые острые респираторные инфекции в анамнезе;
– сопутствующие аллергические заболевания;
– манифестация заболевания в осенние месяцы или в июне месяце;
– наличие увеличения печени, поджелудочной железы, нефропатии.

Учитывая генетическую предрасположенность к развитию СД, педиатр при первом осмотре ребенка обязательно должен обратить внимание на генеалогический анамнез (родословную семьи) и выделить группу риска, к которой относятся дети, имеющие родственников, больных сахарным диабетом, особенно если эта патология выявлена у лиц первой степени родства – родителей, родных братьев и сестер, а также бабушек и дедушек. За детьми из групп риска необходимо проводить тщательное динамическое наблюдение.

Таким образом, своевременная диагностика СД-I типа у детей дошкольного возраста с учетом факторов риска развития заболевания позволит предупредить быстрое прогрессирование диабетического процесса, тяжелый исход болезни и даст возможность назначения адекватного лечения на каждом этапе заболевания, предотвращая развитие тяжелых осложнений.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ

Г. В. Долгушкина[1], Р. Т. Галеева[1], А. Н. Астафьева[1], О. А. Понятова[2], Л. Р. Искандярова[2], С. В. Заикина[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова»,
[3]ГБУЗ «Городская детская поликлиника», г. Пенза

Актуальность проблемы энуреза обусловлена высокой распространенностью этой патологии в детском возрасте. Международной классификацией болезней X пересмотра, энурез определяется как стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и/или ночью. Распространенность энуреза у детей в возрасте от 4 до 15 лет, по данным разных авторов, колеблется от 2,3 до 30 %. Чем младше ребенок, чем выше частота встречаемости энуреза, в связи с возрастной незрелостью регуляции функции тазовых органов.

Выделяют дневное и ночное недержание мочи. Ночной энурез встречается в 1,5–2 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, почти во всех возрастных группах. В возрасте 5 лет ночной энурез выявляется у 15–20 % детей, к моменту поступления в школу – у 7–12 % детей. Нижняя возрастная граница,

позволяющая поставить этот диагноз точно не определена, однако принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение примерно с 3–4 лет, когда должен сформироваться «зрелый тип мочеиспускания».

Нормальное мочеиспускание возможно при анатомической и функциональной полноценности не только сфинктеров и детрузора мочевого пузыря, но и системы нервных структур, регулирующих этот сложный акт (корковые и спинальные центры, периферические рецепторы симпатических и парасимпатических нервов, представленные в мочевом пузыре). К сожалению, часто недооценивается лечение очага поражения нервной системы как первопричины заболевания.

Задачей нашего исследования было изучение состояния нервной системы у детей с энурезом. Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка с ночным энурезом в возрасте от 5 до 14 лет, мальчики составляли – 78 % (25 чел.), девочки – 22 % (7 чел.). Обследование проводилось на базе ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова. Всем детям проведено общепринятое в нефрологии клинико-лабораторное и инструментальное исследование, в том числе, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, микционная цистография, экскреторная урография; комплексное неврологическое обследование с использованием электроэнцефалографии, эхоэнцефалографии, реоэнцефалографии, МРТ головного мозга; консультации окулиста, психоневролога, уролога, девочкам – гинеколога.

У 27 детей (84 %) диагностирован моносимптоматический энурез, у 5 детей (16 %) – полисимптоматический энурез (энурез в сочетании с гиперактивным мочевым пузырем). После обследования все дети были разделены на три группы: 1 группа – 18 чел. (56,3 %) с неврозоподобной форма энуреза; 2 группа – 9 чел. (28,1 %) с невротической формой энуреза; 3 группа – 5 детей (15,6 %) со смешанной формой энуреза. Органической патологии органов мочевой системы не было диагностировано ни у одного ребенка.

При неврозоподобной форме энуреза у детей выявлены микроорганические изменения со стороны ЦНС в виде мелких псевдокист, расрастания глии – у 14 чел. (77,7 %). Все дети из этой группы на 1 году жизни наблюдались неврологом по поводу церебральной ишемии, гипертензионно-гидроцефального синдрома, травмы ЦНС, но лечение проводили не в полном объеме. У 3 детей из первой группы диагностированы остаточные явления нейроинфекции.

По результатам исследований установлено, что энурез при неврозоподобной форме имеет свои особенности:

– чаще «регулярный», каждую ночь или почти каждую ночь;

– может быть несколько раз за ночь;

– энурез учащается при переутомлении, не зависит от стрессов, конфликтов и др.;

– нередко явления церебрастении – утомляемость, головные боли, головокружение;

– часто глубокий сон (не видит и не помнит снов, мокрый не просыпается);

– в большинстве случаев выявляются изменения на ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга;

– часто признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

В лечении детей с неврозоподобной формой энуреза использовалась комплексная терапия: ноотропы (пантогам, пантокальцин, пикамилон и др.); метаболическая терапия (элькар, витамины группы В); средства, уменьшающие образование мочи (минирин, минирин таблетки сублингвальные); физиотерапия (электрофорез со спазмолитиками, затем – индуктотермия на разные отделы позвоночника и спинного мозга); при признаках нейрогенной дисфункции мочевого пузыря – физиотерапия на область мочевого пузыря с целью стабилизации функционального состояния мочевого пузыря.

При невротической форме энуреза у детей микроорганических изменений со стороны ЦНС в виде мелких псевдокист, расрастания глии; изменений на ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга – не выявлено. Явления энуреза у 3 детей (33,3 %) второй группы сочетались с неврозом навязчивых движений; у 2 детей (22,2 %) – с астеническим синдромом, у 4 чел. (44,4 %) – с невротической поллакиурией в дневное время. У всех детей из двух группы установлено наличие длительного отрицательного психологического воздействия на ребенка (конфликты в семье, со сверстниками; проблемы в школе; неполные семьи и т.д.). К сожалению, своевременной психологической помощи ребенку в разрешении конфликтной ситуации не было оказано.

Выявлены следующие особенности невротического энуреза у детей:

– появляется после «сухого периода»;

– бывает нерегулярно;

– в спокойной обстановке проходит;

– дети переживают из-за своего состояния;

– сон чаще поверхностный (трудность засыпания, много сновидений часто устрашающего характера);

– часто сопутствующие невротические расстройства (эмоциональная возбудимость, тики, логоневроз и др.).

Лечение детей с невротической формой энуреза проводилось седативными препаратами и транквилизаторами, холинолитиками (дриптан, спазмекс) в сочетании с психологической поддержкой ребенку и его семье.

Дети со смешанной формой энуреза были самыми сложными в ведении из-за сочетанной патологии, требующей неоднократных курсов медикаментозной терапии по 2–3месяца, физиотерапии и психологической коррекции.

На основании проведенных исследований можно сделать выводы:

1. Неврозоподобные состояния – самая частая причина энуреза у детей.

2. Использование топической диагностики поражения нервной системы и целенаправленное воздействие на очаг поражения в сочетании с симптома-

тической терапией функциональных расстройств мочевого пузыря могут существенно улучшить результаты лечения детей с энурезом.

3. Лечение энуреза у детей должно проводиться индивидуально у каждого больного с учетом уровня и характера поражения нервной системы, а также функционального состояния мочевого пузыря.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

В. В. Дубровская

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Введение. Всякое оперативное вмешательство и послеоперационный период сопровождаются болью. Боль – это психофизиологический феномен, затрагивающий психические, анатомические, физиологические, биохимические, социальные аспекты человека. Выявлены факторы риска послеоперационного болевого синдрома: 1) характер и продолжительность операции; 2) особенности пациента (патофизиологические, психические, анатомические и др.); 3) подготовленность пациента (физическая, психологическая, лекарственная и др.), 4) вид анестезиологического обеспечения. Опасность послеоперационного болевого синдрома состоит в формировании: 1) хирургического стресс-ответа, который нарушает нормальное функционирование всех систем организма человека в ближайшие часы и дни после операции; 2) синдрома хронической послеоперационной боли, когда боль сохраняется в течение нескольких месяцев после операции. Частота развития синдрома хронической послеоперационной боли по данным разных авторов составляет от 5 до 60 %.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ качества обезболивания после операции кесарева сечения по схемам, включающим нефопам 10 мг/мл (Акупан®-Биокодекс) (первая группа, 25 случаев) и тримеперидин (промедол ФГУП «Государственный завод медицинских препаратов») (вторая группа, 18 случаев).

Критериями включения в исследование были:

1) обезболивание во время операции – Спинномозговая анестезия (бупивакаин 5 мг/мл), самостоятельное дыхание;

2) отсутствие в структуре анестезиологического пособия лекарственных средств, потенцирующих анальгетический эффект местного анестетика (средства для общей анестезии, наркотические анальгетики);

3) отсутствие в структуре анестезиологического пособия методов интенсивной терапии (трансфузионная терапия, антифибринолитики, факторы свертывания крови);

4) показания к операции кесарева сечения.

Оба лекарственных средства использовались однократно через три часа после начала спинномозговой анестезии, даже при отсутствии жалоб, в дальнейшем назначался кеторолак по требованию Нефопам – по внутривенной схеме, предлагаемой изготовителем, Промедол – внутримышечно традиционно.

Качество обезболивания оценивалось ретроспективно через сутки после операции по шкале ВАШ. Статистический анализ результатов исследования проведен непараметрическими методами с помощью пакета прикладных программ STATISTICA®. Выводы делались на основании общепринятого для медико-биологических исследований уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Кесарево сечение относится к среднетравматичным операциям на нижнем этаже брюшной полости. В связи с этим проблема послеоперационного обезболивания не считалась сложной. Однако после изучения выяснилось, что послеоперационный период кесарева сечения сопровождается выраженным болевым синдром, который в значительной степени ухудшает качество жизни родильницы, нарушая физическую, психоэмоциональную, когнитивную активность при уходе за новорожденным и совершении гигиенических процедур. ВОЗ и Международная ассоциация по изучению боли рекомендуют считать допустимой оценку боли в покое 3 балла и при движении 4 балла. В приводимых в литературе сообщениях интенсивность боли после кесарева сечения занимает девятую строчку из 176. Рутинно для обезболивания использовались наркотические анальгетики парентерально, внутримышечно.

Однако неудовлетворительная картина противоболевой защиты заставляет искать другие средства и схемы обезболивания. Проводимый анализ выявил следующее:

1. Применение нефопама парентерально внутримышечно сопровождалось гипертензией средней и тяжелой степени, что требовало назначения антигипертензивной терапии. От этого метода после нескольких случаев отказались.
2. Применение нефопама парентерально внутривенно в течение 40 мин по рекомендациям – длительность введения увеличивали до 60–80 мин, так как появлялись тошнота, рвота, гипертензия легкой степени.
3. В течение первых четырех часов Нефопам и Промедол обладают удовлетворительным анальгетическим эффектом (ВАШ 1,3-2-4,2 и 1,5-2,2-4,0 соответственно).
4. Максимальная боль отмечалась через 6-8 часов после начала спинномозговой анестезии, несмотря на применение кеторолака 30 мг по требованию (ВАШ 5,5-6,0-7,3 и 5,3-7,2-8,3 соответственно).

Выводы:

1. Нефопам обладает удовлетворительным анальгетическим эффектом по силе сравнимым с наркотическими анальгетиками.
2. Нефопам неудобен для использования вне бока интенсивной терапии на «мобильном» пациенте.

3. Рутинная схема позднегопослеоперационного обезболивания в нашем акушерском стационаре неудовлетворительна и требует коррекции.

Библиографический список

1. Болевой синдром / под ред. В. А. Михайловича, Ю. Д. Игнатова. – Л. : Медицина, 1990. – 336 с.

2. Овечкин А. М. Послеоперационное обезболивание в акушерстве и гинекологии (аналитический обзор) / А. М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2014. – Вып. VIII, № 2. – С. 5–16.

3. Горобец, Е. С. О проблеме послеоперационного обезболивания и перспективах его совершенствования / Е. С. Горобец, Р.В. Гаряев // Consilium medicum. – 2006. 7.

4. Хороненко, В. Э. Нефопам как средство профилактики острой опиоидной толерантности и лечения послеоперационного болевого синдрома в онкохирургии / В. Э. Хороненко, В. В. Петрова, И. И. Стенина // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2014. – Вып. VIII, № 2. – С. 26–30.

5. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology. – 2012; 2. – Vol. 116. – P. 248–273.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. В. Дубровская

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Введение. Точное перенесение многих анестезиолого-реанимационных методик из общехирургической на акушерскую практику оказалось невозможным. При оказании анестезиолого-реанимационного пособия беременным, роженицам и родильницам необходимо учитывать не только патофизиологические изменения беременности, характер сопутствующей патологии, акушерский статус, но и влияние родовой, хирургической и анестезиологической агрессии на плод.

Материалы и методы. Исследование поставило задачу определить наиболее обсуждаемые проблемы анестезиологии и реаниматологии в акушерской практике. Проведен анализ источников профессиональной медицинской информации (сайты медицинских сообществ, журналы). В исследование включены данные из документов стандартного образца (журнал анестезий, журнал трансфузий, истории родов). Проведен сравнительный анализ медицинской статистики по обсуждаемым вопросам по данным ВОЗ, МЗ РФ, отчету о деятельности ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом».

Результаты исследования и их обсуждение. Основным показателем, определяющим круг интересов акушерской анестезиологии и реаниматологии является показатель материнской сметности и его структура: 1) сопутствующая патология 24,8 %; 2) патологическая кровопотеря 16,1 %; 3) гипертензивные нарушения при беременности 15,7 %; 4) эмболические осложнения 14,8 %. Осложнения анестезии занимают 2,4 % и на протяжении многих лет занимаю 5–6 позицию. В 2009 г. ВОЗ определило критерии «критического состояния» для беременных, рожениц и родильниц и рекомендовало проводить учет случаев «near-miss» – едва выживших, а также позднюю материнскую смертность.

Современная медицина не ограничивает женщин с экстрагенитальной патологией в их возможности материнства. Структура сопутствующей патологии у пациенток отделения ОРИТ ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом» за 2013–2015 г.: сердечно-сосудистые заболевания 14, 11, 17 % соответственно, заболевания легких 2, 2, 4 % соответственно, заболевания крови 8, 11, 9 % соответственно, заболевания ЦНС 4, 2, 2 % соответственно, ожирение 18, 30, 23 % соответственно.

Частота случаев критической кровопотери составляет 2–3 % всех родов в экономически развитых странах мира. В России патологическая кровопотеря составляет 16,1 % в структуре материнской смертности и 45 % в структуре «near-miss».

Смена терминологии в понятии гестоз/преэклампсия, определение критериев этой патологии, сроков родоразрешения, лекарственной терапии, отказ от полипрагмазии, соблюдение правил преемственности между женской консультацией, скорой медицинской помощью и акушерским стационаром сыграло роль в снижении частоты и тяжести этой патологии, упорядочило работу акушерско-анестезиолого-реанимационных бригад.

К новому тысячелетию частота кесаревых сечений возросла во всем мире, достигая в Бразилии 40 %, в США – 26,1 %, в Китае – 23 %, во Франции – 17,5 %, в России – 16 %. Увеличение частоты кесарева сечения увеличивает частоту кровотечений в родах, осложнений анестезии, эмболических событий, септических состояний.

С целью повышения квалификации врачей, обмена знаниями и навыками, а также создания и утверждения клинических протоколов по вопросам анестезии и интенсивной терапии у беременных, рожениц и родильниц в 2013 г. была создана Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов. Возглавили Ассоциацию профессор Е. М. Шифман, профессор А. В. Куликов, профессор В. Е. Радзинский.

Выводы. С целью снижения материнской смертности и заболеваемости необходимо продолжать добросовестно трудиться с соблюдением имеющихся и внедрением новых клинических протоколов, соблюдать этапность оказания медицинской помощи, проводить анализ осложнений и критических слу-

чаев без летального исхода («near-miss» случаев) и поздней материнской смерти, повышать квалификацию врачей и медицинских сестер-анестезистов.

Библиографический список

1. URL: http://www.who.int
2. URL: http://www.far.org.ru
3. URL: http://www.arfpoint.ru
4. URL: http://anesthesiology.pubs.asahq.org
5. URL: http://journals.lww.com/co-anesthesiology
6. URL: http://vair-journal.com
7. URL: http://www.medlit.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Е. С. Дудина, В. И. Неплюхина, Г. А. Постникова

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Киров

Цель исследования – изучить уровень тревожности у больных терапевтического стационара и его зависимость от клинических особенностей заболевания.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 40 больных терапевтического отделения многопрофильной городской больницы г. Кирова, получавших лечение в октябре-декабре 2016 г. Возраст больных составлял от 25 до 78 лет, средний возраст 53,6±11,3 лет. Женщин – 22, мужчин – 18. Критерием включения в исследование были информированное согласие больного и сохранность его когнитивных функций. Для самооценки уровня тревожности пациентов и выявления депрессии использовали шкалу (опросник) Цунга (1971 г). Результаты исследования по шкале Цунга интерпретировали следующим образом: 20–44 балла – норма; 45–59 – тревожное расстройство легкой или средней степени тяжести; 60–74 – тревожное расстройство тяжелой степени; 75–80 баллов – тревожное расстройство крайне тяжелой степени тяжести. Для уточнения эмоционального состояния больных использовали визуальный тест Лампена «дерево», интерпретировали с помощью ключа. У больных терапевтического профиля рассчитывали индекс коморбидности по Charlson: он составил от 0 до 7 баллов. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы БиоСтат 2009 Professional 5.8.4.3.

Результаты. Анализ самооценки уровня тревожности терапевтических больных по результатам теста Цунга показал, что у большинства больных – 24 (60 %) он находится в пределах нормы: 20–44 балла. У 15 больных (37 %)

выявлен легкий и средний уровень тревожности (45–59 баллов), и у 1 пациента – тревожность тяжелой степени. С учетом того, что в исследование не включались наиболее тяжелые больные, контакт с которыми был затруднен, истинный уровень тревожности очевидно выше 40 %. Нами выявлена достоверная прямая корреляция между уровнем тревожности в баллах по шкале Цунга и возрастом терапевтических больных (r = 0,602). Обнаружена также достоверная прямая корреляция между уровнем тревожности в баллах по шкале Цунга и индексом коморбидности по Charlson (r = 0,53). Пациенты с повышенной тревожностью имели хронические заболевания: гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца (стенокардию и постинфарктный кардиосклероз), хроническую сердечную недостаточность, хронический бронхит. У больных с острыми заболеваниями уровень тревожности был в пределах нормы. При интерпретации теста Лампена обнаружено, что 13 больных (32 %) имеют эмоциональные расстройства. 6 больных отмечали тревожность, отстранённость, замкнутость; 5 – выраженную утомляемость, «потерю сил»; 2 – «уход в себя». Данные эмоциональные нарушения также были характерны для больных хроническими заболеваниями. При острых заболеваниях больные чаще отмечали установку на преодоление временных трудностей.

Выводы. Повышенный уровень тревожности обнаружен у 40 % больных терапевтического стационара. Повышенная тревожность и эмоциональные нарушения достоверно связаны с пожилым возрастом и наличием хронических заболеваний, что свидетельствует о необходимости коррекции в подходах к лечению этой группы пациентов для улучшения психо-эмоционального статуса.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И УЧАЩЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Н. Е. Дятлов, Салах Амри Мохамед

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» , г. Пенза

Цель исследования. Изучить влияние беременности на возникновение и учащение нарушений ритма сердца.

Материалы и методы исследования. Работа проведена на кафедре «Внутренние болезни» Медицинского института ФГБОУ ВО ПГУ г. Пенза.

После скринингового обследования 140 беременных и 163 небеременных женщин были выделены 26 и 30 пациенток с нарушениями ритма сердца.

Средний возраст небеременных женщин составил 25,3±0,8 лет, а беременных – 26,2±0,7 лет.

Для диагностики аритмологических жалоб всем пациенткам было проведен мониторинг ЭКГ по Холтеру и чреспищеводное электрофизиологиче-

ское исследование сердца (ЧпЭФИ), которые выполняли вне беременности, а также в каждом триместре беременности и спустя шесть месяцев после родов.

Результаты и их обсуждение. Во время мониторирования ЭКГ по Холтеру (ХМ) у небеременных женщин было выявлено 99,2±6,7 одиночных наджелудочковых экстрасистол в сутки, 12,5±0,4 парных НЖЭС, 20,3±1,9 НЖЭС с АВ-блокадой 1 степени; 6,2±0,2 одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭС), 0,31±0,07 парных ЖЭС.

У беременных женщин нами выявлено увеличение количества одиночных НЖЭС в первом триместре на 190 %, во втором – на 413 %, в третьем – на 634 % ($p < 0,001$). Похожая тенденция обнаружена для парной НЖЭС, одиночной и парной ЖЭС. Интересно отметить, что через шесть месяцев после родов количество экстрасистол и пароксизмов наджелудочковой тахикардии снижалось до уровня небеременных женщин.

Методом чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭКС) нами определены типы кривых атриовентрикулярного проведения импульса в антероградном направлении. Как у небеременных, так и у беременных женщин выявлены непрерывный, прерывистый, непрерывный и прерывистый с GAP-феноменом типы кривых АВ-проведения. Важно отметить, что у 80,6 % небеременных женщин преобладал непрерывный тип кривой, а у 60,7 % беременных – прерывистый. Следует также подчеркнуть, что через полгода после родов наблюдалось восстановление непрерывного типа кривой проведения до 73,2 %.

Во время проведения программированной стимуляции также выявлено, что наступление беременности влияет на эффективный рефрактерный период (ЭРП) АВ-соединения. Так, ЭРП АВ-соединения в первом триместре укорачивался на 16,9 % ($p < 0,05$), во втором – на 18,3 % ($p < 0,02$), в третьем – на 19,6% ($p < 0,02$). По сравнению с третьим триместром, спустя 6 месяцев после родов ЭРП АВ-соединения увеличивался на 23,1 % ($p < 0,01$).

Во время ЧпЭФИ у 15 % (4 женщины) небеременных женщин был обнаружен скрытый синдром WPW, у 42 % (11 женщин) – продольная АВ-диссоциация, у 4 % (1 женщина) – комбинация WPW с АВ-диссоциацией, у 39 % (10 женщин) не удалось выявить причину аритмии.

У беременных женщин наблюдалось возрастание частоты встречаемости продольной АВ-диссоциации до 53 % случаев (16 больных) и скрытого синдрома WPW (17 %, 5 больных) в этиологии аритмии, не удалось выявить причину у 9 больных (30 % наблюдаемых).

Заключение. У небеременных и беременных женщин с жалобами на перебои в работе сердца и приступы сердцебиения во время холтеровского мониторирования ЭКГ и чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца были выявлены экстрасистолия, пароксизмы реципрокной узловой тахикардии и пароксизмы реципрокной ортодромной тахикардии. Наступление беременности сопровождается увеличением количества нарушений ритма сердца. После родов количество аритмий уменьшается.

ПУСКОВЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМНОЙ И БЕССИМПТОМНОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н. Е. Дятлов

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель исследования. Оценить пусковые факторы возникновения изолированной фибрилляции предсердий при её симптомном и бессимптомном течении у беременных женщин.

Материалы и методы исследования. Работа была проведена на кафедре «Внутренние болезни» ФГБОУ ВО «ПГУ» г. Пенза. Обследовано 128 беременных, страдающих пароксизмами симптомной и бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий (ИФП), которых разделили на две группы.

Первую группу составили женщины с бессимптомной ИФП, во вторую – с симптомной. Оценка пусковых факторов ИФП проводилась методом ХМЭКГ. ХМЭКГ проводили однократно небеременным женщинам, а при беременности – в каждом триместре, а также через 6 месяцев после родов.

Результаты и их обсуждение. Анализируя полученные результаты было выявлено, что при бессимптомном и симптомном течении ИФП встречаются три вида наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭС) – одиночная, парная и групповая; и два вида желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) – одиночная и парная.

Установлено, что суммарное количество экстрасистол (ЭС) при бессимптомной ИФП на 18 % больше, чем при симптомной. Так, при бессимптомной ИФП в среднем зарегистрировано 656±42 одиночных, 29±2 парных и 14±1 групповых НЖЭС в сутки, 591±32 одиночных, 25±1 парных ЖЭС в сутки; а при симптомной – 545±33 одиночных, 23±1 парных и 10±0,7 групповых НЖЭС, 485±30 одиночных и 21±1 парных ЖЭС, соответственно. Общее количество НЖЭС составило 699±44 при бессимптомной и 578±35 при симптомной ИФП; ЖЭС – 616±40 при бессимптомной и 506±31 при симптомной ИФП, соответственно.

При бессимптомной ИФП зарегистрировано 372±23 дневных и 284±17 ночных одиночных НЖЭС; 16±1 дневных и 13±0,8 ночных парных НЖЭС; 9±0,5 дневных и 5±0,3 ночных групповых НЖЭС. При симптомной ИФП зарегистрировано 311±19 дневных и 234±15 ночных одиночных НЖЭС, 12±0,8 дневных и 11±0,6 ночных парных НЖЭС, 6±0,4 дневных и 4±0,2 ночных групповых НЖЭС. Для ЖЭС выявлена та же закономерность: 335±21 дневных и 256±16 ночных одиночных, 14±0,9 дневных и 11±0,7 ночных парных ЖЭС при бессимптомной ИФП; 276±17 дневных и 209±13 ночных одиночных, 12±0,7 дневных и 9±0,5 ночных парных ЖЭС при симптомной ИФП, соответственно. Обнаружено, что количество экстрасистол в дневные часы бы-

ло достоверно выше ($p < 0,001$), чем в ночные, причем как при бессимптомном, так и при симптомном течении ИФП.

Выявлена прямая связь между количеством ЭС и количеством пароксизмов ($r = 0,482$, $p < 0,02$), и обратная – между частотой желудочковых сокращений и количеством пароксизмов при бессимптомной и симптомной ИФП ($r = 0,426$, $p < 0,05$). Более высокая частота желудочковых сокращений сердца (ЧЖС) зарегистрирована у пациенток с симптомной ИФП. Так, средняя ЧЖС при симптомной ИФП составляла 140±8 уд./мин., а при бессимптомной ИФП – 117±7 уд./мин ($p < 0,05$).

Таким образом, при бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий количество пусковых экстрасистол больше, а частота желудочковых сокращений во время пароксизма тахикардии меньше. При симптомной изолированной фибрилляции предсердий количество пусковых экстрасистол меньше, а частота желудочковых сокращений больше. Указанные электрокардиографические проявления влияют на клиническое проявление пароксизмов фибрилляции предсердий.

КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Е. А. Евдокимов[1], В. В. Валетова[1], В. Б. Хватов[2]

[1]ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Результаты интенсивной терапии кровопотери травматического генеза зависят от своевременной хирургической остановки кровотечения и качественной инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ). Объем и структура ИТТ различаются на этапах лечения. На этапах транспортировки и хирургического вмешательства ИТТ направлена на стабилизацию гемодинамики, компенсацию и профилактику грубых метаболических нарушений. Качество ИТТ в пред- и интраоперационном периодах влияет на выраженность последующих изменений: формирование полиорганной дисфункции и результаты лечения в целом. Реализация на практике современных протоколов и клинических рекомендаций по тактике ИТТ острой кровопотери – важнейшая задача всего периоперационного периода.

Эффективность интенсивной терапии острой кровопотери значительно повышается при использовании развернутого мониторинга жизненно важных функций, включая показатели транспорта и потребления кислорода. Эти возможности расширяются при применении специальных методов, позволяющих

контролировать микроциркуляцию, изменения в органах и тканях в ответ на травму, кровопотерю, ишемию и реперфузию, нарушения гемокоагуляции.

Современная тактика компенсации острой кровопотери периоперационного периода должна базироваться на программах ИТТ с учетом действий, предшествующих остановке кровотечения. Последние руководства особо подчеркивают, что при транспортировке и на начальных этапах хирургического лечения объем инфузионной терапии может быть ограничен и ориентирован на поддержание целевого систолического артериального давления не выше 80–90 мм рт. ст. [6]. Избыточная инфузия может увеличить темп кровотечения, усугубить расстройства коагуляции и метаболизма, способствовать развитию интраабдоминальной гипертензии. Перегрузка жидкостью повышает риски гнойно-септических осложнений, полиорганной дисфункции, задержки жидкости в организме и летального исхода в послеоперационном периоде. Так, при кровопотере 20–40 % ОЦК при интраоперационном объеме ИТТ, превышающем объем кровопотери в 4 раза, риски развития гнойно-септических осложнений повышаются в 2–3 раза, а вероятность выжить снижается в 6 раз [1].

До настоящего времени продолжается дискуссия о приоритетности различных замещающих сред в «стартовой» терапии при острой кровопотере: кристаллоидных растворов, коллоидных растворы, комбинированных и гипертонических инфузионных средах. В последних дискуссиях на различных форумах, где обсуждалась эта проблема, все-таки рекомендуется начинать возмещение объема циркулирующей крови у пострадавших с волемическими расстройствами и артериальной гипотензией кристаллоидными растворами. Если опираться на ограничительную концепцию ИТТ, то темп введения кристаллоидов не должен превышать 40 мл/(кг·ч). В противном случае увеличиваются риски развития вышеуказанных осложнений. При угрожающей жизни артериальной гипотензии кристаллоиды рекомендуется комбинировать с симпатомиметиками (препарат выбора норадреналин), а при признаках миокардиальной дисфункции – с инотропными агентами (дофамином, адреналином). Если недоступен мониторинг сердечного выброса и других показателей центральной гемодинамики, инотропная поддержка показана при отсутствии эффекта от ИТТ и норадреналина.

Исследования последних лет не подтвердили, что при кровопотере инфузия коллоидных препаратов повышает летальность, по сравнению с кристаллоидами [4]. Однако остается неоспоримым факт, что любые коллоидные средства отрицательно влияют на гемостаз. Поэтому рекомендуется отказаться или ограничить использование коллоидных инфузионных сред, строго соблюдать рекомендованные дозировки. По нашим данным, очень важен темп инфузии коллоидных растворов. Например, при введении гидроксиэтилкрахмала (130/0,4) наименьшее количество осложнений и летальных исходов наблюдалось при темпе инфузии <10 мл/(кг·ч).

При острой массивной кровопотере современная трансфузионная тактика, при поступлении пострадавшего в стационар, предполагает два варианта: сочетание свежезамороженной плазмы (СЗП) и эритроцитсодержащих сред (ЭС) в соотношении 1:2 или комбинацию концентрата фибриногена и ЭС. Отмечая многолетний практический опыт применения СЗП в схемах ИТТ при острой кровопотере, следует отметить, что в последние годы ведутся интенсивные исследования положительных и отрицательных влияний СЗП, пересматриваются некоторые аспекты её применения. Известно, что введение больших объемов СЗП связано с риском возникновения тяжелых осложнений, включая синдром TRALI, гнойно-септические осложнения и летального исхода.

Интенсивная терапия массивной кровопотери невозможна без рациональной гемотрансфузии. Гемотрансфузия показана при гемоглобине менее 70–90 г/л. Однако немедленный эффект по увеличению транспорта кислорода гемотрансфузия оказывает только при содержании гемоглобина в крови больного ≤60 г/л [2], но не влияет на оксигенацию тканей [3]. В остальных случаях кислородный транспорт после трансфузии не повышается, а риск осложнений увеличивается [5]. Мы считаем, что за время операции необходимо и достаточно вернуть 40–60 % утраченных эритроцитов, отложив дальнейшую коррекцию анемии на послеоперационный период. При компенсации менее 40 % и более 60 % утраченных эритроцитов шансы пострадавших выжить снижаются в 1,5–1,6 раз.

Трансфузия аллогенных эритроцитов может быть связана с риском тяжелых осложнений: несовместимостью, острыми и отсроченными трансфузионными реакциями, реакциями «трансплантат против хозяина», трансмиссивными инфекциями. Большую безопасность обеспечивает трансфузия аутоэритроцитов. По нашим данным, аутоэритроцит начинает выполнять свои функции значительно раньше донорского эритроцита – в течение 30 мин после возвращения в кровоток. К тому же донорские эритроциты – это генетически чужеродные клетки, которые могут вызывать ответные реакции организма и повышать риск возникновения различных осложнений.

В НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского аутогемотрансфузию при массивной кровопотере в экстренной хирургии применяют более 20 лет (интраоперационная непрерывная аппаратная реинфузия излившейся крови). В лечебных учреждениях города Москвы в последние 10–15 лет значительно расширилось интраоперационное применение аппаратов типа Cell-Saver для сбора и подготовки крови к реинфузии при хирургических операциях, сопровождающихся большой и массивной кровопотерей. Эта методология активно применяется в акушерской практике, нейрохирургии, травматологии и других областях.

Современная ИТТ острой массивной кровопотери предусматривает координацию усилий и преемственность действий специалистов многих специальностей на разных этапах лечения согласно современных представлений и разработанных клинических рекомендаций: врачей скорой помощи, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, трансфузиологов, специалистов лаборатор-

ной диагностики и других. Тактика ИТТ во многом зависит от ряда факторов: возраста и пола пациентов, тяжести травмы и объема кровопотери, этапа лечения. Остановка кровотечения – это важнейшая задача, без решения которой все остальные действия будут неэффективными. Интенсивная терапия кровопотери представляет многоэтапную пролонгированную задачу, для успешного решения которой необходим весь современный потенциал междисциплинарного медицинского взаимодействия.

Библиографический список

1. Валетова, В. В. Интенсивная терапия интраабдоминальной кровопотери в неотложной хирургии : автореф. дис. … д-ра мед. наук (14.01.20 – Анестезиология и реаниматология / НИИ СП им. Н. В. Склифосовского) / Валетова В. В. – М., 2014. – 43 с.

2. Hare, G. M. T. Anaemia: Can we define haemoglobin thresholds for impaired oxygen homeostasis and suggest new strategies for treatment? / G. M. T. Hare, A. K. Y. Tsui, S. Ozawa, A. Shander // Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. – 2013. – Vol. 27. – P. 85–98.

3. Mazza B. F. Evaluation of blood transfusion effects on mixed venous oxygen saturation and lactate levels in patients with SIRS/sepsis / B. F. Mazza, F. R. Machado, D. D. Mazza, V. Hassmann // Clinics (Sao Paulo). – 2005. – Vol. 60, № 4. – P. 311–316.

4. Perel, P. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients / P. Perel, I. Roberts, K. Ker // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – Vol. 28, № 2. – CD000567.

5. Spiess, B.D. Risks of transfusion: outcome focus / B. D. Spiess // Transfusion. – 2004. – Vol. 44. – Suppl. 12. – P. 4–14.

6. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint, B. Bouillon, V. Cerny at al. // Critical Care. – 2016. – Vol. 20. – P. 100.

ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

С. В. Евстигнеев[1], А. В. Никишин[1], В. В. Васильев [1,2,3]

[1]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[3]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Государственной программой по развитию здравоохранения, утвержденной постановлением Правительства РФ от 15.04. 2014 № 294 предусмотрено внедрение системы управления качеством (СМК) медицинских услуг, что обусловливает актуальность рассматриваемой темы. Опыт внедрения

СМК в передовых медицинских организациях (МО) страны свидетельствует о значительном увеличении документооборота, повышении нагрузки на персонал и снижении мотивации на первых этапах реализации системы.

Целью исследования является изучение мнения медицинских работников об эффективности СМК, как основных участников процесса управления качеством.

Материалы и методы. Базой исследования выбрана Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, прошедшая международную сертификацию в соответствии со стандартом ISO 9001–2008. Объектом исследования явилась оценка медицинским персоналом влияния СМК на их деятельность по результатам работы с данной системой на протяжении одного года. Мнение персонала изучалось в феврале 2017 г. анонимным анкетированием. Эмпирические данные обработаны методами математической статистики. Критическим уровнем значимости был принят $p = 0,05$. Выборка врачей ($n = 218$) и средних медицинских работников (СМР) ($n = 440$) репрезентативна численности соответствующих групп персонала.

Результаты исследования. О функционировании СМК в своем учреждении осведомлены 87,4 % опрошенных врачей и 92 % СМР ($p < 0,05$), соответственно 79,8 и 84 % респондентов в своей повседневной деятельности сталкиваются с требованиями СМК. Полученные данные показывают, что в процессы СМК вовлечены 8 из 10 опрошенных медицинских работников.

Изменения в собственной работе после внедрения СМК как хорошие отметили 43,9 % врачей и 58,8 % СМР ($p < 0,01$), нейтрально, т.е. без изменений – соответственно 54,3 и 40,3 % ($p < 0,01$), плохие – 1,8 и 0,9 %. По мнению опрошенных эффект от внедрения СМК ближайшие их коллеги оценивают как хороший 38,4 % врачей и 49,6 % СМР ($p < 0,01$), нейтрально – 55,2 и 49,3 % ($p < 0,05$), плохой – 6,4 и 1,1 %. В отличие от СМР, большее число врачей указали на более негативное отношение коллег, чем их собственное. Также большинство опрашиваемых врачей указали на нейтральное отношение к изменениям.

После внедрения СМК, по мнению 45,9 % врачей и 37,7 % СМР рабочая нагрузка увеличилась ($p < 0,05$), соответственно 1,4 и 2,5 % считают, что уменьшилась, а подавляющее большинство – 52,7 и 59,8 ($p < 0,05$) не почувствовали изменений. Увеличение рабочей нагрузки можно рассматривать как критерий неформального внедрения СМК. В то же время, большая доля респондентов, отрицающих изменение рабочей нагрузки, подтверждает недостаточную вовлеченность персонала в процессы СМК. Внедрение СМК, по мнению 79,8 % врачей и 84,3 % СМР не повлияло на динамику личного дохода, лишь 12,8 и 11,2 % соответственно указали на увеличение, а 7,4 и 4,5 % отметили снижение.

Ожидаемым оказалось распределение ответов на вопрос о динамике результативности деятельности. Поскольку с момента внедрения СМК прошел только год, то и доля отметивших улучшение результатов работы среди вра-

чей составила 24,1 %, среди СМР – 32,8 % ($p < 0,05$), соответственно 72,3 и 62,9 % ($p < 0,05$) не увидели изменений, а 3,6 и 4,3 % даже отметили ухудшение. Тем не менее, 40,2% врачей и почти половина СМР – 49,3 % ($p < 0,05$) считают, что внедрение СМК положительно повлияло на качество оказываемой медицинской помощи, соответственно 54,8 и 48,4 % не заметили влияния, 5 и 2,3 % респондентов указали на отрицательное влияние.

Завершающим был вопрос о пользе применения СМК. Признают пользу применения СМК в управлении качеством 43,6 % врачей и 48,4 % СМР, относятся к этому нейтрально соответственно 45,9 и 47,3 %, не видят пользы 10,5 и 4,3 % респондентов. Хотя доля отрицательно относящихся к СМК составляет не более 6,2 % от общего количества респондентов (658 чел.) и не выше аналогичного показателя, установленного в других исследованиях, но высокая доля опрошенных, которые нейтральны к данной системе свидетельствует о необходимости проведения обучающей работы с персоналом.

В заключении необходимо отметить, что вовлеченность медицинского персонала в процессы СМК по итогам одного года работы оказалась не очень высокой, при этом почти каждый второй опрошенный врач указывает увеличение рабочей нагрузки, что можно рассматривать как нежелательное явление внедрения СМК. Положительным является более критичная оценка врачей результатов функционирования СМК, что во многом объясняется неформальным отношением к системе. С целью улучшения результативности деятельности необходимо продолжить обучение персонала с учетом, установленных в ходе исследования особенностей внедрения СМК в МО.

ФОТОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОЖНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. В. Евстифеев, М. Т. Кулаев, П. И. Скопин, И. А. Евстифеева

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

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) в России занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости у женщин, причем отмечается увеличение заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте. В Республике Мордовия рак молочной железы встречается с частотой 40–42 случая на 100 тыс. населения. Внутрикожная и подкожная диссеминация РМЖ происходит лимфогематогенным путем и часто свидетельствует о наличии обширного регионарного и отдалённого метастазирования, в связи с этим проблема диагностики и лечения метастатического РМЖ является весьма актуальной. Перспективным методом, позволяющим определить границы опухолевого поражения, детектировать внутрикожные метастазы РМЖ, в том числе клинически неопределяемые, является флюоресцентная диагностика (ФД). Фотодинамическая терапия (ФДТ) является продолжением ФД и перспективным методом лечения.

Методы. На базе Республиканского онкологического диспансера в лаборатории «Биоспектроскопии, лазерной и фотодинамической терапии» кафедры онкологии МГУ им. Н. П. Огарёва изучены спектры флюоресценции и произведена фотодинамическая терапия у 22 больных с внутрикожными метастазами РМЖ. Диагностика и лечение больных с метастатическим РМЖ производилась на диагностико-терапевтическом комплексе (ДТК-3М) производства ЦЕНИ ИОФ РАН имени А. М. Прохорова.

Контроль изображения и границ опухолевых очагов осуществляли в флюоресцентном и рассеянном свете в технике сканирования, в том числе и поиск визуально не определяемых патологических очагов. При проведении ФД и ФДТ использовался синтетический отечественный порфириновый фотосенсибилизатор второго поколения «Фотосенс».

Препарат «Фотосенс» вводился больным однократно в дозе 0,5 мг/кг с разведением в 200 мл 0,9 % физиологического раствора – 1:4 посредством 30-минутной внутривенной инфузии. ФД производилась до введения препарата, через 1 и 24 ч после его введения, через 10 суток, и далее – через 1 и 2 месяца после окончания курса ФДТ. Первый сеанс ФДТ производился через 24 ч после введения препарата, интервал между сеансами составил 24–72 ч. Количество сеансов колебалось от 5 до 10. Плотность мощности лазерного излучения для скрытых (клинически неопределяемых) метастазов составила 50 мВт/см^2, для клинически определяемых метастазов – 200–300 мВт/см^2, световая доза одного сеанса облучения составила 100 Дж/см^2, а при множественных метастазах и площадях поражения > 10 см^2 – 50 Дж/см^2.

Результаты. Возраст обследованных больных с внутрикожными метастазами РМЖ варьировал от 47 до 72 лет. Средний возраст составил 58,5 лет. Мужчин было 2, женщин – 20. По данным гистологического заключения преобладающей формой РМЖ была аденокарцинома (у 15 больных), у 7 больных – железисто-солидный рак.

Внутрикожные метастазы локализовались преимущественно на передней и боковой поверхности грудной клетки (зона послеоперационного рубца, подключичные области, подмышечные впадины, молочная железа).

Проведённое исследование показало, что коэффициент флюоресценции (КФ) до введения фотосенсибилизатора над здоровой кожей составил 13,2 отн. ед., а над метастатическими очагами – 14,2 отн. ед. Коэффициент диагностической контрастности (КДК) составил 1,07.

При проведении ФД через сутки после введения Фотосенса у обследованных больных были выявлены клинически неопределяемые метастазы РМЖ, которые составили 12 % от всех зарегистрированных.

Через 24 ч после введения фотосенсибилизатора КФ над здоровой кожей составил 59,8 отн. ед., над клинически определяемыми метастазами – 136,9 отн.ед., над клинически неопределяемыми – 107,3 отн. ед. КДК составил при этом 2,3 и 1,8 соответственно.

При проведении ФД через 10 дней после введения Фотосенса КФ над здоровой кожей составил 44,8 отн. ед., над клинически определяемыми мета-

стазами – 98,3 отн. ед., а над клинически неопределяемыми – 74,6 отн. ед. КДК составил соответственно 2,2 и 1,7.

Оценку эффективности проведённого лечения проводили через 1 и 2 месяца на основании данных флюоресцентной диагностики и динамики изменения размеров опухоли (визуально и по данным цитологического исследования).

Через 2 месяца после проведения ФДТ коэффициент флюоресценции у больных с внутрикожными метастазами РМЖ составил в здоровой коже 20,6 отн. ед, в зоне полностью регрессировавших метастатических очагов – 22,4 отн. ед, а в метастазах, не подвергшихся полной регрессии – 32,9 отн. ед. КДК составил соответственно 1,1 и 1,6 отн. ед. При этом у 5 больных был зарегистрирован полный эффект (22,7 %), у 6 пациенток – частичный (27,3 %), у 7 – стабилизация процесса (31,8 %) и у 4-х пациентов отмечено прогрессирование заболевания (18,2 %), характеризующееся появлением новых метастатических очагов.

Заключение. Таким образом, ФД с фотосенсибилизатором «Фотосенс» является перспективным высокоинформативным методом диагностики внутрикожных и подкожных метастазов РМЖ, позволяющим определить границы опухолевого метастатического поражения, детектировать субклинические метастатические очаги и объективно оценить эффективность проведённого лечения, что характеризует её как оптическую биопсию. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности ФДТ и целесообразности её проведения наряду с другими методами лечения при внутрикожных метастазах РМЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОЖНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

С. В. Евстифеев, М. Т. Кулаев, А. З. Альмяшев, И. В. Бегоулов

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

Введение. Меланома – наиболее злокачественное новообразование кожи (МК). По мировой статистике заболеваемость МК варьирует от 5 до 30 и более на 100 000 населения в год, а частота её составляет 1–4 % в структуре всех злокачественных опухолей. В России на протяжении 10 последних лет отмечается тенденция к росту заболеваемости МК. Удельный вес её в структуре онкологических заболеваний по России составил 1,5 %, а по Мордовии – 2 %.

Флюоресцентная диагностика (ФД) – это перспективный метод, позволяющий определить границы опухоли, выявить сателлитные очаги, детектировать внутрикожные метастазы МК. Сущность метода заключается во введении в организм обследуемого фотосенсибилизатора (ФС), который се-

лективно накапливается в опухоли. Перспективным методом лечения метастатической меланомы (при внутрикожном метастазировании) может быть фотодинамическая терапия (ФДТ). Она является продолжением ФД и проводится через 24 ч после введения ФС. Метод ФДТ основан на способности ФС при его парентеральном введении избирательно накапливаться в опухоли и при воздействии света с длиной волны, соответствующей пику поглощения ФС, генерировать синглетный кислород и другие активные радикалы, оказывающие токсический эффект на опухолевые клетки.

Материал и методы. На базе Мордовского республиканского онкологического диспансера в лаборатории «Биоспектроскопии, лазерной и фотодинамической терапии» кафедры онкологии проведена ФД и ФДТ 20 больным с внутрикожными метастазами МК.

Диагностика и лечение больных МК производилась на диагностико-терапевтическом комплексе (ДТК-3М) производства ЦЕНИ ИОФ РАН имени А. М. Прохорова. При этом использовались методики локальной спектрофлюометрии биотканей и фотодинамической терапии, принятые в отделении эндоскопических и физических методов диагностики и лечения опухолей МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ.

Возраст больных варьировал от 38 до 77 лет. Мужчин было 5, женщин – 15. Четверо больных были первичными, т.е. ранее лечение не получали. Хирургическое лечение было проведено 9 больным, комбинированное – 7 пациентам.

Метастатические очаги меланомы у 4 больных локализовались на коже области головы и шеи, у 5 – на коже туловища, у 5 – на коже нижних конечностей, у 4 – на коже туловища и верхних конечностей и у 2 пациентов – на коже головы, шеи, туловища и верхних конечностей.

У 6 больных метастатические очаги были единичными, у 14 – множественными (в количестве от 3 до 14). Размеры метастатических очагов варьировали от 0,3 до 2,0 см.

При проведении ФД и ФДТ использовался отечественный ФС второго поколения «Фотосенс». Препарат вводился больным однократно в дозе 0,5 мг/кг с разведением 0,9 % раствором NaCl – 1:4, посредством 30-минутной внутривенной инфузии. ФД у больных проводилась до введения Фотосенса, через 1 и 24 часа после его введения. В качестве источника излучения, возбуждающего флюоресценцию Фотосенса в биологических тканях, использовалось излучение He-Ne лазера (633 нм). Средняя мощность лазерного излучения составляла 2 мВт, плотность энергии локального лазерного облучения на поверхности тканей в процессе одного обследования – 1 Дж/см^2. Через 24 ч после введения ФС на диагностико-терапевтическом комплексе ДТК-3М с помощью «Камин-видео» (ЗАО Биоспек, Москва) производилось сканирование исследуемого участка кожи, что позволило выявить зоны флюоресцентного свечения, соответствующие очагам опухолевого поражения.

Результаты. Через 24 ч при проведении ФД у обследованных больных были выявлены клинически неопределяемые метастазы МК, которые составили 20 % от всех зарегистрированных. Коэффициент флюоресценции (КФ) над клинически определяемыми метастазами составил 125,2 отн. ед., а над клинически неопределяемыми – 105,7 отн. ед. Коэффициент диагностической контрастности (КДК), показывающий отношение КФ над метастазом к КФ над здоровым участком кожи составил у обследованных больных перед введением Фотосенса 1,05, через 1 ч после введения препарата он увеличился до 1,6, а через 24 ч – до 2,1.

ФДТ начинали проводить через 24 часа после введения Фотосенса. Плотность мощности лазерного излучения для клинически определяемых метастазов МК составляла 200–300 мВт/см^2, для клинически неопределяемых – 50 мВт/см^2. Световая доза одного сеанса облучения – 100 Дж/см^2. Количество проводимых сеансов варьировало от 3 до 10, время облучения на 1 поле составляло от 7 до 15 мин. Оценку эффективности проведённого лечения проводили на основании динамики изменения размеров опухоли (визуально и по данным цитологического исследования).

Через 1 мес. после проведения лечения у 4 больных зарегистрирован полный эффект, у 5 – частичный, у 9 пациентов отмечена стабилизация процесса, и у 2 больных – прогрессирование.

Через 2 мес. у 4 больных был подтверждён полный эффект (20 %), у 5 больных – частичный эффект (25%), у 8 – стабилизация процесса (40 %) и у 3 пациентов отмечено прогрессирование заболевания (15 %), характеризующееся появлением новых метастатических очагов.

Выводы. ФД с фотосесибилизатором «Фотосенс» является перспективным высокоинформативным методом диагностики внутрикожных метастазов МК, позволяющим определить границы опухолевого метастатического поражения, детектировать субклинические метастатические очаги, что характеризует её как оптическую биопсию. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности ФДТ и целесообразности её проведения при внутрикожных метастазах МК наряду с другими методами лечения.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПУТЕМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА БЕДРЕ

Н. Г. Емелина, В. Н. Маринчев

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность. Переломы проксимального отдела бедра (шейки и вертельной области) составляют около 30 % всех переломов у лиц пожилого возраста. Консолидация перелома при консервативном лечении наступает лишь у 20 % пациентов. В связи с этим основным и оптимальным является опера-

тивный метод лечения, при котором анестезиологическое пособие играет важную роль в результативности лечения.

При операциях у пожилых пациентов с переломами бедра часто используется спинальная анестезия (СА) и эпидуральная анестезия (ЭА) как в чистом виде, так и в сочетании с общей анестезией (ОА). СА и ЭА нередко ведут к развитию артериальной гипотонии. Операция может вызвать оксидативный стресс, который будет усугублять нарушения гемодинамики и способствовать развитию других осложнений.

Появление новых антиоксидантов-антигипоксантов создает новые возможности для профилактики и коррекции нарушений гемодинамики в периоперационном периоде, особенно, у пожилых пациентов с травмой.

Цель работы. Исследовать влияние различных средств для прединфузии (раствор Рингера, рефортан 10%, мафусол и кардиоксипин) на гемодинамику и состояние оксидантной системы до и после прединфузии у пожилых пациентов с переломом бедренной кости при различных методах анестезии.

Материал и методы. Обследовано 200 пациентов с переломом бедра, средний возраст пациентов 65,4±4,2, из них 102 женщины и 98 мужчин. Все пациентов имели сопутствующие заболевания (77,5 % из них – патология сердечно-сосудистой системы). ASA 2-3. Всем пациентам в течение 1–2 суток до операции проводилась общепринятая предоперационная подготовка, включающая инфузионную. Пациенты разделены на 6 групп: 1-я – без прединфузии непосредственно перед началом анестезии, 48 пациентов, 2-я – 30 пациентов, где в качестве прединфузии использовался раствор Рингера (6–8 мл/кг), 3-я – 30 пациентов с прединфузией рефортаном 10 % (6–8 мл/кг), 4-я – 30 пациентов с прединфузией мафусолом (6–8 мл/кг), 5-я – 30 пациентов с прединфузией кардиоксипином (2–3 мл/кг) и 6-я – 32 пациента с прединфузией кардиоксипином (2–3 мл/кг) в сочетании с мафусолом (6–8 мл/кг).

До и после прединфузии исследовалась гемодинамика и уровень малонового диальдегида, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ.

В докладе обсуждается изменения основных показателей гемодинамики и метаболизма в процессе операции с использованием СА, ЭА и комбинированного метода анестезии (севофлюран+каудальный блок), а также в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и обсуждение. До прединфузии (1-й этап) у всех пациентов имелись умеренные отклонения от возрастной нормы показателей гемодинамики, связанные с наличием травмы, боли, психологическим стрессом, снижением адаптационных возможностей системы кровообращения, кровопотерей (гематома в области перелома), ограничением подвижности, снижением потребления жидкости и еды накануне операции, а также сопутствующей патологией. Ср.АД было на 15,9 % ($p < 0,05$) выше возрастной нормы, тахикардия (на 17 %, $p < 0,03$, выше возрастной нормы), повышение ОПСС на 8 % ($p < 0,05$) и снижение основных показателей производительно-

сти сердца – СВ и УО на 17,5 % и 8,3 % от возрастной нормы ($p < 0,05$). Прединфузия, в большинстве случаев, не привела к значительным изменениям показателей гемодинамики (ср. АД, ЧСС, СВ, УО, ОПСС). Только в группе с прединфузией мафусолом и группе с прединфузией кардиоксипином с мафусолом ОПСС снизилось на 10 % ($p < 0,05$) и 8,4 % ($p < 0,04$), и сравнялось с возрастной нормой.

Во время основного этапа операции (4-й этап) значительные изменения были отмечены во всех подгруппах, характеризовавшихся переходом от нормодинамического типа к гиподинамическому типу гемодинамики, объясняющимся кровопотерей и максимальным развитием симпатической блокады при эпидуральной анестезии. У пациентов с прединфузией мафусолом изменения гемодинамики были менее выраженными, чем в других подгруппах: снижение ср.АД на 36,1 %, ЧСС на 20,5 %, СИ и СВ на 33,1 % и 32,1 %, УО и УИ на 32,7 % и 36,5 %, ОПСС на 22,5 % ($p < 0,05$).

В период восстановления наибольшей стабильностью отличались показатели гемодинамики в подгруппах пациентов, которым применялся кардиоксипин и его сочетание с мафуолом как на этапе анестезии, так и в послеоперационнов периоде.

До прединфузии уровень МДА составил 2,73±0,17 мкмоль/л, что в 2,7 раза выше нормы, это можно объяснить травмой и стрессом. После прединфузии кардиоксипином в сочетании с мафусолом концентрация МДА снизилась на 5,4–6,2 % ($p < 0,002$) и оставалась довольно высокой. Уровень Алт, Аст и ЩФ был в пределах нормальных значений, что согласуется и с клиническим состоянием пациентов.

Выводы. 1. Прединфузия является физиологичным и эффективным способом профилактики артериальной гипотонии и других гемодинамических нарушений в периоперационном периоде у пожилых пациентов с переломами бедренной кости.

2. Комбинированный метод анестезии на основе севофлюрана с каудальным блоком и спинальная анестезия, судя по показателям гемодинамики, является более безопасным методом обезболивания у пожилых пациентов по сравнению с эпидуральной анестезией.

3. Фармакологическое прекондиционирование кардиоксипином и его сочетание с мафусолом по нашим данным является наиболее эффективным методом профилактики интраоперационной гипотонии, профилактики и борьбы с процессами ПОЛ у анализируемой группы пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЫХ ОБЪЕМОВ ТЕТРАСПАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В. С. Еремин, С. А. Устинов

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом», г. Пенза

В настоящее время существует общепринятое мнение, которое отображено в клинических рекомендациях, что использование препаратов гидроксиэтитилкрахмала не имеет преимущества перед кристаллоидами и допустимо только при явных признаках гиповолемии, при кровотечениях, шоке и снижении АД. Но, как показывают многие исследования, при общей гипергидрации, преэкламсия часто сопровождается дефицитом ОЦК и гиперкоагуляционным состоянием гемостаза.

Ранее, мы поделились опытом применения малых доз Рефортана с молекулярной массой 200 000 дальтон (не более 3–5 мл/кг/сут) в комплексной терапии беременных с преэклампсией и получили регресс нефротических проявлений с пролонгацией беременности у 66,6 % женщин с тяжелой преэклампсией и у 75 % – с умеренно выраженной преэклампсией.

В последующем, при поступление более сбалансированного крахмала отдали предпочтение препарату Тетраспан. Подобное предпочтение было обусловлено более низкой молекулярной массой ГЭК (130 000 дальтон), что значительно уменьшает числом побочных эффектов. Кроме того, препарат отличается наличием электролитного состава близкого к плазменному, а также присутствием в нем ацетата и малата, что является важным моментом в профилактике гиперхлоремии и ацидоза.

В приведенной работе представлены результаты применения Тетраспана во время неосложненных массивной кровопотерей операций кесарева сечения у беременных с преэклампсией.

Материалы и методы. Были проанализированы 46 историй родильниц с преэклампсией разной степени тяжести, родоразрешенных путем операции кесарева сечения в период с 2011 по 2013 гг. Средний объем интраоперационной кровопотери составлял 600+100 мл.

Беременных разделили на три группы. Первую группу составили 14 женщин, у которых в инфузионную терапию (ИТ) были включены только кристаллоиды. Вторую группу составили 15 пациенток, у которых вовремя ИТ с преобладанием кристаллоидов использовался Рефортан в дозе – 4–5 мл/кг, в третью – 17 пациенток, которым вводился Тетраспан в той же дозировке.

Все три группы сопоставимы по основным параметрам. Тяжелых преэклампсий – не более 2–3 человек. Сроки гестации при родоразрешении колебались от 36 до 40 недель. Возраст от 19 до 37 лет (27,4 + 5,2). Структура анестезиологических пособий по группам так же не имеет достоверных различий

и включает в себя в среднем 34 + 3 % региональных анестезий, остальные – общая комбинированная анестезия с ИВЛ. Из общих анестетиков использовались гексенал, тиопентал натрия, промедол, фентанил, сибазон; из местных анестетиков – маркаин спинале, наропин в рекомендуемых дозировках. Мониторинг за состоянием пациенток осуществлялся согласно общепринятым стандартам.

Комплексная терапия во всех группах включала использование сернокислой магнезии 1–1,5 г/кг/ч, транексам 750–1000 мг. При необходимости, а это в более половины случаев в первой группе и трети в других группах, выполнялась стимуляция диуреза путем в/в капельной инфузии эуфиллина 120–240 мг. Общий объем вводимой жидкости, как правило, составлял 0,8–1,4 л. при ОА и 1,4–1,6 л. во время РА.

Степень статистической значимости определялись по максимум-критерию, критерию знаков. Критерию Вилкоксона и критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исходное АД в 1 группе 146 + 11,6 и 94 + + 5,3 мм. рт. ст., во 2 группе – 144 + 14,1 и 96 + 6,5 мм. рт. ст. в 3 группе – 145 + 13,2 и 95 + 5,8 мм. рт. ст. Соответственно, цифры по исходной гипертензии практически идентичны ($p > 0,05$).

В дальнейшем, по этапам операции, динамика показателей состояния АД, ЦГД, ЭКГ, пульса и сатурации во всех группах носила однонаправленные изменения, не имея статистически достоверных различий между группами.

Отличия наблюдались в зависимости от выбора анестезии. При региональной анестезии отмечено достоверное снижение АД на 14 + 5,6 мм. рт. ст. ($p > 0,05$) в период развития с наклонностью к компенсаторной тахикардии, которая отсутствовала при исходном приеме допегида. При ОА имелась тенденция к умеренному повышению гипертензии и тахикардии, особенно на фоне интубации трахеи. Эти изменения ожидаемы и соответствуют практическим и литературным данным.

В 1 группе общий объем интраоперационного введения жидкости составил 1497 + 65 мл, при диурезе – 32 + 6 мл/ч и кровопотере – 631+ 68 мл. Во 2 группе при общем объеме жидкостей – 1204+ 72 мл, диурез – 46 + 8 мл, кровопотеря – 639 + 63 мл. В третьей группе соответственно – 1056 + 80 мл, 57 + 6 мл и 632 + 67 мл. Как видно из перечня, достоверных отличий по объемам кровопотери во всех трех группах практически не наблюдается. Единственная достоверная разница ($p < 0,05$) наблюдается в объеме инфузии и в темпе диуреза между первой со второй и третьей группами, при более адекватном мочеотделении в последней.

Лабораторные показатели – мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ по группам достоверных различий не имели на протяжение всего переоперационного периода. Но есть некоторые нюансы по динамике значений гемоглобина и гематокрита.

Так, в первой группе снижение гемоглобина в первые 12 ч было несколько меньше (со 122 до 111 г/л) – на 8,9 %, чем во второй – со 119 до

105 г/л или на 11,8 % и третьей – со 109 до 98 г/л или на 9,9 %). Та же самая тенденция происходила с гематокритом. На начало вторых суток в первой группе происходило дальнейшее снижения Hb еще на 5,6 %, тогда как во 2 и 3 группах гемоглобин и гематокрит оставались практически без изменений, соответственно – 106 и 101 г/л. В отношении тромбоцитов, АЧТВ и других показателей гемостаза послеоперационные изменения между группами были однонаправленными ($p > 0,05$), не достигая критических цифр.

Следует отметить, что наименьшим гипокоагуляционным и дезагрегационным действием обладают препараты ГЭК с ММ = 130 000/0. Из семейства ГЭК они признаны наиболее безопасными в отношении поражения гемостаза и почек. Риск осложнений повышается при повторных дозах, с увеличением объема, концентрации и степени замещения, вследствие удлинения периода воздействия. Так как нами использовались малые объемы (250 мл) осложнений или побочных эффектов мы не наблюдали. Следует оговориться. Что по данным литературы большинство негативных результатов получено при инфузии более 500 мл. Хотя есть отдельные казуистические примеры развития ОПН после однократной инфузии ГЭК в объеме менее 500 мл, причем при отсутствии явных почечных факторов риска.

Вывод. Использование Тетраспана вполне оправдано во время операции кесарева сечения при наличии преэклампсии, если даже нет выраженной кровопотери. Малые объемы препарата позволяют добиться адекватного диуреза не увеличивая, а даже уменьшая количественную инфузионную поддержку за счет коррекции КОД, особенно при РА, интраоперационной кровопотери с исходной интерстициальной гипергидратацией, обусловленной гипопротеинемией с повышенной экстравазацией внутрисосудистой жидкости.

«ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ I И II СТАДИЙ

В. В. Ерохин, А. А. Стремоухов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Ежегодно в стране регистрируется до полумиллиона случаев острых нарушений мозгового кровообращения. Около трети больных погибают в первые месяцы заболевания, а инвалидизация после перенесенного мозгового инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В этих условиях возрастает роль профилактики сосудистых заболеваний головного мозга. Основная роль отводится врачам первичного звена здравоохранения, призванным выявлять начальные проявления цереброваскулярной патологии, предотвращать прогрессирование болезни, снижать риск развития

возможных осложнений. Эта работа должна проводиться в тесном взаимодействии с пациентом, заинтересованным в своем здоровье, информированным о характере и причинах имеющихся у него расстройств, знающим способы контроля заболевания и умеющим самостоятельно применять их в повседневной жизни. Однако на практике это не всегда так.

Анкетирование 752 пациентов с симптомами и клинической картиной начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий выявило многочисленные жалобы на головную боль, головокружение, нарушение сна, снижение памяти, утомляемость, слабость, шаткость при ходьбе, раздражительность, снижение внимания, тремор в конечностях. У 72 % пациентов длительность этих расстройств составляла многие годы, при этом 62 % пациентов не знали, каким заболеванием страдают. Вместе с тем, 82 % пациентов проявляли определенную познавательную активность, однако врач, как основной источник необходимой и достоверной информации, упоминался ими лишь в 11 % случаев. Это привело к тому, что 61 % пациентов не проводили регулярного лечения, а 73 % не знали о возможных осложнениях, не владели навыками самоконтроля, демонстрировали низкую физическую активность и отсутствие приверженности здоровому образу жизни. Все это диктует необходимость настойчивого обучения и санитарного просвещения пациентов.

Наш опыт показывает, что эффективность такой работы кратно возрастает, если она проводятся в специализированных «Школах здоровья», где пациенту предоставляется необходимая информация о диагнозе заболевания; лекарственных препаратах; методах профилактики; признаках ухудшения состояния и действиях, которые при этом необходимо предпринять; способах контроля состояния; о том, где и когда можно получить необходимую медицинскую помощь.

Нами была разработана и проведена «Школа здоровья» для пациентов с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий. Организационно-тематическая структура занятий была следующей: первый раздел – занятия, проводимые с малыми (3–5 человек) группами пациентов с целью выработки «информационной» мотивации, расширения знаний пациентов о заболевании, его определении, классификации, причинах, лежащих в основе возникновения болезни и возможных осложнениях; второй раздел – индивидуальные занятия с каждым пациентом, включающие интерпретацию и объяснение данных проведенного лабораторного и инструментального обследования с обсуждением подходов к лечению, выбором лекарственного препарата, разъяснением необходимости регулярного и длительного его приема; третий раздел – занятия в малых группах пациентов, посвященные выработке приверженности к лечению, необходимости самоконтроля и профилактики заболевания с аргументацией необходимости отказа от курения, ограничения потребления алкоголя, обсуждением диетических аспектов, режима двигательных нагрузок,

водных процедур, основ психогигиены, самомассажа и дыхательной гимнастики. Продолжительность каждого занятия – не более одного-двух академических часов. Каждый раздел образовательной программы обеспечивался учебной (для пациентов) и методической (для врачей) литературой, тематическими рисунками, фотографиями, схемами, санитарно-просветительскими плакатами. На занятиях использовались тематические видео- и слайд-лекции. Небольшая продолжительность занятий, адекватное организационно-методическое обеспечение, малочисленность учебных групп и индивидуализация обучения повышало эффективность работы «Школы здоровья», не утомляло пациентов и не формировало у них негативного отношения к образовательной программе в целом.

Обучение в «Школе здоровья» пациентов с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий и последующее наблюдение за ними в течение 18 месяцев продемонстрировало достоверный регресс жалоб и значительное улучшение самочувствия. При этом приверженность пациентов к медикаментозной терапии и проведению водных процедур составила 100 %. Более 70 % пациентов изменили рацион питания, расширили двигательный режим, многие начали пользоваться методами психогигиены и дыхательной гимнастики. Отмечено значительное снижение использования ресурсов здравоохранения и затрат на лекарственное обеспечение.

Результаты работы в целом свидетельствуют о клинической и экономической эффективности «Школы здоровья» для пациентов с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий и позволяют рекомендовать ее проведение в условиях широкой амбулаторно-поликлинической практики.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А. А. Железова, Н. А. Андреева

ГБУЗ ПО «Пензенский областной медицинский информационно-аналитичечкий центр», г. Пенза

Вопросы охраны здоровья матери и ребенка являются приоритетными в развитии системы здравоохранения Российской Федерации и Пензенской области в том числе. Показатели младенческой и материнской смертности в нашем регионе стабильно ниже среднероссийского уровня. В области не превышен индикативный показатель младенческой смертности, установленный Указом Президента РФ № 598 от 7 декабря 2012 г. – 5,6 при индикативе 7,5 на 1000 родившихся живыми. Пензенская область по данному показателю занимает 30 место в рейтинге из 85 регионов Российской Федерации.

В 2016 г. в области родилось 13 705 детей, что на 768 детей меньше, чем в 2015 г. и на 961 – в 2014 г. Имеющаяся тенденция к снижению рождаемости связана не только с уменьшением числа женщин репродуктивного возраста, но и с «качеством» их здоровья. За последние три года у женщин Пензенской области во время беременности, родов и послеродового периода регистрируется ряд патологических состояний, свидетельствующих о нарушении у них физиологического репродуктивного процесса, что затрудняет вынашивание и развитие плода.

Об ухудшении здоровья беременных женщин свидетельствует рост самопроизвольного прерывания беременности с 29 % в 2014 г. до 33 % в 2016 г. и увеличение в 2 раза частоты сверхранних преждевременных родов (в сроке 22–28 недель) с 0,22 до 0,46 %.

Отмечается тенденция к росту экстрагенитальных заболеваний. За последние 3 года, доля беременных женщин, страдающих сахарным диабетом, выросла почти в 3 раза – с 0,7 % до 2,2 % (РФ – 2,15 %), болезнями системы кровообращения – с 11,6 % до 12,3 % (РФ – 8,3 %), анемиями – с 32,5 % до 34,2 % (РФ – 32,6 %).

В 2016 г. увеличилось число рожениц с такими осложнениями родов, как преждевременная отслойка плаценты, послеродовое кровотечение, патология плаценты, что можно расценить как снижение защитных сил организма.

Все выше перечисленное привело к снижению доли нормальных родов с 35,5 % в 2014 г. до 32,5 % в 2015 г., ниже, чем по РФ – 38,4 %.

Данные о состоянии здоровья беременных, рожениц и родильниц за последние три года свидетельствуют о нарастании у них патологических проявлений и снижении защитных сил организма, что отражается на состоянии здоровья рожденных детей.

Исключить большую часть врожденной и наследственной патологии плода на этапе внутриутробного развития позволяет пренатальная (дородовая) диагностика, включающая в себя медико-генетическое консультирование, ультразвуковое исследование, исследование биохимических сывороточных маркеров врожденной патологии и инвазивные методы обследования.

В 2016 г. скрининговое ультразвуковое исследование плода проведено 96 % женщин (РФ – 97 %), при этом выявлено 175 врожденных пороков развития плода – 1,5 % (РФ – 1,3 %). Выросла доля женщин, которым проведено трехкратное УЗИ – с 83 % в 2014 г. до 85 % в 2016 г. Комплексная пренатальная диагностика нарушений развития плода (УЗИ+биохимический скрининг) проведена 92 % женщинам в 2016 г., что на 3,3 % больше, чем в 2014 г.

Медицинскую помощь женщинам в родах в 2016 г. оказывали 7 медицинских организаций, в которых развернуто 285 коек для беременных и рожениц. В 2 медицинских организациях области (ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им Н. Ф. Филатова» и «Кузнецкая межрайонная детская больница» имеется второй этап выхаживания недоношенных и больных новорожденных.

С целью совершенствования акушерско-гинекологической службы в Пензенской области организована и работает трехуровневая система оказания помощи, выстроена маршрутизация беременных, определен порядок госпитализации беременных с угрожающими и начавшимися преждевременными родами, централизована пренатальная диагностика, в круглосуточном режиме работает дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами скорой медицинской помощи на базе перинатального центра в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им Н. Ф. Филатова».

БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

В. С. Животощук, О. К. Командирова, Ю. П. Матонин

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Избыточный вес и артериальная гипертония являются патогенетически связанными звеньями, нарушающими функцию сердечно-сосудистой системы всего организма. В России избыточный вес имеет около 60 % населения, часть из которого страдает от ожирения.

Гипертоническая болезнь (ГБ) у лиц с избыточной массой тела встречается в 6 раз чаще, чем у лиц с нормальным весом и характеризуется повышенным темпом развития и, как правило, потенциально неблагоприятным исходом заболевания. Вместе с тем, снижение веса тела всего на 4–6 кг в начальных стадиях ГБ без добавочной фармакологии, позволяет снизить показатели систолического артериального давления (САД) на 9,1 мм рт. ст. (Оганов Р.Г. и др., 2003 г.)

Методы рефлексотерапии в начальной стадии ГБ позволяют, не используя фармакотерапию, в течение 20–30 дней снизить вес у больных с избыточным весом на 4,5–7 кг, существенно не влияя на основные функции организма.

Нами проведено лечение методом комплексной рефлексотерапии 45 больных ГБ с избыточной массой тела (26 женщин, 19 мужчин) в возрасте от 21 до 46 лет со стажем заболевания от 3 до 7 лет.

Обследование больных проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое исследование, антропометрическое обследования больных (с определением индекса массы тела), специальное анкетирование по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (РКНПК, 2000), ежедневный трехкратный мониторинг артериального давления (АД). С целью оценки абдоминального ожирения рассчитывался индекс талия/бедро. Для дифференцированного лечения методом акупунктурной рефлексотерапии у всех больных исследовалось исходное со-

стояние основных классических меридианов по методу Накатани на компьютерном комплексе ДИАКОМС-7. Именно этот вид исследования позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике корпоральных меридианов, регулирующих функции основных жизненно важных систем организма, которые ранее всего реагируют на повышение АД, подчас задолго до клинической манифестации самого заболевания.

Нами использовалась корпоральная рефлексотерапия в сочетании с аурикулярной. Корпоральная рефлексотерапия использовалась с целью воздействия на меридианы с наибольшим коэффициентом отклонения в системе Риодораку. Это позволяло существенно смягчить симптомы вегетативной дисфункции висцеральных органов, снизить чувство голода, общего дискомфорта, снизить степень кишечной перистальтики и тягу к еде и др. симптомов. Подключение аурикулярной рефлексотерапии в сеансах лечения, а затем и пролонгированной аурикулярной микрорефлексотерапии имело своей целью изменить индивидуальные привязанности к пищевому режиму больных, уменьшить потребность в количестве принимаемой пищи и тягу к сладкому, жирному, привычке много пить подслащенных напитков.

По предложенной нами методике у больных ГБ, с помощью функциональных проб определялось доминантное полушарие. Так как установлено, что рефлексотерапия на ушной раковине недоминантного полушария позволяет значительно быстрее получить клинический результат закрепления рекомендованного врачом изменения пищевого поведения и режима питания. На ушной раковине производился инструментальный дифференцированный отбор 2–3 биологически активных точек (БАТ) с наиболее низким импедансом для сеанса акупунктуры из числа наиболее часто используемых для лечения ГБ и основных симптомов проявления заболевания. Все аурикулярные БАТ для акупунктуры были разделены нами на три группы: БАТ для снижения АД, БАТ для лечения ожирения и симптоматические БАТ. На ушной раковине БАТ включались в рецепт акупунктуры не произвольно (по шаблону), а после дифференцированного элекрометрического исследования. Так как, по нашим наблюдениям, акупунктурные БАТ с наименьшим импедансом значительно активнее откликаются на микроакупунктуру в режиме пролонгированного воздействия.

Проведенное исследование показало, что уже к концу первой недели лечения у абсолютного большинства больных ГБ было отмечено снижение уровня САД в среднем на 15–20 мм рт. ст. В течение второй недели темп снижения показателей САД оказался значительно меньшим и составил только 5–7 мм рт. ст. В течение третьей недели – лишь у 15 % больных отмечалось снижение САД на 10–15 мм рт. ст. Динамика снижения показателей диастолического артериального давления (ДАД) у больных ГБ была более ригидной. Снижение ДАД на 3–6 мм рт. ст. отмечалось только со второй половины второй недели лечения и отмечалась у 76 % больных ГБ. У 24 % больных ДАД оставалось без изменений в течение всего курса лечения.

Обращает на себя внимание тот факт, что снижение веса с помощью комбинированного акупунктурного воздействия на БАТ корпоральных меридианов и ушной раковины по нашей методике, у больных ГБ за 2 недели лечения обычно не превышало, в среднем, 10–12 % от исходного уровня. Мы считаем, что такой темп снижения веса у больных ГБ является наиболее оптимальным, так как наиболее легко переносится больными, не вызывает выраженного висцерального дискомфорта и хорошо стабилизирует на целевом уровне АД в процессе лечения и после него. Окончательная оценка результатов лечения проводилась нами в конце 1 месяца, через 3 месяца и спустя 6 месяцев после проведения 3-х курсов комплексной рефлексотерапии.

Проведенное исследование показало, что дифференцированный выбор биологически активных точек для проведения курса рефлексотерапии с целью снижения АД или его нормализации, позволяет уже в течение 1,5–2 недели добиться его снижения в среднем на 12 % от исходного уровня у абсолютного большинства больных ГБ с избыточным весом. При этом больные ГБ достаточно легко переносят ограничения в приеме пищи, соблюдение низкокалорийной диеты и изменение режима питания.

На фоне проведенного лечения, у всех больных в целом улучшилось психоэмоциональное состояние, общее самочувствие, уменьшилась тревожность, повысилась работоспособность, улучшились сон и адаптация к внешним раздражителям. Уменьшились или ушли основные клинические проявления заболевания: головная боль, головокружение, приходящие расстройства зрения и слуха, уменьшились приступы кардиалгий, аритмий, одышки при физической нагрузки, если они имели место до начала лечения.

Комплексная рефлексотерапия больных ГБ с избыточным весом по нашей методике позволяет более удачно адаптировать больных ГБ к изменению режима дня и режима питания, способствует более быстрому закреплению достигнутых показателей снижения АД и их безмедикаментозной стабилизации на целевом уровне.

МЕДИЦИНСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Н. И. Жигалова, К. А. Саркисов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Медицинская и профессиональная реабилитация больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) имеет огромное значение в снижении заболеваемости, восстановлении и сохранении трудоспособности, профилактики инвалидности.

ХОБЛ обуславливает развитие эмфиземы легких, гипертензию малого круга кровообращения, легочное сердце, лечение которого на этапе деком-

пенсации бесперспективно. Кроме того, обструкция бронхов нарушает бронхиальный дренаж, что может приводить к возникновению мелких ателектазов и пневмоний.

При оценке трудоспособности и ограничении жизнедеятельности больных ХОБЛ основное значение следует придавать этиологии заболевания, тяжести течения, частоте и длительности обострений заболевания, выраженности обструкции, эмфиземы, пневмосклероза и других морфологических изменений в легких, профессии больного и условиям труда.

Тяжесть течения заболевания, выраженность функциональных нарушений и морфологических изменений дыхательной и сердечной – сосудистой систем определяет неблагоприятный клинический и трудовой прогноз и ведут к стойким нарушениям функций организма (незначительным, умеренно выраженным, выраженным и значительно выраженным), ограничению жизнедеятельности и установлению инвалидности.

На сроки временной нетрудоспособности будут влиять клинические проявления и особенности течения заболевания (тяжесть и частота обострений) степень недостаточности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, выраженность обструктивных нарушений, осложнений, сопутствующие заболевания, своевременность обращения к врачу, сроки госпитализации, эффективность лечения, возраст и профессия больного.

Критерием выписки больных на работу является улучшение функционального состояния бронхо – лёгочной и сердечно-сосудистой систем и показателей обострения воспалительного процесса, в том числе лабораторных, биохимических, а также рентгенологической картины (при присоединившейся острой пневмонии). Разрабатываются индивидуальные программы реабилитации больных и инвалидов в которых учитываются мероприятия медицинской, социально-трудовой реабилитации и организационно-методической работы с ними, в том числе обучение методам самоконтроля, пикфлоуметрия.

Больные, в работе которых имеются факторы, отрицательно влияющие на состояние их здоровья – неблагоприятные метеоусловия, контакт с токсичными, раздражающими дыхательные пути веществами, аллергенами, пылью органической и неорганической природы, частые разъезды, командировки и др. В целях профилактики рецидива обострений ХОБЛ, осложнений, должны быть трудоустроены по заключению врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения на различные сроки (1–2 месяца и более), а в некоторых случаях – направлены на медико-социальную экспертизу.

Продление листка нетрудоспособности зависит от клинических форм ХОБЛ, в том числе и бронхита (катаральный, гнойный), характера течения (редко рецидивирующее, часто рецидивирующее, непрерывно рецидивирующее), выраженности обструктивных нарушений, степени функциональных расстройств со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, лёгочно-сердечной недостаточности, наличия осложнений, и сопутствующих заболеваний, а также возраста, характера работы и условий труда. Как правило,

с нарастанием морфологических изменений (выраженный пневмосклероз, эмфизема лёгких и др.) усиливаются и функциональные нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

При направлении на медико-социальную экспертизу учитывается ограничение жизнедеятельности (умеренное, выраженное или резко выраженное) связанное, прежде всего с нарушением функций дыхательной ($ДН_I$, $ДН_{II}$, $ДН_{III}$) и сердечно-сосудистой систем (лёгочно-сердечной недостаточности I, IIА, IIБ, III стадии), а также профессиональный анамнез больного.

Следовательно, для правильной оценки тяжести течения ХОБЛ, сроков временной нетрудоспособности, клинического и трудового прогноза, проведения эффективной медицинской и социальной реабилитации необходимо своевременное комплексное обследование больных с определением состояния бронхиальной проходимости, степени функциональных нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой систем, лёгочно-сердечной недостаточности, осложнений, сопутствующих заболеваний, характера работы и условий труда.

Таким образом, своевременное комплексное обследование больных ХОБЛ, правильная диагностика, оптимальное стационарное, поликлиническое, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение, рациональное трудовое устройство больных по заключению врачебной комиссии и своевременное определение группы инвалидности позволит эффективнее проводить медицинскую и социальную реабилитацию и будет способствовать значительной экономической выгоде в стране.

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Е. Б. Жувикова, Е. В. Агафонова, Л. Н. Саксонова

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Актуальность. Узловые образования щитовидной железы при пальпации выявляются примерно в 5 % случаев, а при ультразвуковом исследовании в 10 раз чаще. Среди разнообразия методов диагностики, используемых при обследовании пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы, тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем ультразвука с последующим цитологическим исследованием полученного материала (ТАБ) является одним из наиболее важных, если не самым важным. Важность метода обусловлена тем, что он позволяет провести скрининговое обследование большого числа пациентов без госпитализации в стационар.

Данный метод вошел в практику в середине 1970 г. прошлого века. В настоящее время ТАБ входит в стандарт обследования пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.

Тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем ультразвука позволяет ответить на наиболее важный вопрос встающий перед врачом на этапе диагностики – является ли узел злокачественным или нет. Без этого невозможно дальнейшее качественное ведение пациента с узловым образованием в щитовидной железе. Именно результат ТАБ, в большей степени, определяет тактику ведения больного – оперировать в условиях ООД, оперировать в хирургических стационарах, использовать малоинвазивные методы лечения, наблюдать.

Материалы и методы. В городской клинической больнице № 6 имени Г. А. Захарьина тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем ультразвука проводиться с 2011, в систему Государственного задания ТАБ введен с 2016 г. Было выделено 120 квот. В нашем стационаре данная процедура выполняется на аппарате «Flexfocus 400 tun1202». За 2016 г. ТАБ выполнена120 пациентам.

Результаты. По результатам цитологического исследования у 12 пациентов были выявлены группы клеток с морфологической принадлежностью к раку, что составило 10 % от общего числа исследований. Данным пациентам было рекомендовано оперативное лечение в условиях ООД. Фолликулярная неаплазия была выявлена в 19 случаях – 15,8 %. Эта группа пациентов была направлена на оперативное лечение в хирургические стационары. В двух исследованиях (1,7 %) цитологическая картина соответствовала зобу Хашимото – эти пациенты были направлены на лечение радиоактивным 131 йодом. 87 (72,5 %) пациентов без атипии клеточного материала вернулись под наблюдение эндокринологов в поликлинику по месту жительства, либо оперированы по хирургическим показаниям.

В 2017 г. системой Государственного задания выделено 250 квот для проведения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии образований щитовидной железы под контролем ультразвука. Результаты выявляемости в текущем году ожидаем аналогичные 2016 г.

Выводы. Увеличение количества выполняемых ТАБ позволит своевременно определить морфологическую структуру узловых образований и применить комплексное специализированное лечение к данной группе пациентов.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИОЦИТОГРАММЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А. Н. Захватов, Н. А. Аткина

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

Введение. Формирование посттравматических изменений суставов происходит вследствие активации воспаления, характеризующегося миграцией иммунокомпетентных клеток в полость сустава и продуцирующих медиаторы воспаления, оказывающих деструктивное действие.

Цель: изучение влияния комбинированного перорального применения нимесулида и внутрисуставного введения этоксидола на цитологический состав синовии при экспериментальном посттравматическом артрите.

Материалы и методы. Животные были разделены на 4 серии. Первую серию составили интактные животные в количестве 15 крыс. В контрольной (30 животных) и опытных сериях под комбинированной анестезией (золетил - 100 в дозе 0,05 мг/кг и ксилазина гидрохлорид в дозе 1 мг/кг внутримышечно) моделировали повреждение коленного сустава механическим путём в модификации Г. М. Дубровина. Во II контрольной серии лечение не проводилось. Животным III серии (30 крыс) проводился курс лечения нимесулидом через зонд в среднетерапевтической дозе 2 мг/кг ежедневно в течение 10 дней. На животных IV серии (30 крыс) изучалась эффективность комбинированного перорального введения нимесулида в дозе 2 мг/кг и внутрисуставной терапии этоксидолом в дозе 5 мг/кг через по вышеуказанной схеме. Для изучения клеточного состава синовиальной жидкости после выделения сустава к поверхности синовиальной оболочки или суставного хряща, покрытой слоем синовии, прикладывали обезжиренное покровное стекло, на которое переносили каплю жидкости, распределяя тонким слоем. Полученный материал фиксировали и окрашивали по способу Романовского-Гимзе. Животных выводили из эксперимента на 28 сутки наблюдения.

Результаты: при визуальной оценке у крыс контрольной серии синовиальная жидкость приобретала мутный цвет. При микроскопии в мазках отмечалось уменьшение доли нейтрофилов. Наблюдалось преобладание тканевых клеточных элементов над клетками гематогенного происхождения. Из синовиоцитов преобладали типа Б, имеющие вытянутую форму и напоминающие фибробласты. Макрофагоподобные клетки в большинстве случаев были с резко вакуолизированой цитоплазмой и пикнотично измененными ядрами, что свидетельствовало о высокой степени их дегенерации. Возрастало количество недифференцированных клеточных элементов.

У животных, получавших пероральную нестероидную противовоспалительную терапию, при цитологическом исследовании синовиальной жидкости к концу эксперимента наблюдалось значительное снижение процентного соотношения клеток гематогенного происхождения в сравнении с синовиоцитограммой контрольной серии. Это свидетельствует о способности нимесулида ингибировать циклооксигеназу и подавлять хемотаксис нейтрофилов в очаге воспаления. Однако существенных различий в отношении тканевых клеточных элементов в сравнении с контрольной серией не выявлено.

При комбинированном применении нимесулида и внутрисуставного введения этоксидола показатели синовиоцитограммы максимально приближались к соответствующим значениям интактных животных (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей синовиоцитограммы при травматическом повреждении коленного сустава в эксперименте (M±m)

Показатель	Интактные животные (n = 15)	Контрольная серия (n = 30)	НПВС (n = 30)	НПВС + + в/с этоксидол (n = 30)
Нейтрофилы	6,19±0,33	28,33±0,98 p<0,001	14,32±0,73 p<0,001 p_1<0,001	8,57±0,51 p>0,05 p_1<0,001 p_2<0,001
Лимфоциты	68,44±1,08	18,17±1,13 p<0,001	38,19±0,93 p<0,001 p_1<0,001	62,73±1,89 p>0,05 p_1<0,001 p_2<0,001
Моноциты	4,25±0,23	2,80±0,26 p<0,001	2,95±0,31 p<0,001 p_1>0,05	3,52±0,19 p<0,05 p_1<0,05 p_2<0,05
Макрофаги	6,80±0,41	20,33±1,08 p<0,0	17,76±0,71 p<0,001 p_1>0,05	7,88±0,53 p>0,05 p_1<0,001 p_2<0,001
Синовиоциты	11,19±0,58	24,96±0,61 p<0,001	23,23±0,63 p<0,001 p_1>0,05	12,61±0,54 p>0,05 p_1<0,001 p_2<0,001
Недифференцированные клетки	2,38±0,18	5,42±0,39 p<0,001	3,55±0,39 p<0,05 p_1<0,01	2,02±0,14 p>0,05 p_1<0,001 p_2<0,01

П р и м е ч а н и е. p – достоверность к данным интактных животных; p_1 – достоверность к данным контрольной серии; p_2 – достоверность к данным при введении нимесулида.

Вывод. Таким образом, пероральное введение нимесулида в сочетании с внутрисуставным введением этоксидола к концу эксперимента способствовало уменьшению выраженности воспалительных и деструктивных процессов в повреждённом суставе, проявляющихся нормализацией цитологического состава синовиальной жидкости, доказывая, тем самым, целесообразность сочетанного применения данных препаратов.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ УСЛУГИ КЛИНИНГА В РАБОТЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Д. Ю. Зиновьев, Ю. А. Атмашкина, М. В. Никитина

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Аутсорсинг является одним из рычагов стратегического менеджмента, который обладает рядом преимуществ. Во-первых, он позволяет сконцентрировать внимание организатора здравоохранения (главный врач, директор клиники и пр.) непосредственно на профильных функциях, не отвлекаясь на второстепенные. Фирмы, специализирующиеся на предоставлении услуг аутсорсинга, как правило, имеют достаточно большой практический опыт в этой сфере, а предметная специализация обеспечивает высококвалифицированное и качественное выполнение функций, передаваемых заказчиком в ведение аутсорсера. Как следствие, повышается качество деятельности учреждения. Кроме того, аутсорсинг обладает рядом иных преимуществ:

1) позволяет снизить расходы на приобретение расходных материалов, моющих средств;

2) уменьшаются затраты на организацию рабочих мест, охрану труда работников, выплату им заработной платы, уплату налогов и обязательных платежей;

3) снижаются расходы на аттестацию персонала;

4) повышается гибкость деятельности самого учреждения.

После произошедших в июле 2016 г. изменений, связанных с разделением должностных функций в медицинском учреждении санитарок и уборщиков служебных помещений, возникла идея в проведении пилотного проекта по передаче на аутсорсинг клининговой компании обязанностей по уборке помещений в одном из стационарных отделений учреждения.

Экономическая целесообразность проведения вышеуказанного проекта была обоснована следующими показателями:

– затраты на содержание персонала и покупку расходного материала учреждения составляют 91 683,90 руб. в месяц.

– стоимость клининговых услуг составляет 86 365,90 руб. в месяц.

– годовая сумма экономии средств по одному структурному подразделению в результате введения клининговых услуг составляет 63 816 руб.

Анализ работы клининговой компании в одном из подразделений медицинского учреждения с сентября 2016 г. показал, что:

– обращение в компанию, предоставляющую услуги по уборке, позволило концентрироваться на профильных функциях, не отвлекаясь на второстепенные;

– уборкой занимаются высококвалифицированные работники, специально прошедшие обучение, в чистой и аккуратной униформе, что придает медицинской организации эстетически более приятный вид;

– наличие специальной техники является гарантией чистоты и качества уборки;

– получены многочисленные положительные отзывы как сотрудников подразделения, так и пациентов по качеству уборки помещений.

Вывод. Администрация ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина» получив положительные результаты от введения пилотного проекта определяет целесообразность увеличения объема предоставляемой услуги с последующим введением клининга во всех структурных подразделениях учреждения. В дальнейшем это позволит оптимизировать фонд оплаты труда учреждения, а сэкономленные средства направить на иные нужды.

СТРУКТУРА ИНФАРКТА МИОКАРДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1

Д. Ю. Зиновьев, Л. А. Бондаренко, Т. П. Кострикова, Ю. В. Паршина, Н. А. Тимофеева

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Инфаркт миокарда является основной нозологической формой для пациентов первичного сосудистого отделения (ПСО № 1).

Цель работы: изучить структуру инфаркта миокарда (ИМ) по возрасту, полу, нозологическим формам, показателю летальности по результатам работы ПСО1 г. Пенза за период 2016 г.

Материал и метод. Изучена медицинская документация 920 пациентов с инфарктом миокарда, последовательно поступивших в клинику за период 2016 г. У 205 больных диагностирована элевация сегмента ST на ЭКГ, остальные 715 – без элевации сегмента ST. За время госпитализации все больные проходили стандартные лабораторные и инструментальные обследования, включающие клинические и биохимические анализы крови, ЭКГ, эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки и др. Маркеры некроза миокарда, показатели красной крови, уровень креатинина исследовали в динамике.

Результаты. Госпитализация больных ИМ осуществлялась по экстренным показаниям бригадами скорой медицинской помощи. В структуре госпитализируемых больных ИМ преобладали пациенты нетрудоспособного возраста, в основной массе не работающие, трудоспособных пациентов всего 16 %. По полу изучаемая группа была равноценна – 494 мужчины и 426 женщины. Средний возраст составил 69±10 лет. Треть пациентов были старше 75 лет (34 %).

Доминировали жители города Пенза – 43 %, мкр. Арбеково – 24 %, из районов области – 32 %, иногородние – 1 %. Своевременная госпитализация в стационар (в течение 1-х суток развития симптомов) была отмечена только у 40 % поступивших.

Острый коронарный синдром (ОКС) был диагностирован у 87 % поступивших пациентов, ИМ – у 29 % от всех нозологических форм.

В структуре инфаркта миокарда преобладал первичный ИМ, который составил 61 %, с зубцом Q – 296, без зубца Q – 263. Повторный ИМ выявлен у 364 пациентов (39 %). Наиболее часто ИМ сопутствовала артериальная гипертония - у 76 %, сахарный диабет – у 20 % пациентов.

С элевацией сегмента ST поступило всего 205 пациентов, что обусловлено действующей маршрутизацией пациентов с ОКС. Из них в первые 12 ч поступила лишь треть. Данная категория пациентов подлежала переводу в РСЦ для первичной ЧТКА. Тромболизис был проведен у 27 человек (40 % от числа ИМпсST), госпитальный у 21, догоспитальный у 6 пациентов.

Все пациенты получали медикаментозную терапию согласно стандарту ОКС. Статины, клопидогрель, гепарины, включая низкомолекулярные, получали 100 % пациентов, бета-блокаторы – 92 %, аспирин – 91 %, иАПФ/АРА – 84 %, нитраты – 75 %, локаторы протонной помпы – 86 %, антагонисты кальция – 43 %, тромболизис – 3 %.

В структуре летальности ИМ наиболее распространенная нозологическая форма (56 %). Преобладали лица преклонного возраста (старше 75 лет – 40 %), страдающие артериальной гипертонией в 70 % и сахарным диабетом в 11 % случаев. Каждый второй ИМ был повторный, что усугубляло неблагоприятный прогноз.

В первые сутки поступления в стационар умерло 23 человека (24 %). В 2/3 случаев ИМ был первичный. Факторами риска ранней смерти пациентов являлись: позднее поступление в стационар, кардиогенный шок, отек легких. Следует отметить, что данные пациенты были доставлены бригадами СМП в крайне тяжелом (агональном) состоянии, нередко после клинической смерти на догоспитальном этапе, с нестабильной гемодинамикой, смерть их наступила в первые часы и минуты поступления в стационар.

Наиболее частой причиной смерти пациентов с ИМ являлась острая сердечная недостаточность (кардиогенный шок, отек легких) в 78 % случаев, разрыв миокарда с развитием гемотампонады перикарда в 18 %, реже ТЭЛА. Летальность от инфаркта миокарда в ПСО № 1 составила 9,6 %; летальность от первичного ИМ – 7 %, от повторного ИМ – 12 %, что существенно ниже указанных показателей предыдущих лет.

Для проведения коронарографии и ЧТКА с имплантацией стентов переведено в ФЦССХ – 305 пациентов, в РСЦ – 65, что значительно больше, чем в предыдущие годы. Программой «Вторичная профилактика ИБС» в 2016 охвачено 782 пациента с ИМ, всего с августа 2014 г. – 2471 человек.

Таким образом, структура ИМ представлена в 61 % первичным и в 39 % повторным ИМ преимущественно без подъема сегмента ST ЭКГ, с преобладанием жителей города Пензы старше 75 лет, наиболее часто в сочетании с артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа.

В числе умерших каждый второй ИМ был повторным. Непосредственной причиной смерти в большинстве случаев был кардиогенный шок, отек легких. Госпитальная летальность от ИМ в 2016 г. снизилась с 12,62 % до 10,45 %, летальность по ПСО № 1 уменьшилась с 10,7 до 9,6 % что, обусловлено соблюдением стандартов лечения, взаимодействием с ФЦССХ и РСЦ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко а также действующей с 2014 г. программой «Вторичная профилактика ИБС».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И УРОВНЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ «СИСТЕМА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА «МИКРОБ-2»

Д. Ю. Зиновьев, Ю. Е. Смолькова, Н. А. Тимофеева

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

В системе мер профилактики и борьбы с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в многопрофильном стационаре, ключевое значение приобретает проведение комплексного микробиологического мониторинга в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), включающего выявление основных внутрибольничных патогенов, определение уровня их антибиотикорезистентности и тенденций распространения среди пациентов.

С целью оптимизации микробиологических исследований в работе бактериологической лаборатории ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина успешно применяются автоматизированные методы, реализованные на базе фотометра «MultiscanFC» с программным обеспечением «Микроб-Автомат» и «Микроб-2». Идентификация микроорганизмов (более 500 видов) в программе «Микроб-Автомат» позволяет одновременно осуществить постановку до 24 различных ферментативных реакций в течение 4–48 ч от момента выделения чистой культуры. Чувствительность микроорганизмов к антимикробным препаратам (АМП) определяется методом серийных разведений в жидкой питательной среде. Интерпретация полученных значений минимальных подавляющих концентраций (МПК) проводится согласно европейскому стандарту EUCAST с экспертной оценкой, исключающей возможность выдачи ложного результата.

В период 01.01.2016–31.12.2016 г. проведен микробиологический анализ 405 образцов клинического материала из ОРИТ: мокрота – 184(45,4 %), слизистая трахеи – 118(29,1 %), раневое отделяемое – 59(14,6 %), спинномозговая жидкость – 34(8,4 %), содержимое брюшной полости – 5(1,2 %), содержимое дренажей – 4(0,9 %), содержимое абсцесса – 1(0,2 %). Количество положительных высевов – 362 (89,4 %). В результате, было выделено 595 мик-

роорганизмов, из которых 185 (31,0 % – в монокультуре, 176 (29,6 %) – в ассоциациях: 2-двухкомпонентный – 129 (73,3 %), 3-трёхкомпонентный – 39 (22,2 %), 4-х компонентных – 8 (4,5 %). У пациентов ОРИТ преобладали грамотрицательные бактерии – 374 (62,9 %), среди которых 126 (33,7 %) – представители семейства *Enterobacteriaceae* и 248 (66,3 %) – группы неферментирующих бактерий. Определили микробный профиль ОРИТ: *Acinetobacterbaumannii* – 147 (24,7 %), *Pseudomonasaeruginosa* – 80 (13,4 %), *Klebsieiiapneumoniae* – 86 (14,4 %). Широкое применение в ОРИТ цефалоспоринов III поколения в качестве эмпирической терапии привело к селекции грамотрицательных бактерий, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), частности, 21 (24,4 %) изолят *K. pneumoniae* являлся продуцентом БЛРС. У *K. pneumoniae* выявлен высокий уровень устойчивости: к меропенему – 31,7 %, гентамицину – 69,2 %, амикацину – 45,5 %, азтреонаму – 100,0 %, левофлоксацину – 80,0 %, цефепиму – 100,0 %, цефоперазону – 87,5 % цефтазидиму – 90,6 %, цефотаксиму – 79,5 %, цефтазидим/клавуланату – 73,9 %, пиперациллин/тазобактаму – 75,9 %. Количествополирезистентныхизолятов – 24 (27,9 %).

Наибольшей резистентностью к антибактериальным препаратам среди доминирующих видов в ОРИТ характеризовался *A.baumannii*: к меропенем – 72,6 %, имипенему – 55,2 %, амикацину – 92,8 %, гентамицину – 62,5 %, ципрофлоксацину – 93,0 %, цефепиму – 94,7 %, цефтазидиму – 96 %, цефоперазону – 96,6 %, цефотаксиму – 95 %, пиперациллин/тазобактаму – 77,6 %. При этом единственной группой антибиотиков, к которой *A. baumannii* проявил чувствительность, являлись полимиксины. Количество полирезистентныхизолятов – 58 (39,5 %). Устойчивость *Ps. aeruginosa* к антибиотикам отмечена на более низком уровне, чем у *A. baumannii*: к меропенему – 63,1 %, имипенему – 48,0 %, амикацину – 45,5 %, гентамицин – 65,9 %, нетилмицину –71,4 %, ципрофлоксацину – 62,5 %, цефтазидиму – 53,2 % цефоперазону – 50,0 %, пиперациллин/тазобактаму – 55,2 %, тикарциллин/клавуланов. к-та – 47,2 %. *P. aeruginosa* сохранила чувствительность к полимиксинам. Количество полирезистентных штаммов – 10 (12,5 %). Сочетание механизмов резистентности к карбапенемам и присутствие БЛРС привело к появлению у грамотрицательных бактерий фенотипа множественной устойчивости к антибиотикам. Значимость *A. baumannii*, *Ps. aeruginosa*и *K. pneumoniae* как возбудителей внутрибольничной инфекции в первую очередь обусловлена их способностью формировать устойчивость к антимикробным препаратам, что особенно актуально для ОРИТ, где проявляются условия для селекции резистентных микроорганизмов, а применения в этих отделениях антибиотиков широкого спектра действия сложно избежать из-за тяжести состояния пациентов. Особую тревогу вызывает проблема выработки карбапенемаз грамотрицательными бактериями, которая ранее остро стояла в отношении *A. baumannii* и *Ps. aeruginosa*, но в настоящее время, всё чаще появляются сообщения о штаммах *K. pneumoniae*, продуцирующих карбапенемазы.

Выводы.

1) внедрение автоматизированных методов микробиологического мониторинга в практику лабораторий позволило отслеживать не только ведущих патогенов в отделениях, но и уровень их устойчивости к антибиотикам с выявлением маркеров антибиотикорезистентности;

2) эмпирическаямонотерапиякарбапенемами в ОРИТ не целесообразна;

3) учитывая высокий уровень антибиотикорезистентности доминирующих бактерий, необходимо освоить практическое применение альтернативных антибиотикам антимикробных агентов–антисептиков и бактериофагов, обладающих антибактериальным действием в отношении ведущих патогенов;

4) выделение отдельных палат для пациентов с БЛРС;

5) необходимо создание формуляра антимикробных средств в отделениях стационара с учетом данных мониторинга антибиотикорезистентности.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е. Г. Зиновьева[1], Ф. К. Рахматуллов[2]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель исследования. Изучить влияние субклинического гипотиреоза на предикторы формирования фибрилляции предсердий при сочетании стенокардии напряжения с дислипидемией.

Материал и методы исследования. Обследованы 68 больных (35 мужчин и 33 женщины) с частыми ПФП в возрасте от 42 до 58 лет (в среднем 46,3±5,6 года). Стенокардия напряжения I и II ф.к. диагностирована у 22 пациентов (1-я группа), сочетание стенокардии напряжения I и II ф.к. с дислипидемией – у 25 (2-я группа), сочетание стенокардии напряжения I и II ф.к. с дислипидемией и субклиническим гипотиреозом – у 21 (3-я группа). Частота рецидивирования приступов колебалась от 3 до 6 раз в месяц (в среднем 5,2±1,4 раза в месяц). ЧСС во время пароксизма составила от 92 до 145 в мин (в среднем 130,8±22,4 в мин). В контрольную группу вошли 23 человека без ПФП и предрасполагающих факторов его возникновения.

Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась исходная электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, проводились эхокардиография (ЭхоКГ), чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца, ультразвуковое исследование ЩЖ (УЗИ ЩЖ), определение уровня тиреоидных (ТГ) в крови.

Полученные результаты. Сравнение объемов щитовидной железы, ТТГ, тиреоидных гормонов, показателей характеризующих систолическую функцию левого желудочка и состояние проводящей системы сердца у боль-

ных с ПФП на фоне стенокардии напряжения (1-я группа) и контрольной группы не выявило достоверных ($p > 0,05$) различий. В то же время, показатели, характеризующие диастолическую функцию левого желудочка у больных с ПФП на фоне стенокардии напряжения, существенно отличались от контрольной группы. Так, у больных с ПФП на фоне стенокардии напряжения по сравнению с контрольной группой выявлено уменьшение пика Е трансмитрального спектра на 16,8 % ($p < 0,05$), пика А трансмитрального спектра на 8,3 % ($p < 0,05$), соотношение пика Е трансмитрального спектра к пику А на 9,3 % ($p < 0,05$), увеличение времени изоволюмитрического расслабления на 17,5 % ($p < 0,01$) и времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения на 11,4 % ($p < 0,05$).

На основании полученных данных, очевидно, что предикторами возникновения ФП при стенокардии напряжения является уменьшение максимальной скорости раннего диастолического наполнения, уменьшение максимальной скорости в систолу предсердий, уменьшение соотношения максимальной скорости раннего диастолического наполнения к максимальной скорости в систолу предсердий, увеличение времени изоволюмитрического расслабления, увеличение времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения.

В результате наслоения на стенокардию напряжения дислипедемии (2-я группа) выявлено уменьшение соотношения пика Е трансмитрального спектра к пику А на 14,6 % ($p < 0,05$) и укорочение ЭРПЛП на 5,8 % ($p < 0,05$).

Следовательно, при сочетании стенокардии напряжения с дислипедемией возникают гемодинамические и электрофизиологические условия для возникновения фибрилляции предсердий.

Представление о СГ базируется как о синдроме, обусловленном стойким пограничным снижением тиреоидных гормонов в организме, при котором определяется нормальный уровень T_3 и T_4 в сочетании с умеренным повышением уровня ТТГ. Термин «субклинический» в буквальном смысле означает отсутствие, каких либо клинических проявлений заболевания.

При сочетании стенокардии напряжения с дислипедемией и СГ (3-я группа), на самом деле имеет место увеличение объема щитовидной железы у женщин на 29,7 % ($< 0,05$), у мужчин на 23,5 % ($< 0,05$), уменьшение T_3 на 16,4 % ($< 0,001$), T_4 – на 26,5 % ($< 0,001$).

При анализе гемодинамических показателей сердца у больных с ПФП на фоне сочетания стенокардии напряжения с дислипидемией и СГ выявлено увеличение передне-заднего размера ЛП и диастолической дисфункции левого желудочка. Так, отмечено увеличение передне-заднего размера ЛП на 10,8 % ($< 0,05$), уменьшение пика Е трансмитрального спектра на 22,9 % ($< 0,001$), пика А трансмитрального спектра на 8,6 % ($< 0,05$), соотношение пика Е трансмитрального спектра к пику А на 15,4 % ($< 0,05$), увеличение времени изоволюмитрического расслабления на 17,3 % ($< 0,05$) и времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения на 9,9 % ($< 0,01$).

Анализ ЭФ-показателей сердца при проведении чреспищеводной кардиостимуляции позволил выявить ряд особенностей. Выявлено увеличе-ние КВВФСУ на 23,4 % (< 0,05), ЭРПАВ соединения на 5,0 % (< 0,05), уменьшение точки Венкебаха на 9,7 % (< 0,05), укорочение ЭРПЛП на 5,4 % (< 0,05).

Проведенное ЭФ исследование сердца свидетельствует, что наслоение на ФП субклинического гипотиреоза вызывает угнетение автоматической функции синусового узла, угнетение проведения возбуждения по АВ соединению и укорочение ЭРПЛП.

Заключение. Таким образом, предикторами возникновения фибрилляции предсердий при сочетании стенокардии напряжения с субклиническим гипотиреозом и дислипидемией является уменьшение соотношения максимальной скорости раннего диастолического наполнения к максимальной скорости в систолу предсердий, увеличение времени изоволюмитрического расслабления, увеличение времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения, укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия, увеличение объема щитовидной железы, увеличение уровня тиреотропного гормона, уменьшение уровня трийодтиронина и тироксина, увеличение левого предсердия.

АНАЛИЗ ОТРАВЛЕНИЙ СИНТЕТИЧЕСКИМИ НАРКОТИКАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 6 им. Г. А. ЗАХАРЬИНА в 2014–2016 гг.

И. В. Зотов, Р. И. Кувакова

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Целью исследования являлась динамика поступления больных с отравлением синтетическими каннабиноидами («спайс») и синтетическими катинонами («скорость»), их половозрастные характеристики, анализ обнаруженных химических веществ, уточнение клинических проявлений.

Материалы и методы. Медицинская документация 323 пациентов, которым за январь 2014 г. по август 2016 г. была оказана медицинская помощь.

Результаты и обсуждение. При анализе половозрастной характеристики отмечено наибольшее количество пациентов мужского пола (95 %) в возрастном периоде 21–25 года (45 %) употребивших синтетические каннабиноиды. Также при анализе пациентов с отравлением синтетическими катинонами отмечено доминирование мужчин (97 %) в возрасте 35 лет (60 %).

При токсико-химическом исследовании синтетических каннабиноидов в большинстве случаев (50–60 %) были обнаружены AB-CHMINACA. Также при токсико-химическом исследовании синтетических катинонов основную долю (до 100 % в 2016 г.) составил N-Метил-α-пирролидинопропиофенон.

Необходимо отметить, что при употреблении «спайса» в клинике превалировало тахикардия (до 100 %), бледность кожных покровов (96 %), тошнота (73 %), иногда со рвотой (8 %); возбуждение с наличием зрительных и слуховых галлюцинаций (53 %), повышение АД свыше 140 мм рт. ст. (53 %), дезориентация (20 %), судороги (8 %).

Также при отравлении синтетическими катинонами отмечаются симптомы: психомоторное возбуждение (99 %), зрительные и слуховые галлюцинации, паранойя (96 %), мидриаз, тахикардия, повышение АД (96 %), обильное потоотделение (63 %), гипертермия (47 %), гиповолемия (74 %), судороги (11 %), ЭКШ (19 %), поражения почек – ОПН (3 % – 6 случаев).

Выводы. Синтетические наркотики представляют серьезную проблему для современной токсикологии. Они являются легальной альтернативой для многих наркотических средств и психотропных веществ, запрещенных к обороту. Токсикологическая характеристика многих агентов до конца не изучена, что затрудняет оказание неотложной помощи при острых отравлениях и проведение рациональной терапии в случаях сформировавшейся зависимости.

СТРУКТУРА, ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДНЕВНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Т. А. Зубкова, Л. Ф. Бартош, И. С. Бартош, Е. С. Панина

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Целью данного исследования явилось изучение структуры, оценка встречаемости и клинического значения изолированной дневной гипертензии у беременных.

Методы исследования. В исследование включены 1112 беременных, которым было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием суточного монитора артериального давления и частоты пульса «МнСДП-2 BPLab» (ООО «Петр Телегин», Россия), аттестованного в соответствии с международным протоколом ESH 2001). Пороговый уровень систолического артериального давления(АД) днем – 130 мм рт. ст., ночью – 120 мм рт. ст., пороговый уровень диастолического артериального давления днем – 85 мм рт. ст., ночью – 70 мм рт. ст. согласно нормативам параметров артериального давления клинических рекомендаций Министерства Здравоохранения Российской Федерации «Диагностика и лечение артериальной гипертонии», 2013 г. В каждой группе было выделено три подгруппы повышенного артериального давления (АД): подгруппа 1 – изолированно повышенное систолическое АД (ИСАД), подгруппа 2 – изолированно повышенное диастолическое АД (ИДАД) и подгруппа 3 – повышены систолическое и диастолическое АД (САД+ДАД). Кроме того, проведен анализ коморбидных состояний беременных с дневной гипертонией, а также осложнения течения беременности, плода и новорожденного.

Результаты: встречаемость изолированной дневной гипертонии на основе рекомендаций Российского кардиологического общества (РРКО) 2013 г. составила 8,54 % (95 беременных). По РРКО 2013 года количество беременных с сопутствующими заболеваниями составило 48 человек из 95 беременных. Частота встречаемости коморбидных состояний у беременных женщин с повышенным артериальным давлением в дневное время составило 51 %.

В структуре заболеваний по системам органов у беременных с изолированной дневной артериальной гипертонией чаще всего встречается ожирение – 37,5 %; на долю сердечно-сосудистых заболеваний (кроме артериальной гипертонии) приходится – 33,33 %; гинекологических заболеваний и органов зрения – 20,83 %; анемии – 18,75 %, мочевыделительной системы – 14,85 %. Остальные заболевания – заболевания нервной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, щитовидной железы – от 4,16 % до 8,33 %. И в подгруппах наблюдалась та же закономерность. Однако, в подгруппе беременных с изолированно повышенным диастолическим артериальным давлением в дневное время ни одного коморбидного состояния обнаружены не было (количтсвенно беременных составило в данной подгруппе – 2). У беременных женщин, имеющих повышенное АД в дневное время, чаще встречаются осложнения течение беременности и родов по РРКО 2013 г., а именно: угрожающий выкидыш, фетоплацентарная недостаточность, маловодие, дородовое излитие околоплодных вод. Причем маловодие чаще встречается у беременных с повышение АД в дневное время, чем у беременных без артериальной гипертонии. Так же было отмечено, что у женщин в период гестации с изолированной дневной гипертонией, чаще встречаются осложнения новорожденного: недоношенность и церебральная ишемия, чем у женщин, которых значение артериального давления не превышает пороговый уровень в любое время суток.

Выводы. СМАД у беременных с изолированной дневной АГ позволяет оценить все многообразие изменений АД, выявить вид артериальной гипертонии. В структуре заболеваний у беременных с изолированной дневной гипертонией преобладает ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы, гинекологические заболевания, заболевания органов зрения, анемия и т.д. Значения параметров артериального давления в различных группах беременных с повышенным АД в дневное время ассоциируются с различными коморбидными состояниями, а также осложнениями течение беременности и родов; осложнения у плода и новорожденного.

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

А. В. Зуева

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Одним из основных классов болезней, формирующих первичную детскую инвалидность, являются болезни нервной системы и органов чувств. При этом 1/3 (32,77 %) детей, ставших инвалидами вследствие болезней данного класса, – дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП).

ДЦП – сложное заболевание центральной нервной системы, часто приводящее к тяжелой инвалидности.

При ДЦП у разных детей могут быть различной степени выраженности те или иные расстройства, приводящие к различной степени ограниченности жизнедеятельности и как следствие к различному наполнению индивидуальной программы реабилитации ребенка. При ДЦП ведущим дефектом являются двигательные расстройства, которые связаны как с нарушением развития центральной нервной системы, так и с повреждением двигательных зон и проводящих путей головного мозга.

Существенное значение в нарушении развития моторики у детей с церебральными параличами имеет тот факт, что у них не развиваются своевременно или развиваются с задержкой и патологическим путем схема тела, схемы его положения и движений. Большую роль в этом играет недоразвитие или патология системы регуляции состояния проприорецепторов мышц, суставов, связок, которые обеспечивают поток афферентных импульсов, необходимых для нормального развития мозга ребенка.

Широкая вариабильность клинической ДЦП обусловлена различиями в распространенности и тяжести поражения нервной системы, особенностями созревания мозга в патологических условиях, типом регуляции двигательной активности, который вырабатывает аномально развивающийся мозг.

Развитие личности у больных ДЦП определяют как ситуацию патологических формирований дефицитарного типа. Нарушения личности этих больных связаны с действием многих факторов: биологических, психологических, социально-психологических. Важную роль играет реакция больного на осознание дефекта, своей физической неполноценности.

Психическая травматизация больных ДЦП начинается по существу с периода осознания дефекта и способствует формированию хрупкой и ранимой психики, изменению социальных связей, интерперсональных отношений. Эта травматизация особенно сильна у больных с выраженными

физическими недостатками или грубыми косметическими дефектами головы и лица.

К механизму формирования я синхроний развития по дефицитарному типу, помимо реакции на осознание собственной неполноценности, относится социальная депривация и неправильное воспитание: физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. Это обуславливает самоизоляцию больного.

У больных ДЦП отмечаются такие особенности, как эмоциональная лабильность, раздражительность, беспокойство, в более позднем возрасте наблюдается социальная незрелость, иногда агрессивность. Нарушения поведения в этой группе больных встречаются в 10 раз чаще, чем у нормальных детей. Нарушения поведения бывают не у всех больных.

Проблема реабилитации детей с церебральным параличом сложна и до настоящего времени далека от разрешения. Актуальность темы определяет возрастающая из года в год частота данного заболевания, тяжесть поражения и клинический полиморфизм его, включающий в себя неврологическую, ортопедическую и психологическую патологии.

В комплексе реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП особое место занимают нарушения функций рук. Согласно результатам белорусских исследователей практически все обследованные учащиеся старших классов с последствиями ДЦП в той или иной мере нуждались в коррекции функции двигательной системы, определяющих успешность бытовой адаптации. Система реабилитации таких детей требует комплексного подхода к организации преемственности в работе учреждений медико-социального и социального профиля.

Таким образом, в настоящее время не создана единая служба реабилитации детей-инвалидов с отклонениями в психическом развитии. Реабилитационные мероприятия проводятся разобщено, в учреждениях различных ведомств отсутствует координация между отдельными этапами реабилитации. Поэтому каждый из аспектов реабилитационного процесса в отдельности не позволяет достичь желаемого результата. Эффект может быть получен только при условии координации этапов и направлений реабилитации, системного и комплексного подхода к процессу реабилитации.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА СЕЗОНА 2016/17 гг.

О. А. Зыкова[1], Ф. Ш. Еникеева[2], И. П. Баранова[1], Н. В. Свистунова[2], Д. Ю. Курмаева[2], Е. А. Захарова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Пенза

Грипп последнего сезона был связан с распространением вируса А (H3N2), а также вируса гриппа типа В. У части больных гриппом развиваются осложнения.

Цель исследования: изучить эпидемиологические и некоторые клинические особенности гриппа у больных, вызванного вирусом А(H3N2) и вирусом гриппа В, пролеченных в областном клиническом центре в сезоне 2016/17 гг.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 421 историй болезни пациентов (период с 19.12.16 до 9.04.17 г.) в возрасте от 11 мес. до 85 лет с верифицированным диагнозом «грипп», госпитализированных в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Лабораторное обследование включало, наряду с клиническим анализом крови и мочи, биохимическое исследование крови, ПЦР-исследование мазков-отпечатков из носоглотки для выделения РНК вирусов гриппа с детекцией в режиме «реального времени». Для проведения исследования использовали набор реагентов «АмплиСенс® Influenza virus A/B-FL» предназначен для выявления РНК вирусов гриппа А (Influenza virus A) и гриппа В (Influenza virus B), набор реагентов «АмплиСенс® Influenza virus A-тип-FL» предназначен для типирования (идентификации субтипов H1N1 и H3N2) вирусов гриппа А (Influenza virus A), набор реагентов «АмплиСенс® Influenza virus A/H1-swine-FL» предназначен для выявления РНК вируса гриппа Influenza virus A/H1N1(sw2009). Также определялась сатурация кислорода методом пульсоксиметрии и по показаниям проводилась рентгенография органов грудной клетки. Клиническая характеристика гриппа оценивалась по выраженности синдрома интоксикации и катаральных проявлений, а также развитию осложнений. Статистическую обработку данных выполняли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: первые пациенты с гриппом поступили в стационар на 51-й и 52-й неделях 2016 г. (1 и 25 человек соответственно), а максимальное поступление больных имело место с 1-й по 6-ю недели 2017 г. (336 человек). Начиная с 7-й недели года отмечалось постепенное снижение числа госпитализированных больных. Методом ПЦР обследовано 720 человек при этом у 384 больных с положительным результатом выделен вирус гриппа А (91,2 %), и при типировании у них определяли вирус гриппа А

(H3N2). Вирус гриппа В выделен у 37 человек (8,8 %). В числе 421 пациентов с гриппом преобладали женщины (55 %), что объяснялось числом госпитализированных беременных, которые составили 15,7 % от всех поступивших в стационар больных с гриппом. В возрастной структуре больных с гриппом детей в возрасте от 11 мес. до 18 лет было зарегистрировано 191 человек (45,4 %), больных старше 18 лет – 230 человек (54,6 %).

Характерные клинические симптомы гриппа: лихорадка, выраженные симптомы интоксикации и трахеит – отмечались в первые дни болезни у большинства. Высокая лихорадка наблюдалась в 53,0 % случаев, умеренная – в 33,0 %; субфебрилитет выявлялся у 14,0 % пациентов. Симптомы трахеита (сухой кашель, боли и «саднение» за грудиной) отмечались с первых дней болезни у 92,4 % больных, в 72,0 % случаев трахеит сочетался с фарингитом/ринитом, в 10 % случаев больные жаловались на симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (рвот, жидкий стул, тошнота). В показателях гемограммы у больных гриппом лишь в 9,0 % отмечалась лейкопения, а у большинства регистрировалось нормальное содержание лейкоцитов крови. Тромбоцитопения выявлялась у 2,4 % пациентов.

У госпитализированных больных доминировала среднетяжелая форма гриппа – 95,2 %. Осложненное течение заболевания зарегистрировано у 60 пациентов (14,3 %). Наиболее часто в качестве осложнений регистрировались пневмонии (48 случаев), которые были диагностированы на 5–9 дни болезни, при позднем поступлении в стационар, и расценивались как вторичные, вирусно-бактериальные; синусит – 8 случаев, миалгический синдром был зарегистрирован у 4 пациентов детского возраста. Результаты бактериологического исследования мокроты у больных пневмонией, диагностированной в поздние сроки, с 5-го дня болезни, показали рост возбудителей группы Streptococcus, Staphylococcus, Candida albicans, Klebsiella pneumoniae, Neisseria spp.

Из числа 66 беременных с гриппом у всех диагностирована среднетяжелая форма болезни (100 %).

Большинство больных (77,2 %) поступали в стационар с 1-го по 4-й день болезни (средняя длительность амбулаторного этапа составила 3,12±0,17 дней); 18,2 % пациентов были госпитализированы на 5–7 дни болезни. У 4,6 % больных отмечены более поздние сроки поступления в стационар с осложнениями гриппа (с 8-го до 12-го дня болезни).

Выводы: грипп у жителей Пензенской области в эпидемическом сезоне 2016/17 гг. был обусловлен преимущественно штаммом вируса А (H3N2) и вирусом типа В; число госпитализированных больных гриппом нарастало в первые 6 недель 2017 г.; преимущественно отмечена госпитализация лиц старше 18 лет; среди осложнений преобладали вирусно-бактериальные пневмонии, что связано с поздним началом противовирусной терапии; благодаря превентивной госпитализации беременных с гриппом и своевременно начинавшейся у них противовирусной терапии, в этой группе больных диагностирована среднетяжелая форма болезни в 100 % случаев.

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВСЕАРМЕЙСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

А. Л. Иванов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Опыт использования Вооруженных Сил России с 1991 года показывает, что важнейшей составляющей успеха в ведении боевых действий является современная, высокопрофессиональная и высокотехнологичная военно-медицинская служба. Извлекая уроки и используя богатый опыт медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане, Чеченской республике, Грузии, военные медики сегодня с честью выполняют свои служебные обязанности в Сирии. Участие в боевых действиях для военнослужащих чревато не только ранениями и увечьями, но и ПТСР, что требует от военных медицинских специалистов глубоких знаний и навыков по комплексной реабилитации пострадавших.

В этом контексте высокую значимость имеет опыт по комплексной медико-психолого-социальной реабилитации участников боевых действий, накопленный с 1989 г. в Всеармейском реабилитационном центре, где впервые в истории военной медицины была реализована методологическая платформа для создания системы комплексной реабилитации военнослужащих. За период с 1995 по 2017 г. всего более 5100 военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в боевых действиях в локальных военных конфликтах, прошли комплексную медико-психолого-социальную реабилитацию. Категории раненых можно распределить по категориям: 64 % – военнослужащие по призыву, 17 % – военнослужащие по контракту, 19 % – офицеры.

Исходя их того, что комплексная военно-медицинская реабилитация предполагает восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной, мотивационной и духовной сфер личности, достижение по результату оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных качеств военнослужащего, обеспечивающих его военно-профессиональную работоспособность, основными задачами социально-психологической реабилитации стали: оценка психофизиологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства; определение оптимальных путей и методов психологического воздействия, направленных на восстановление оптимальной работоспособности; оказание помощи в подготовке к повторным хирургическим операциям и купировании болевых ощущений; формирование оптимальной психологической реакции на течение и последствия ранения; изучение динамики психических нарушений в процессе лечения; оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности, восстановление утраченных психических функций; коррекция психосоматического статуса

методами психотерапевтических, психофизиологических и психофармакологических воздействий; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия; осуществление профессиональной реабилитации и профессиональной переориентации.

Комплексная реабилитация базировалась на проверенных наукой и практикой методологических принципах, имела четко выраженную этапность, начиналось и заканчивалась комплексным медико-психологическим обследованием по специально разработанной батарее методик с целью объективизации психологического состояния раненых и выявления симптомов ПТСР, которые отмечались в среднем у 38 % раненых. Важнейшими принципами мы считали партнерство врача реабилитолога и пострадавшего, определение реабилитационного потенциала больного, особенно его двигательных возможностей, разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного, комплексность лечебно-восстановительных мероприятий, ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). С учетом полученной информации модель восстановительных мероприятий формировалась в виде определения врачебным консилиумом стратегии и тактики Индивидуальной программы реабилитации, максимально адаптированной под потребности раненого и возможности госпиталя. Набор методов, включенных в комплекс реабилитации, включал в себя индивидуальные методы: гипноз, психоаналитическое консультирование, НЛП, Альфа-капсула (комплексное воздействие механолечебных, термолечебных и фотолечебных факторов: общей вибротерапии, термотерапии, импульсной фотостимуляции и селективной хромотерапии, аудиорелаксации, ароматерапии, аэроинотерапии), методика биоакустической психокоррекции (БПК), как новый подход в использовании ЭЭГ-зависимого биоуправления, а также психологическая коррекция подсознания с использованием 25-го кадра; групповые методы: психологический дебрифинг, трансактный анализ, группанализ, психодрама, музыкальная психотерапия в сочетании с аутогенной тренировкой, холлотропное дыхание.

Использование этих методов в комплексе позволило решить следующие психотерапевтические задачи: выработку адекватных стереотипов поведения и повышение социальной уверенности; достижение гармоничного представления о ранении и сопутствующих патологиях, коррекцию установок и отношений, оптимизацию общения; раскрытие содержательной стороны имеющихся психологических конфликтов, их разрешение на основе перестройки системы отношений, получение навыка передачи эффективной обратной связи в значимых ситуациях общения, корректировку самооценки, снятие ореола исключительности психологических проблем, испытываемых пострадавшим, получения эмоциональной поддержки от сослуживцев, имеющих общие проблемы и цели, апробирование и освоение новых навыков поведения, получения возможности экспериментировать с различными стилями межличностных отношений.

Особое место в реабилитации заняла работа по психопрофилактике – все пострадавшие прошли обучение в созданной в госпитале Школе протезируемых больных, где коллектив преподавателей из врачей и психологов госпиталя информационно подготовил раненых к новой жизни в новом статусе «инвалида» в изменившемся социуме. Опыт работы коллектива госпиталя показал, что комплексная реабилитация раненых не должна ограничиваться текущими задачами: восстановить его здоровье и психику, адаптировать к изготовленным протезам. Система реабилитационных мероприятий только тогда может быть целостной и законченной, когда раненые уже на госпитальной койке получают уверенность в завтрашнем дне, которая может базироваться на возможности и гарантии их дальнейшего обучения и трудоустройства, реализации в личной жизни.

В связи с этим в госпитале была реализована система обучения раненых основам компьютерной грамотности, которую прошли более 550 пострадавших, получив по завершении обучения соответствующие сертификаты, позже использованные для продолжения обучения и дальнейшего трудоустройства. Более 930 военнослужащих, пройдя конкурсный отбор, поступили на учебу в московские вузы или их филиалы в регионах. К 2017 г. 74 % из их числа окончили вузы и были трудоустроены по месту жительства. Для 64-х офицеров была реализована Программа повышения квалификации и переподготовка по специальности «Юриспруденция» на базе московских вузов.

Существенную роль в психологической и духовной реабилитации была отведена мероприятиям, проводимым совместно с Православной церковью. Вклад взаимодействия с церковью невозможно переоценить, поскольку именно влияние священника (фигуры, априори воспринимаемой ранеными как авторитетной) порой останавливало раненых от губительной алкоголизации и суицидальных мыслей, ставших актуальными на этапе осознания тяжести полученного ранения и его влияния на будущую жизнь. Многие раненые охотно и сознательно принимали веру и проходили обряды крещения в госпитале и московских храмах. С помощью священнослужителей все отделения госпиталя были оборудованы православными уголками с иконами и соответствующей литературой.

Совместная целенаправленная и систематическая работа по комплексной социально-психологической реабилитации военнослужащих с огнестрельными и минно-взрывными ранениями, проводимая коллективом госпиталя совместно с государственными и негосударственными структурами, оказала существенное влияние на качество, эффективность и сроки проведения в целом лечебно-восстановительных мероприятий. Положительные сдвиги в изменении психологического и социального статуса инвалидов позволяют достоверно подтвердить степень результативности проведенных мероприятий.

Библиографический список

1. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб. : Специальная литература, 1997.

2. Смекалкина, Л. В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения : дис. … д-ра мед. наук / Смекалкина Л. В. – М., 2011.

3. Поправка, С. Н. Медицинская реабилитация пострадавших с ампутационными дефектами нижних конечностей в условиях реабилитационного центра : дис. … канд. мед. наук / Поправка С. Н. – М., 2014.

НОВЕЙШИЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ 25-го КАДРА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ

А. Л. Иванов

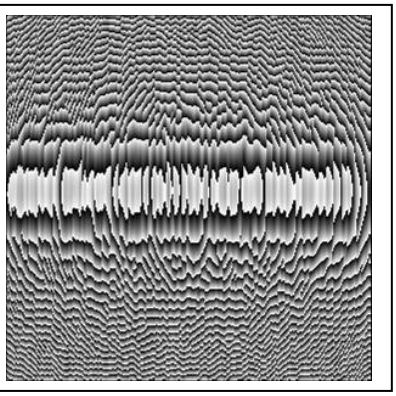
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Комплексная медико-психолого-социальная реабилитация предполагает восстановление функционального состояния организма, достижение по результату оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных качеств больного, обеспечивающих его работоспособность. Исходя из этого, базовыми задачами реабилитации являются: оценка психофизиологического состояния, определение качества и степени психоэмоционального расстройства, определение реабилитационного потенциала больного, а также изучение динамики психических нарушений в процессе реабилитации. С этой целью в реабилитационном центре используются как психологическая диагностика сознания (тесты, опросники, интервью). Но практика показывает, что диагностика только лишь сознания имеет существенный недостаток: психодиагностическая процедура проводится с участием сознания пациента, которое неизбежно накладывает свой отпечаток на результаты. С другой стороны, скрытая от реабилитолога мотивация больного может существенно искажать объективность результатов. Поэтому с целью исключения сознания тестируемого из процесса тестирования используется технология ввода тестовой информации в режиме 25-го кадра, методологической основой которой стали исследования и достижения психофизиологов П. К. Анохина, К. В. Судакова, психологов Л. С. Выготского, А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьева, математика и методолога В. В. Налимова, психоэколога И. В. Смирнова.

На основе вычисления алгоритмов, которыми оперирует головной мозг человека при обработке визуальной и слуховой информации, был разработан математический аппарат для преобразования изображений и звука, разрабо-

тана компьютерная программа CONAN для такой обработки. Слова-стимулы преобразуются в нечитаемые сознанием, но воспринимаемые подсознанием изображения. Разработанная программа предъявляет их тестируемому больному со строго заданным временным интервалом. Операторская задача тестируемого больного заключается в том, чтобы нажимать кнопку при выводе каждого изображения на экран монитора компьютера. Таким образом фиксируется запаздывание или опережение времени нажатия на кнопку при предъявлении каждой картинки. В качестве тестовых стимулов используются слова, фразы, характеризующие отношение больного к заболеванию, личностные характеристики, установки, эмоции, чувства, значимые события в жизни и т.д. Программа регистрирует время реакции – время, прошедшее с момента предъявления кодированного изображения до момента нажатия на кнопку. Информацию, скрытую в кодированных изображениях, мозг тестируемого фиксирует и неизбежно реагирует на нее независимо от воли и желания больного, который не может заранее подготовиться к такой процедуре и не может контролировать свои реакции, поскольку распознавание смысловой информации осуществляется на уровне подсознания.

Пример преобразования исходного текста в кодированное изображение.

исходное изображение	кодированное изображение
Я болен раком	

Инструментально технологии 25-го кадра и «BioReader» используют методологию теории распознавания образов и кодирования-декодирования психикой воспринимаемой информации, в основу технологий положены такие объективные средства измерения психической деятельности, которые позволяют блокировать защиту сознания и обеспечить доступ в подсознание. Эта технология прямого доступа в подсознание человека «Screen to Screening Technology» (S2S), в которой текстовая или графическая информация перед предъявлением тестируемому человеку, предварительно кодируется и выводится на монитор. При предъявлении на экране каждого кодированного изображения тестируемый больной нажимает на кнопку компьютерной мыши или клавиатуры.

Полный тезаурус, используемый в процедурах сканирования подсознания пациента, содержит более 100.000 стимулов, систематизированных по соответствующим тематикам. При проведении диагностической процедуры выбирается любой тезаурусный комплект, отвечающий требованиям максимальной валидности для конкретного исследования. При этом параметры, полученные в результате исследований, имеют точное цифровое значение, рассчитанные по статистическим критериям и позволяющие строить цифровой эквивалент психики больного. Среднее время получения 150 параметров психики тестируемого человека – 30 мин. Для каждого тестируемого больного реконструируется модель его функциональной системы по П.К. Анохину, при этом функциональная модель строится на основе цифровых показателей: мотивации, памяти, обстановочной афферентации, принятия решения, программы действия. При построении функциональных моделей используются три шкалы времени: прошедшее, настоящее, будущее, что позволяет анализировать психосемантическую сферу человека во временной области. Технология S2S позволяет скрывать (маскировать) смысл процедуры тестирования и получать в результате точные, нефальсифицированные ответы. Специальный математический аппарат программы позволяет преобразовывать результаты тестирования в доступную для понимания и интерпретации форму – отчет, который становится доступен сразу после завершения процедуры тестирования. Математическая обработка полученной информации происходит на центральном сервере и передается исследователю по сети Интернет через пару минут.

Полученный в графическом виде отчет анализируется психологом, позволяя диагностировать психические отклонения, заблаговременно прогнозировать развитие психических заболеваний и психосоматических проявлений. При предъявлении больному определенным образом построенных внешних образов удается выявить значимые для него психосемантические концепты, указывающие на установки, значимые черты личности, ее предрасположенности, тип отношения к болезни, события в жизни. Анализ результатов тестирования позволяет выявить доминирующую мотивацию в подсознании пациента на лечение и восстановление после перенесенного заболевания (травмы, ранения), а также проанализировать мотивационные субдоминанты, их силу и взаимосвязи.

Результаты тестирований коррелируют по уровню 95 % с некоторыми профессиональными системами психологического тестирования, в частности, с тестом ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского Института). Корреляция по Пирсону составляет в диапазоне 95–98 %.

Полная автоматизация всех процессов многократно увеличивает производительность труда психолога, врача-реабилитолога. Режим on-line позволяет организовывать процедуру психодиагностики дистанционно и на любом расстоянии, максимально удобно для пациентов и в любое время. Действие системы основано на извлечении из подсознания тестируемого человека эмо-

ций, чувств, мотивов, психологических характеристик личности, а также событий и фактов его жизни в настоящем, будущем и прошлом времени. Извлечение информации осуществляется путем организации двустороннего диалога с областями памяти тестируемого человека с использованием запатентованной технологии сканирования подсознания Screen to Screening Technology (S2S). Извлеченная информация проходит проверку на её статистическую достоверность и соответствие поставленным целям. Применение в реабилитационном центре технологий 25-го кадра и «BioReader» позволяет исключить субъективность их самооценки психосоматических соотношений. Использование технологий предусматривает требования психофизиологической и персональной безопасности.

Библиографический список

1. Жижин К. С. Экспресс-диагностика подсознания / К. С. Жижин. – М., 2007.

2. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей СПб НИПНИ им. Бехтерева. – СПб., 2005.

3. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология / СПб НИПНИ им. Бехтерева. – СПб., 2007.

4. Смирнов, И. В. Психотехнологии. Компьютерный психосемантический анализ и психокоррекция на неосознаваемом уровне / И. В. Смирнов, Е. А. Безносюк, А. Н Журавлёв. – М. : Прогресс – Культура, 1995.

ОПЫТ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

А. Л. Иванов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В период прохождения службы в Вооруженных силах на организм военнослужащего, помимо собственно тяжести и напряженности боевой службы, воздействует целый ряд неблагоприятных факторов (вибрация, гипокинезия, пилотажные и ударные перегрузки, резкие перепады температуры и атмосферного давления, токсическое воздействие химических веществ, высокие уровни морских, авиационных и артиллерийских шумов; повышенные уровни общей вибрации, пониженное парциальное давление кислорода в кабинах, отсеках, подводных лодках (гипоксия), температурный дискомфорт в кабинах, отсеках и спецмашинах, неудовлетворительный физический и химический состав вдыхаемого воздуха, повышенное радиационное (фоновое)

облучение, повышенные электромагнитные поля, болтанки в воздушной среде и в море, воздействия знакопеременных перегрузок, электромагнитные и ионизирующие излучения СВЧ-излучения от наземного и бортового оборудования. Совокупность этих и других факторов во многом способствует развитию эректильных дисфункций (ЭД), которые носят как органический, так и функциональный характер.

Практика врачей Всеармейского реабилитационного центра показала, что необоснованное применения методов лечения ЭД, направленных на установление таких ее причин, как недостаточный артериальный приток, патологическая венозная утечка, свело к минимуму эти вмешательства и расширило показания к имплантации фаллопротезов. Имплантация является завершающим этапом лечения ЭД, поэтому неудачный исход операции исключает альтернативные методы восстановления половой функции.

С целью установления истинной причины ЭД и выбора патогенетического метода лечения врачи-реабилитологи Центра выработали единый подход к обследованию пациентов, представляющий собой современный диагностический алгоритм ЭД (целевой подход), который включал: 1) сбор жалоб и анамнеза сексологического исследования – анкетирование по МИЭФ (Международному Индексу Эректильной Функции), анкета Н. П. Кушниренко (ВМедА); 2) комплексное психологическое обследование сознательной составляющей психики с использованием тестовых методик MMPI, Айзенка, Лири, УСК (уровень), 16-факторный опросник Кеттела, опросники Леонгарда-Шмишека, САН (самочувствие-активность-настроение), Спилбергера, «Потребность в достижении», ЛОБИ (Личностный опросник Бехтеревского Института); исследование подсознательной части психики с использованием восьмицветового теста Люшера, проективных методик Розенцвейга, Сонди и рисуночных тестов «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», а также аппаратных методик компьютерного анализа подсознания в режиме 25-го кадра и «BioReader»; 3) неинвазивная андрологическая диагностика (интракавернозный тест с исследованием радикальной ригидности пениса с помощью АПК RigiScan Plus фирмы Dacomed (США) в реальном времени; 4) инвазивная андрологическая диагностика (кавернозометрия, фармакокавернозография, биопсия кавернозных тел с морфологическим исследованием, физикальное и общеклиническое исследование с помощью интракавернозного фармакологического теста (ИФТ), фармакодопплерография полового члена, цветная ультразвуковая фармакодопплерография при сочетании её с фармакологической искусственной эрекцией, функциональная магниторезонансная и позитронная эмиссионная томография, исследование гормонального субъективного контроля препаратом папаверин, а также простагландином Е1 (эдекс, каверджект), виагра-тестом.

Разработанный комплексный диагностический алгоритм позволяет с высокой точностью определить причину ЭД, получить полное представление о сложившейся ситуации, что обеспечивает патогенетический подход к выбору лечебной стратегии и тактики лечения и реабилитации больного. Еще

на этапе комплексного обследования происходит выбор методов и техник психологического и психотерапевтического воздействия на супружескую пару, который начинается с обсуждения с партнерами предполагаемого способа лечения. Нестойкие нарушения ЭД купируются традиционными методами с психологическим сопровождением.

При стойких нарушениях эрекции и низкой эффективности терапевтических методов лечения больным была назначена имплантация протезов полового члена. За период с 1997 по 2017 гг. 78-ми больным со стойкой ЭД больным было выполнено эндофаллопротезирование современными импортными протезами фирм MENTER et AMS США, 25-ти больным – надувные трехкомпонентные ALFA-I, TITAN et ULTREX 700 CX). Средний возраст больных составил 58,5 лет.

Замкнутые надувные протезы активируются сдавлением дистальной части, двух- и многокомпонентные наполняемые протезы, являющиеся наиболее совершенными, имеют специальный резервуар с внутренним давлением и помпу в мошонке, при сжатии которой внутреннее давление резервуара передаётся на протезы, располагающиеся в кавернозных телах, что обеспечивает возникновение эрекции. По окончании полового акта эрекция прекращается путем активации специального механизма. Осложнения наблюдались в 1–3 % операций, и были связаны с развитием гнойного процесса в области протеза. Естественное восстановление ЭД происходило у 92,4 % прооперированных в течение 12–24 месяца после РПЭ. Использование реализованной Программы существенно повысило качество жизни больных с ЭД и может послужить моделью для внедрения в аналогичных центрах.

Библиографический список

1. Мягков Ю. А. Эффективность комплекса восстановительных мероприятий, проводимых в условиях многопрофильного реабилитационного госпиталя, у военнослужащих с органическими эректильными дисфункциями : дис. … канд. мед. наук / Мягков Ю. А. – М., 1999.

СОЗДАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ И ПСИХОЛОГОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ»

А. Л. Иванов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность спецкурса «Медико-психолого-социальная реабилитация пострадавших в экстремальных ситуациях» сегодня не вызывает сомнений, поскольку обыденность таких понятий, как терроризм, последствия терактов, жертвы, раненые и пострадавшие диктует острую необходимость в подготовке

специалистов для проведения квалифицированной работы не только по оказанию первой квалифицированной психологической помощи пострадавшим в результате терактов и катастроф и их родственникам, но и по их комплексной и этапной медико-социально-психологической реабилитации. Возросла потребность общества в компетентных специалистах – врачах и психологах-реабилитологах, способных как к немедленному включению в процесс оказания первой психологической помощи, так и к долговременному сопровождению пострадавших на последующих этапах реабилитации, включая санаторно-курортное лечение и амбулаторно-поликлинический этап.

К специалистам в области комплексной реабилитации предъявляются очень высокие требования: способность свободно ориентироваться в профессиональной области, обладать большим объемом знаний и навыков в пограничных областях: восстановительная и социальная медицина, экстренная психологическая помощь, психотерапия, психокоррекция, кризисное психологическое консультирование, способность проанализировать, выбирать и самостоятельно осваивать возможные изменения в будущей профессиональной деятельности. Однако, как показывает практика, далеко не все выпускники ВУЗов обладают необходимыми для выполнения своих прямых профессиональных обязанностей знаниями, навыками и компетенциями.

Новая модель комплексной подготовки будущего специалиста в области медико-социально-психологической реабилитации участников и пострадавших в экстремальных ситуациях разработана и реализована впервые и осуществлена на психологическом и медицинском факультетах Московского института медико-социальной реабилитации в рамках одноименного курса, рассчитанного на триста часов. Затем, с учетом полученного опыта и с учетом разработанной методологической базы и обратной связи от выпускников курса, полученной по его завершении, программа получила свое дальнейшее развитие. В вариантах, адаптированных к учебным программам ряда московских и региональных ВУЗов, была продолжена подготовка специалистов к практической деятельности по данной специальности. Она строилась по следующей схеме:

1. Разработка методологической базы для проведения занятий – программы курса, мультимедийных лекций и планов практических занятий на базах. При разработке спецкурса особое место отводилось изучению накопленного специалистами Вооруженных Сил, МВД, Национальной гвардии, МЧС, Московской и региональными службами психологической помощи населению практического опыта по реабилитации пострадавших, который позволил и обучаемым, и педагогам достичь педагогического эффекта, близкого к максимально возможному. С этой целью был осуществлен качественный переход от обычной среды обучения к высокотехнологической образовательной среде (ВТОС), которая имеет значительные преимущества и обеспечивает условия для реализации принципиально новых задач за счет ее проектирования с учётом требований педагогической эргономики, с исполь-

зованием современных технических средств обучения, компьютерных, симуляционных технологий и мультимедиа систем, а также привязкой к деятельности действующих реабилитационных центров.

2. Тщательный отбор слушателей в группы в соответствии с их психологической готовностью к работе в экстремальных ситуациях, проведение перед началом обучения тренингов по их сплочению и командообразованию.

3. Изучение слушателями последних законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих комплексную реабилитацию пострадавших.

4. Получение студентами опыта комплексной медико-психологической диагностики сознания и подсознания пострадавших с использованием как тестового материала, традиционно используемого в реабилитационных центрах, так и новейших (технологии 25-го кадра, «BioReader») методов, обязательная самостоятельная практика студентов в специализированных диагностических лабораториях на базе реабилитационных центров.

5. Получение студентами навыков статистической обработки полученных в ходе медико-психологической диагностики пострадавших данных на базе лабораторий медико-психологической диагностики реабилитационных центров, обсуждение полученных результатов с преподавателями и специалистами медико-психологических служб центров.

6. Составление психологического портрета личности пострадавших, определение Реабилитационного потенциала реабилитируемых с целью выработки стратегии и тактики их комплексной реабилитации и отражении в Индивидуальных реабилитационных программах.

7. Получение студентами личного опыта прогнозирования исходов реабилитации для конкретного пострадавшего, сопоставление объективных достигнутых результатов реабилитации с психологической характеристикой пострадавшего в начале реабилитации.

8. Отработка практических навыков проведения психологической, психокоррекционной и психотерапевтической работы с пострадавшими по основным методикам (психоаналитическое консультирование, музыкальная психотерапия, НЛП, гипносуггестия, трансактный анализ, психодрама и др.) на кли-нических базах под руководством преподавателей и сотрудников центров.

9. Получение опыта мониторинга состояния пострадавших на фоне реализации коллективами реабилитационных центров Индивидуальных комплексных реабилитационных программ.

10. Особое место в практической подготовке студентов заняло прохождение практики на клинической базе Всеармейского реабилитационного центра, где постоянно проходят медико-психолого-социальную реабилитацию военнослужащие, получившие тяжелые ранения и увечья при участии в боевых действиях. В условиях Центра студенты знакомились с передовыми технологиями как медицинской, психологической, социальной, так и духовной,

культурной и профессиональной реабилитации военнослужащих с боевыми ранениями.

11. Участие слушателей в научно-практических конференциях, семинарах и круглых столах, проводимых заинтересованными ведомствами по месту учебы по вопросам комплексной реабилитации.

12. Публикация полученных материалов в научных, студенческих сборниках и периодической печати.

13. Написание и защита курсовых и дипломных работ по соответствующей тематике на клинических базах.

14. Диагностика и разрешение личностных психологических проблем и трудностей слушателями спецкурсов в рамках закрытых терапевтических психодраматических групп с помощью преподавателей спецкурса.

15. Получение студентами спецкурса первого личного опыта оказания психологической помощи пострадавшим в условиях реабилитационных центров под руководством преподавателей спецкурса, как супервизоров.

Инновационность курса потребовала новых форм и методов оценивания студентов при контроле полученных знаний. Целями внедрения новых методов оценивания студентов стали: ранжирование студентов, обеспечение прогресса, направление усилий студентов на улучшение качества учения, выявление пробелов в знаниях и предоставление возможности исправить допущенные ошибки, обеспечение эффективной обратной связи в отношении преподавания, составление общей картины успеваемости, мотивация к результативности в обучении. К оцениванию предъявлялись следующие требования: валидность, беспристрастность, последовательность, требовательность и эффективность. Использовались следующие типы оценивания: промежуточное оценивание, формирующее оценивание, итоговое оценивание. Одной из форм эффективного оценивания стал экзамен «с открытой книгой», когда студентам позволялось пользоваться литературой по курсу, но внимание акцентировалось не на воспроизведении усвоенного материала, а на умении им пользоваться, демонстрируя аналитические способности.

Опыт проведения подготовки врачей и психологов со специализацией по реабилитологии позволил сделать следующие выводы:

1. Комплексный интегральный подход к подготовке будущих специалистов в области медико-психолого-социальной реабилитации пострадавших в экстремальных ситуациях позволяет значительно повысить эффективность в решении этой важнейшей государственной задачи, сформировать высокую мотивацию на развитие личностных и профессиональных качеств будущих врачей и практических психологов для развернутых в Москве и регионах системы медико-психолого-социальных центров.

2. Как показали результаты сдачи слушателями зачетов и экзаменов по курсу, изначально высокий уровень мотивации на качественное освоение этой новой специальности, осознание ее чрезвычайной актуальности и востребованности в профессиональной деятельности, более 84 % слушателей по-

лучили отличные оценки, 72 % на «отлично» защитили выпускные квалификационные работы, 76 % получили значимые новые навыки оказания непосредственной практической психологической помощи пострадавшим, 64 % слушателей смогли в ходе спецкурса разрешить личные психологические затруднения как на групповых занятиях, так и в индивидуальной работе с преподавателем, 87 % из них получили принципиально новые знания по основам реабилитации, 93 % слушателей получили первый практический опыт использования таких методов, как трансактный анализ, психодрама и др. в реабилитационных программах, 84 % заявили о готовности работать в медико-психолого-социальных центрах после окончания вузов.

3. По результатам мониторинга трудоустройства выпускников вузов, прошедших обучение по реабилитации, 72 % из них были приняты на работу в профильные комплексные медико-психолого-социальные центра различных ведомств и успешно выполняют поставленные задачи, по отзывам руководителей.

4. Выпускники спецкурсов, занятые в сфере реабилитации, рассматриваются как кандидаты на повышение квалификации по программе, разработанной на базе кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

5. Опыт разработки и проведения курса может быть использован с целью подготовки специалистов по реабилитации и восстановительной медицине на психологических и медицинских факультетах вузов не только в Москве, но и в региональных вузах.

Библиографический список

1. Дьяченко, М. И. Психология высшей школы : учеб. пособие / М. И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович. – Минск : Университет, 2005.

2. Карандашев, В. Н. Методика преподавания психологии / В. Н. Карандашев. – СПб. : Питер, 2006.

3. Медицинская реабилитация раненых и больных / под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб. : Специальная литература, 1997.

4. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005.

ТРИДЦАТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А. С. Ивачев[1], М. М. Беренштейн[2], Н. А. Ивачева[1]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Наиболее сложным в диагностике и лечения контингентом хирургических больных являются больные с экстренной абдоминальной патологией. Это обусловлено двумя факторами: с одной стороны, тяжестью больных в ре-

зультате резвившихся деструктивных процессов органов брюшной полости, с другой – ограничением времени для постановки диагноза и срока оказания хирургической помощи. В этой связи сравнение работы за 30 лет экстренного хирургического отделения представляет определенный интерес, так как показывает определенные изменения в структуре заболеваний и подхода лечебной тактики.

Проведено сравнение работы экстренного хирургического отделения в ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г.А. Захарьина» за 1987 и 2016 г. Условия работы (количество экстренных дней в неделю) и количество коек в отделении не менялся. Сравнение проведено по 7 нозологиям: острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, язвенные желудочно-дуоденальные кровотечения, прободная язва желудка и 12-типерстной кишки, ущемленные вентральные грыжи, острый холецистит и острый панкреатит. Для сравнения результатов лечения анализированы следующие параметры: количество госпитализированных больных в течение года, количество операций и общая летальность как показатель эффективности проводимого лечения.

Острая кишечная непроходимость. В 1987 г. поступило 51 больной, а в 2016 г. – 296 (увеличение в 5,8 раза). Оперировано в 1987 г. – 20 (39,2 %), в 2016 – 84 (28,4 %). Количество оперированных больных увеличилось в 4 раза. Летальность составила 5,8 % (3 умерло) и 11,9 % (умерло 10) соответственно по годам. Таким образом, в 2 раза летальность возросла.

Острый аппендицит. Поступило 522 больных (1987 г.) и 312 (2016 г.). Уменьшение количества больных объясняется использованием для диагностики этого заболевания УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию. Оперированы все госпитализированные больные, летальности в эти годы не было.

Язвенные желудочно-дуоденальные кровотечения. В 1987 г. госпитализировано 22 больных, в 2016 – 135 (госпитализаций увеличилось в 6,1 раза). Оперативная активность составило 31,8 % (7 больных) в начале и 17,7 % (24 больных) в последующем. Летальность, в процентом отношении, не изменилось (9 и 10,4 %). Однако количество умерших больных значительно возросла – с 2 больных до 14. Возможно, это можно объяснить тем, что плановая хирургическая активность больных с язвенным процессом в желудке и 12-типерстной кишки сведена к минимуму и больных в настоящее время оперируют только по абсолютным показаниям. В этой связи больные запущены и поступают в стационар в тяжелом состоянии.

Прободная язва. Количество госпитализированных больных увеличилось в 4 раза (12 и 46). Оперированы все больные. В 1987 г. умерших не было, в 2016 г. умерло 10 больных (21,7 %), что подтверждает высказывание о тяжести поступающих больных.

Ущемленные грыжи. Количество поступивших больных увеличилось в 5,8 раза (39 и 226 больных). Всем больным выполнены экстренные вмешательства, направленные на устранение ущемление. В 1987 году мерло 3 боль-

ных (7,7 %), в 2016 – 7 (3,1 %). Сравнение абсолютных цифр показывает явную тенденцию к уменьшение послеоперационной летальности при данном заболевании.

Острый холецистит. Увеличение поступающих больных в 2,1 раза (231 и 487) объясняется появлением ультразвуковой диагностики, так как в гистологическом материале в последние годы отмечается нарастание катаральных форм воспаления стенки желчного пузыря. Этот же фактор позволил значительно увеличить оперативную активность – с 52,4 до 89,7 %. При этом количество умерших больных не увеличилось – 3 смерти (1,3 %) в 1987 г. и 4 (0,8 %) в 2016.

Острый панкреатит. Несмотря на значительные социальные перемены, количество больных с этой патологией увеличилось незначительно – с 214 до 271 пациента. Оперативная активность возросла – в 1987 г. оперировано 17 больных (7,9 %) а умерло 3 (1,4 %). В 2016 г. оперировано 73 больных (26,9 %) при общей летальности 6,3 % (17 пациента).

Таким образом, через 30 лет видны количественные изменения госпитализированных больных при различных деструктивных заболеваниях органов брюшной полости. Результаты лечения так же изменились и требуют дальнейшего глубокого анализа.

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А. С. Ивачев, В. А. Петров, Е. А. Квасов

ООО МЦ «Новая Клиника», г. Пенза

Одним из главных вопросов стационарного лечения хирургических больных является снижение количества раневых осложнений. Они проявляются или в виде кровотечения в раннем послеоперационном периоде, или в виде гнойно-воспалительных осложнений, которые могут развиться как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Выделяют множество аспектов, которые могут повлиять на предупреждение гнойно-воспалительных осложнений: профилактическое применение антибиотиков, малая травматичность тканей во время операции, соблюдение правил асептики и антисептики, усиление иммунного статуса больного перед операцией и т.д. Одним из моментов данной проблемы является короткий срок пребывания больного в условиях стационара. В этой связи был проведен анализ послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде (до одного месяца с момента операции).

Лечебное учреждение ООО МЦ «Новая клиника» располагает хирургическими койками и палатой интенсивной терапии. С 21015 г. были выполнено

313 хирургических вмешательств на различных органах: вентральной стенки, желчном пузыре, кишечнике, матке и её придатках, мошонке. Возраст пациентов был от 20 до 84 лет (в среднем – 41,3 года). Женщин было большинство – 239, мужчин – 74. Всем больным за час проводилось профилактическое введение антибиотиков до начало операции. Обезболивание проводили в зависимости от объема операции. Местная анестезия выполнена у 85 больных, которым объем оперативного вмешательства был минимальным (иссечение подкожных новообразований, вентропластики при неосложненных первичных вентральных грыжах, заболевания мошонки или семенного канатика). В остальных случаях операция выполняли или под масочным или эндотрахеальным наркозом. В случаях выраженности подкожно-жировой клетчатки (свыше 5-6 см) интраоперационно выполняли обкалывание операционной раны раствором новокаина с антибактериальным препаратом. У этих же больных для уменьшения условий развития раневых воспалительных осложнений в обязательном порядке использовали два компонента: первое – ушивание подкожно-жировой клетчатки с целью ликвидации остаточных полостей, второе – дренирование раны резиновыми полосками.

В послеоперационном периоде раневой процесс контролировали в двух направлениях. Первое – осмотр зоны операций для оценки швов, кожи вокруг швов, выраженность болезненности при пальпации. Второе – степень выраженности эндогенной интоксикации, которую определяли наличием температуры в течение суток (измерение каждые 6 часов), количеством лейкоцитарной реакции в виде лейкоцитоза со сдвигом влево, лейкоцитарного индекса Кальф-Калифа, Рейса и ядерного индекса Даштанъянца. В случаях появления местных признаком воспаления выполняли инструментальную ревизию раны. При повышении хотя бы одного показателя в лейкоцитарной формуле контроль над раневым процессом раны возрастал.

Выписка из стационара проводилась в среднем через 4 суток после операции. Удаление швов в 250 наблюдениях выполняли в условиях ООО МЦ «Новая клиника». Остальным больным швы были сняты в амбулаторных условиях по месту жительства.

За весь период анализа у 3 больных на 5–7 сутки обнаружены серомы, которые были удалены путем пункцией или методом зондирования операционной раны. У двух больных на 2–3 сутки обнаружены гематомы в объеме 3–5 мл. Гематомы были удалены методом зондирования раны.

Таким образом, можно предположить, что снижение количества воспалительных раневых осложнений зависит от полного объема профилактических и лечебных мероприятий, начиная с предоперационного введения антибиотиков, наблюдения за состоянием зоны операции, оценки степени выраженности эндогенного токсикоза и осмотра больных после операции в течение 7–10 дней.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ДРЕНАЖА «КСЕНОПЛАСТ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Е. А. Ивачев

НУЗ «Отделенческая клиническая больница
на ст. Пенза ОАО «РЖД», г. Пенза

Актуальность. В настоящее время в лечении глаукомы широко используются операции непроникающего типа, в том числе непроникающая глубокая склерэктомия, которая дает высокий гипотензивный эффект. Однако в отдаленные сроки после хирургического лечения эффективность операции снижается. По мнению большинства, офтальмохирургов, основной причиной неудовлетворительного результата антиглаукоматозной операции является избыточное рубцевание интрасклерального ложа и субконъюнктивального пространства, что нарушает отток внутриглазной жидкости по сформированным ходам.

Цель. Сравнить гипотензивную эффективность модифицированной непроникающей глубокой склерэктомии с имплантицией ксенопласта и классической непроникающей глубокой склерэктомии у больных с первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. В исследование вошло 77 пациентов, которые были разделены на 2 группы: основная – 37 больных, которым проведена модифицированная непроникающая глубокая склерэктомия с имплантацией дренажа «Ксенопласт» (патент РФ № 2539554 от 04.12.2014); группа сравнения – 40 пациентов, им выполнена классическая непроникающая глубокая склерэктомия.

Предоперационное обследование больных проводилось в следующем объеме: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия, периметрия, тонометрия.

Среднее тонометрическое внутриглазное давление у пациентов основной группы до операции составило 28,19±0,37 мм рт. ст., границы полей зрения по всем меридианам больных основной группы составил 352,74±33,45°, средняя максимальная корригируемая острота зрения – 0,51±0,05.

Среднее тонометрическое внутриглазное давление у больных группы сравнения до операции составило 28,04±0,42 мм рт. ст., средний показатель границ полей зрения по всем меридианам составил 338,64±27,37°. максимальная корригируемая острота зрения – 0,55±0,06.

Модифицированная непроникающая глубокая склерэктомия выполняется следующим образом: паралимбально проводится разрез конъюнктивы.

Затем выкраивается П-образный склеральный лоскут размером 3×2 мм свободным краем к лимбу, а основанием в сторону экватора. С помощью лезвия формируется склеральный тоннель глубиной 2 мм, который открывается в субтеноновое пространство, где и будет находиться фильтрационная подушечка. Следующим этапом выкраивается более глубокий склеральный лоскут прямоугольной формы на 1/3 толщины склеры. При диссекции единым блоком удаляется периферическая часть роговичной ткани и наружная стенка шлеммова канала, при этом вскрывается его полость. При помощи канюли через интрасклеральный канал в субтеноновую полость в зону будущей фильтрационной подушечки вводится вискоэластический препарат. Затем в сформированный тоннель помещается в переднезаднем дренаж «Ксенопласт», тем самым расширяя его. Поверхностным склеральным лоскутом накрывается фильтрующая трабекулярно-десцеметовая мембрана, на лоскут накладываются два узловых шва. На конъюнктиву – непрерывный шов.

Операции и послеоперационные периоды протекали без осложнений. Больным проводились антибактериальная и противовоспалительная терапии.

Результаты. Среднее тонометрическое внутриглазное давление у больных основной группы в послеоперационном периоде (через 18 месяцев) составило 19,60±0,79 мм рт. ст., максимальная корригируемая острота зрения – 0,55±0,09, (разница до- и послеоперационной остроты зрения статистически недостоверная – 0,04±0,01 (p = 0,402)). Средний показатель границ полей зрения по всем меридианам к 18 месяцу послеоперационного периода составил 362,36±31,62°, что на 9,62±28,82° (p = 0,645) больше, чем до операции.

У больных группы сравнения среднее послеоперационное тонометрическое давление за весь срок наблюдения составило 21,89±0,36 мм рт. ст. Средняя максимальная корригируемая острота зрения – 0,50±0,07; изменения показателей остроты зрения по сравнению с дооперационными были статистически недостоверны (снизилась на 0,04±0,03 (p = 0,542)). Средний показатель границ полей зрения по всем меридианам к 18 месяцу послеоперационного периода составил 321,46±31,29°, что на 17,18±19,18° (p = 0,602) меньше, чем до операции.

Выводы. Гипотензивный эффект модифицированной непроникающей глубокой склерэктомии с имплантацией «Ксенопласт» на 2,29 мм рт. ст. выше, чем у больных после классической непроникающей глубокой склерэктомии. Зрительные функции, в виде периметрии и остроты зрения у пациентов основной группы улчшились, тогда как у больных контрольной – уменьшились.

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Д. С. Ирышков

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

1. Всеми исследователями признается то, что правильно подобранные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), обладают лечебно-профилактическим действием при гиперплазии эндометрия (N85.0). С лечебной целью важен подбор гестагенного компонента КОК, который должен угнетать эстроген-индуцированную пролиферативную активность в эндометрии, приводящую к гиперпластическому процессу.

2. Гестагенный компонент современных КОК отличается большим разнообразием. С позиций лечения гиперплазии особое значение имеет секреторно-трансформирующая способность прогестина, входящего в состав КОК. Наиболее сильным при данной патологии следует признать гестоден, потому что он обладает высоким сродством к прогестероновым рецепторам и биодоступность гормона при пероральном приеме составляет 87–99 %. Для секреторной трансформации эндометрия достаточно 2 мг гестодена на цикл. Гестоден относится к гестагенам 3-го поколения. Метаболически нейтрален до минимума, в связи с чем рекомендован для женщин с повышенным ИМТ. Нет антиандрогенного и глюкокортикоидного эффекта, есть очень легкое минералокортикоидное действие. При этом надежный прогестин, отлично контролирующий эндометрий в очень маленькой дозировке.

3. Для лечения железистой гиперплазии без атипии следует использовать низкодозированный КОК, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ). Этот выбор обусловлен тем, что главным симптомом гиперплазии эндометрия является маточное кровотечение, а хороший контроль цикла у женщин с маточными кровотечениями можно достичь только при использовании низкодозированных, но не микродозированных КОК. Всеми этими данными наиболее удовлетворяет Фемоден (Дженерик: Линдинет-30), содержащий 75 мкг гестодена и 30 мкг ЭЭ, Марвелон (Дженерик: Регулон) содержащий метаболически нейтральный дезогестрел 150 мг и 30 мкг ЭЭ.

4. КОК должен быть монофазным, для того, чтобы избежать пиковых концентраций эстрогенов. Этинилэстрадиол в составе КОК служит двум целям. Во-первых, он обеспечивает стабильность эндометрия и минимизирует возможность прорывных кровотечений, что ведет к контролю менструального цикла. Во-вторых, этинилэстрадиол потенцирует действие прогестина, благодаря увеличению концентрации внутриклеточных рецепторов прогестерона.

5. Входящий в состав гестоден – прогестаген, который не обладает способностью стимулировать активность α- и β-эстрогеновых рецепторов благодаря высокому сродству к рецепторам прогестерона. Гестоден подавляет экс-

прессию эстрогеновых рецепторов в клетках-мишенях, тем самым предупреждая чрезмерную стимуляцию этих клеток эстрогенами.

Преимуществами КОК при лечении гиперпластических процессов эндометрия являются:

– снижение гиперэстрогении и её клинических проявлений;

– высокая секреторно- трансформирующая активность прогестина по отношению к эндометрию;

– регуляция менструального цикла;

– репродуктивный возраст пациентки и необходимость контрацепции.

– протективный эффект гормонально-зависимых органов.

6. Существуют несколько схем приема КОК:

Обычная контрацептивная схема – 21 день приема и 7 дней перерыва, и пролонгированная схема.

7. При короткой схеме вовремя 7-ми дневного перерыва наблюдаются пики эстрогенов, что неблагоприятно для течения заболевания.

8. Предпочтение в гормонотерапии следует отдавать пролонгированному режиму.

– влияние на репродуктивную систему более значимое по сравнению со стандартным режимом: отсутствие «всплесков» эстрадиола;

– укорочение общего курса лечения на четыре недели: 2 пролонгированных цикла по сравнению с 6-ю стандартными;

– частота рецидивов после окончания лечения при пролонгированном режиме – 6,7 %, при стандартном режиме – 14,3 %, без гормональной терапии – 72 %.

9. Необходимо отметить, что железистую гиперплазию эндометрия можно лечить с помощью КОК только в случае: если пациентка не старше 45 лет, у неё отмечается первый эпизод заболевания и нет прямых противопоказаний для приёма КОК.

10. Дифференцированный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия основывается на клинических и морфологических особенностях заболевания, индивидуальном подборе препаратов и предполагает системное воздействие на эндокринные и метаболические процессы в организме.

БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е. С. Исаева

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

Введение. Трофические язвы являются наиболее тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей [3, 5]. Снижение сократительной функции мышц приводит к резкому ухудшению

венозного оттока из нижних конечностей [6, 7]. Влияние двигательных и статодинамических нарушений на прогрессирующее течение ХВН нуждаются в дальнейшем изучении и коррекции [4]. Разработка и внедрение неинвазивных методов медицинской реабилитации пациентов с ХВН в настоящее время является актуальным направлением [1, 2].

Цель исследования: повышение эффективности результатов комплексного лечения ХВН за счет применения биомеханической пневмовибрационной стимуляции (БПВС) нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Обследовано 54 пациента с С5 классом. Средний возраст 61,7 ± 2,4 лет. Мужчин – 54 %. С С6 классом 58 пациентов. Средний возраст 64,2±3,1 года. Преобладали женщины – 48 (82,7 %). В качестве методов обследования использовали УСДГ, фотоплантографию, клинический анализ движения. Для коррекции артрогенного конгестивного синдрома применяли БПВС. Диапазон параметров упругих колебаний эластической оболочки пневмокамер: амплитуда – 0±50 мм, частота – 2±30 Гц и давление – 0±3,0 кгс/см². Курс состоял из 7–14 ежедневных 15 минутных процедур в ортостазе. Статистическую обработку полученных данных осуществляли методами вариационной статистики с помощью программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Выявлено резкое снижение компенсаторных реакций опорно-двигательной системы. Повторные электромиографические исследования зафиксировали после 1 сеанса стимуляции и после окончания курса увеличение потенциалов двигательных единиц икроножной и передней большой берцовой мышц ($p < 0,05$). По данным УСДГ улучшался венозный отток по системе мышечных и подкожных коллатералей, а объемный кровоток снижался до 256,02±1,6 мл/мин. После 7 сеанса показатель цикла шага находился в пределах 1,44±0,02 и 1,40±0,06 сек, соответственно на пораженной и интактной конечности. Снижалась асимметрия длительности периода опоры – 62,18±1,02 % и 62,36±1,08 %. Длина шага – 62,4±1,2 см (на стороне поражения) и 60,8±1,2 см; база шага – 7,2±1,06 см для обеих конечностей; угол разворота стопы - 9,1±1,1° и 8,7±0,9°. Увеличивалась амплитуда движений тазобедренного и коленного суставов: T_0 = 26,0±1,04° и T_2 – 8,1±1,35°, а K_1 = 14,9±1,41° и K_3 = 49,6±1,01°. На пораженной конечности увеличивалась амплитуда голеностопного сустава ($Г_3$= –12,1±1,03°). Функциональная электромиография фиксировала рост пиковых амплитуд максимума1 и максимума2 ($p < 0,05$). Нормализация временных и пространственных параметров свидетельствует об укреплении задней группы мышц голени, уменьшении степени функциональной недостаточности нижних конечностей и нормализации параметров походки пациентов. Лечебный эффект достигается за счет стимуляции мышечно-венозной помпы, восстановления и коррекции рессорной, балансировочной, толчковой функций стоп в условиях статического и динамического их нагружения, разработки голеностопного сустава. Время переката через носок снижалось до 17,9±1,3 % при норме 22,1±0,06 %

($p < 0,05$). Ускорялся до 35,1±1,1 % перекат через голеностопный сустав ($p < 0,05$). Возрастала амплитуда локомоций, достигая на стороне пораженной конечности – $Г_3$= –12,4±1,02° ($p < 0,05$). Оценка отдаленных результатов лечения с применением БПВС зафиксировала сохранение положительного эффекта в течение 6 месяцев.

Выводы. БПВС является эффективным, неинвазивным методом медицинской реабилитации пациентов с ХВН нижних конечностей.

Библиографический список

1. Жуков, Б. Н. Биомеханическая пневмовибрационная стимуляция при медицинской реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1993. – № 2. – С. 38–42.

2. Жуков, Б. Н. Пути повышения эффективности реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, Я. В. Сизоненко, П. Ф. Кравцов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2009. – № 4. – С. 19–22.

3. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение вазотрофических язв при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 701–709.

4. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. А. Мельников, М. Ю. Кушнарчук // Лазерная медицина. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 23–28.

5. Эффективность применения послойной дерматолипэктомии (shave therahy) в комплексном лечении пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей / С. Е. Каторкин, М. А. Мельников, П. Ф. Кравцов, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук, А. А. Репин // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 255–264.

6. Кравцов, П. Ф. Влияние тренировки мышечного компонента мышечно-венозной помпы нижних конечностей на течение варикозной болезни / П. Ф. Кравцов, С. Е. Каторкин, В. В. Волковой, Я. В. Сизоненко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 6. – С. 33–36.

7. Сизоненко, Я. В. Дисфункция мышц венозной помпы у пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей / Я. В. Сизоненко, С. Е. Каторкин, И. И. Лосев // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24, № 1. – С. 55–61.

ЛИСТЕРИОЗ

Ж. Н. Карнеева[1], И. П. Баранова[1], Е. Г. Волик[2], О. А. Филатова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», г. Пенза

Одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и перинатологии является проблема внутриутробных инфекций (ВУИ). ВУИ в структуре причин перинатальной смертности занимают 3–4 место после гипоксии, дыхательных нарушений, врожденных пороков развития. Возбудителями ВУИ могут быть многие виды бактерий, вирусы, паразиты, грибы, а также простейшие. Одной из инфекций, приводящей к высокой летальности и инвалидности детей, является врожденный листериоз (детский септический гранулематоз), вызываемый *L. monocytogenes*. Листериоз обусловливает 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: демонстрация случая листериоза у новорожденного и отдаленные последствия заболевания.

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 крови, мочи и содержимого трахеобронхиального дерева у новорожденных детей, а также образцы плаценты. Используется бактериологический метод (посев на питательные среды), серологический метод (РПГА), также проводится патологоанатомическое исследование плаценты, внутренних органов погибших новорожденных. Обследованы 1628 новорожденных детей с подозрением на ВУИ: посевы мазков с кожи (1628), из зева (933), из пупочной ранки (46), из глаз (810).

Результаты исследования. В результате обследования листерии выявлены у 6 детей. У троих недоношенных детей листерии обнаружены в мазке с кожи; углубленное обследование (бак. посевы крови, мочи, мазков из зева) этих пациентов и их матерей не выявило органной патологии и наличия листерий в других средах.

У трех пациентов с генерализованной ВУИ 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). В одном случае генерализованной внутриутробной инфекции наступил летальный исход. Приводим клиническое наблюдение: девочка Д., родилась от 1 беременности,

протекавшей на фоне угрозы прерывания с 28 недель гестации. У матери – эрозия шейки матки, кольпит. Роды преждевременные в сроке 32 недели в головном предлежании. Масса тела при рождении 1650 г., длина тела – 41 см. Состояние при рождении тяжелое за счет синдрома дыхательных расстройств, незрелости, угнетения рефлексов. Оценка по шкале Апгар – 7/7 баллов. Через час после рождения ребенок переведен на ИВЛ, госпитализирован в отделении реанимации и интенсивной терапии, где находился 6 дней (ИВЛ – 2 суток, СРАР – 1 сутки), затем в течение месяца – в отделении недоношенных детей. В анализе крови отмечался лейкоцитоз (до 13, 2×10^7), из трахеобронхиального дерева выделена Listeria monocytogenes. Кроме того, при проведении нейросонографии выявлена перивентрикулярная лейкомаляция в стадии кистообразования. Окончательный диагноз: Врожденный листериоз (детский септический гранулематоз). Врожденная пневмония. Асфиксия I степени. Рассеянные ателектазы легких. СДР II степени. Перивентрикулярная лейкомаляция. Синдром вегето-висцеральной дисфункции. Недоношенность 32 недели. ЗВУР по гипотрофическому типу.

При обследовании матери в крови методом РПГА выявлены антитела к листериям в титре 1:400. Мать и ребенок получили этиотропную терапию ампициллином. Последующее обследование матери выявило снижение титра после лечения до 1:200. У ребенка при последующем обследовании листерии не выделялись.

В возрасте 3 месяцев девочка повторно перенесла пневмонию. Одновременно получала лечение по поводу последствий перинатальной патологии центральной нервной системы (гипоксия, ВЖК II степени, синдром двигательных нарушений), анемии.

Дальнейшее наблюдение за ребенком показало отставание в нервно-психическом развитии и соматические расстройства: девочка на пятом году жизни не сидит, не стоит, не ходит. Является инвалидом (диагноз: детский церебральный паралич, спастический тетрапарез). Сопутствующие заболевания: Открытое овальное окно. Дополнительные хорды левого желудочка (реконвалесцент инфекционно-токсической кардиопатии на фоне ОРЗ). Хронический вульвовагинит. Вторичный пиелонефрит. Ротация правой почки. Гипертрофия аденоидов II степени. Ребенок часто болеет простудными заболеваниями.

Заключение. Таким образом, проблема листериоза остается актуальной в практике акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, инфекционистов и является междисциплинарной. Дети с врожденным листериозом нуждаются в длительном диспансерном наблюдении с проведением комплексной оценки состояния здоровья и реабилитационных мероприятий.

АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ И СТАБИЛОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

С. А. Карпицкая

ГБУЗ «Клиническая больница № 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» (Овезов А. М. 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.

Есть все основания полагать, что один из 7 параметров когнитивных функций человека (психомоторная функция – способность составлять, сохранять и выполнять двигательные программы), мы можем объективно оценить количественно при помощи стабилографии. В отличие от метода анкетирования, являющегося основным способом выявления когнитивных дисфункций, результаты стабилографического исследования больного объективно отражают интегральную двигательную реакцию поддержания равновесия, реализующейся при участии зрительной, вестибулярной и проприоцептивной сенсорных систем.

В настоящее время для оценки функции равновесия человека применяются компьютерные стабилографы, 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 (Скворцов Д.В., 2007). В результате исследования компьютеризированный стабилограф выдает графики перемещения центра давления, представленные как функция от времени для фронтальной и сагиттальной плоскости. Динамике стабилографических показателей в периоперационном периоде посвящены единичные исследования (Истомина Т. В. и соавт., 2011; Карпицкая С. А., 2013, 2015; Сафронов и соавт., 2014).

Основной причиной эпизодического использования стабилографии в анестезиологии считается невозможность провести исследование во время хирургического вмешательства. Тем не менее, сравнение показателей стабилографии в послеоперационном периоде с исходными показателями до операции могут в определенной степени свидетельствовать об изменениях одной из когнитивных функций больного – психомоторной функции – в связи с проведенной анестезией.

Оценка изменений стабилограммы в периоперационном периоде изучена у 60 больных при лапароскопической холецистэктомии. Использован компьютеризированный стабилограф «ST-150», который помимо графиков перемещения центра давления на платформу прибора выдает значения более 20 характеристик этого перемещения при закрытых и открытых глазах. Исследование неинвазивное, продолжается не более 2 мин.

В процессе выполнения исследования получен патент на изобретение «Способ снижения анестезиологического риска при проведении лапароскопической холецистэктомии» № 2594976. Зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 28 июля 2016 г.

Клиническая интерпретация полученных результатов подтверждает выраженный положительный эффект периоперационного использования антигипоксантов и антиоксидантов (мафусола и кардиоксипина) при лапароскопической холецистэктомии и создает перспективу использования стабилографических данных в качестве дополнительных критериев адекватности анестезии.

ИЛИОФАСЦИАЛЬНАЯ БЛОКАДА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Н. А. Карпун[1,2], Н. И. Чаус[1,2], Д. Г. Макаревич[2], В. Н. Лыхин[2], В. С. Соловьев[2], Е. А. Евдокимов[1]

[1]ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 68»
Департамента здравоохранения города Москвы,
г. Москва

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в России стремительно набирает обороты, с каждым годом нарастает количество оперативных вмешательств с применением высоких медицинских технологий для лечения сложных заболеваний. Эндопротезирование тазобедренного сустава относится к одной из таких операций. Болевой синдром в послеоперационном периоде требует особого внимания к качеству аналгезии, что в свою очередь отражается на ранней реабилитации пациентов. «Золотым стандартом» аналгезии в настоящее время является продленная эпидуральная инфузия местных анестетиков. Тенденция к увеличению продолжительности жизни привела к тому, что основную группу пациентов составляют пациенты преклонного и старческого возраста. Совокупная коморбидность пациентов с различными анатомическими деформациями часто приводит к ограничениям в выполнении катетеризации эпидурального пространства, а системная аналгезия с применением наркотических аналгетиков, в пожилом возрасте, может привести к ряду неблагоприятных побочных эффектов.

С целью альтернативного метода аналгезии эндопротезирования тазобедренного сустава проведена оценка илиофасциальной блокады выполняемой под ультразвуковым контролем выше паховой складки у 15 пациентов преклонного и старческого возраста. Оперативное вмешательство выполнялось в условиях многокомпонентной сбалансированной анестезии с искусственной вентиляцией легких. Илиофасциальная блокада выполнялась после интубации трахеи, с использованием ультразвуковой навигации. После идентификации подвздошной фасции проводилось введение местного анестетика Ropivacaini 2 mg/ml – 40 ml с последующей катетеризацией.

Болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) сразу после пробуждения пациентов, через 2–4–6–12 ч.

Время оценки, часы (ВАШ)	0	2	4	6	12
Илиофасциальная блокада, ВАШ	1,8	2,5	1,7	2,5	1,8

Интервал повторного введения местного анестетика через илиофасциальный катетер составил 6 ч. Системная аналгезия кеторолак-20 мг (через 8 ч), 2 пациента потребовали введения промедола – 10 мг через 6 ч после оперативного вмешательства. За время наблюдения критических гемодинамических нарушений не отмечено.

Илиофасциальная блокада имеет достаточный аналгетический потенциал в условиях мультимодальной аналгезии и может рассматриваться альтернативным методом аналгезии после оперативных вмешательств в области тазобедренного сустава.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Н. С. Карташева[1], С. Л. Тузов[1], Л. А. Мусатова[1], А. В. Котовский[1], Н. Д Макарова[2], С. В. Заикина[2], Т. В. Фролкова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Городская детская поликлиника», г. Пенза

Внедрение в практику здравоохранения стационарзамещающих технологий направлено на совершенствование организации, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических организаций. К основным организационным формам стационарзамещающих технологий относят: стационар на дому, дневные стационары в структуре амбулаторно-поликлинических, лечебных учреждений, консультативно-диагностических центров. В педиатрии наибольшее распространение получили дневные стационары, функционирующие на базе детских поликлиник. В Российской Федерации доля детских дневных стационаров на конец 2000 г. составляла 6,5 % от общего числа дневных стационаров в стране. Дальнейшее развитие стационарзамещающих технологий рассматривается как одна из задач по повышению доступности и качества медицинской помощи детям.

Детские дневные стационары в структуре амбулаторно-поликлинических организаций предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения. Данные структурные подразделения законодательно определены как самостоятельный вид медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Организация дневных стационаров при детских поликлиниках позволяет оказывать в амбулаторных условиях квалифицированную медицинскую помощь с применением современных медицинских технологий, проводить лечебные и диагностические процедуры пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении. Дневной стационар позволяет повысить эффективность работы поликлиники, увеличить объём оказываемой помощи, более активно использовать ресурсы поликлиники.

В г. Пензе дневной стационар в структуре ГБУЗ «Городская детская поликлиника» организован в 2009 г., первоначально состоял из двух территориально отдельных подразделений на 35 коек. В 2016 г. произошло территориальное объединение, при этом коечный фонд сократился на 5 коек. В настоящее время дневной стационар на 30 коек размещен в обособленном помещении городской детской поликлиники № 2. В составе дневного стационара: манипуляционный, врачебный, физиотерапевтический, массажный кабинеты, палаты для детей. Режим работы строится по 6-ти дневной рабочей неделе, в одну смену. В дневном стационаре работают три врача-педиатра, имеющие высшую квалификационную категорию, владеющие методами догоспитальной реанимационной помощи. Выделен врач-педиатр на правах заведующего, который осуществляет координационно-организационную и лечебную деятельность. В составе среднего мед. персонала – 7 мед. сестер. В своей деятельности дневной стационар использует диагностическую, лечебную базы и консультации узких специалистов ГБУЗ «Городская детская поликлиника». Отработана система связи дневного стационара со всеми структурными подразделениями городской детской поликлиники. Больные дети из дневного стационара обслуживаются в первую очередь.

Госпитализации подлежат больные дети, в том числе инвалиды детства, старше трех лет с хроническими и длительно протекающими заболеваниями, не требующие круглосуточного медицинского наблюдения. Основную возрастную группу составляют дети школьного возраста. В дневном стационаре проводится комплексное курсовое противорецедивное лечение детям с хронической патологией; подбор адекватной терапии больным с впервые выявленными заболеваниями; по показаниям – курсы интенсивной терапии, включающие внутривенные инъекции, капельные инфузии лекарственных препаратов; лечебно-диагностические манипуляции. Объем помощи регламентируется стандартами медицинской помощи, протоколами лечения и др.

В структуре заболеваний, поступающих на лечение детей по классам МКБ-10 преобладают болезни нервной системы, органов пищеварения, дыхания, болезни системы кровообращения. Наиболее часто госпитализация обусловлена такими заболеваниями как церебральная ангиодистония, вегетососудистая дистония, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, синдром Жильбера, дискинезия желчевыводящих путей, рефлюкс-эзофагит, рецидивирующий обструктивный бронхит, бронхиальная астма. В объем диагностических исследований, проводимых в дневном стационаре, по показаниям входят: реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), рентгенография, ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), Холтер-диагностика. Проводятся биохимические анализы крови с определением трансаминаз, билирубина и его фракций, тимоловой пробы, С-реактивного белка, белковых фракций, сиаловых кислот и др.

В дневном стационаре используется комплекс лечебных мероприятий, включающий парентеральное и пероральное введение лекарственных средств, инфузионную терапию. Физиотерапевтическое лечение включает УВЧ-терапию, электрофорез с лечебными препаратами, небулайзерные ингаляции. В комплексной терапии проводится лечение не только основного, но и сопутствующих заболеваний, проводится комплекс общих оздоровительных мероприятий. Преимуществом дневного стационара является отсутствие психологической травмы, связанной с госпитализацией в круглосуточный стационар. Кратковременное, в течение 3–5 ч, пребывание на лечении, не нарушает привычный уклад жизни ребенка. Критерием эффективности лечения в дневном стационаре являются показатели исхода лечения. Учитывая хронический, длительный характер течения заболеваний госпитализируемых детей, такими критериями являются: улучшение состояния, без перемен, ухудшение состояния здоровья.

Анализ деятельности детского дневного стационара за период с 2010 по 2016 г. показал, что ежегодно стационарзамещающую помощь получали от 974 до 1136 детей, в среднем 1052 ребенка в год, что составило в среднем 33,5 % от количества детей, пролеченных за год в соматических отделениях круглосуточного стационара. Коечный фонд дневного стационара (30 коек) составляет 26,5 % от коек всех соматических отделений (113 коек) круглосуточного стационара.

За период с 2014 по 2016 г. стационарзамещающая помощь оказана 3038 детям. Средний пациенто-день составил в 2014 г. – 9,5; 2015 г. – 9,3; 2016 г. – 8,8; что меньше, чем в стационаре круглосуточного пребывания. В структуре заболеваний наибольший удельный вес имели болезни нервной системы: в 2014 г. – 98,4 %; 2015 – 99,3 %; 2016 – 99,1 %. Вторую по численности группу представляли заболевания гастродуоденобилиарной системы. Показатель клинической эффективности лечения в дневном стационаре составил: в 2014 г – 98,4 %; 2015 г. – 99,3 %; в 2016 г. – 99,1 %. За 3 года не было ни одного случая ухудшения состояния здоровья детей. Оценка деятельности дневного стационара показала экономическую эффективность лечения. Так, тариф на один законченный случай лечения в условиях дневного стационара по профилю «Неврология» в клинико-статистической группе (КСГ) «болезни нервной системы» на 01.01.2017 г. составил 8130,93 руб., а в условиях круглосуточного стационара более 13 000 руб.

Таким образом, стационарзамещающие формы медицинской помощи способствует повышению экономической эффективности лечения, доступности и качественному развитию первичной амбулаторно-поликлинической помощи детям.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С. Е. Каторкин, А. К. Повелихин

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

Введение. Сочетанию и взаимному отягощению хронической венозной недостаточности, а также заболеваниям опорно-двигательной системы необходимо уделять повышенное внимание [2, 4, 7]. Вопросы лечения и реабилитации данной группы пациентов должны рассматриваться на качественно новом уровне на основе внедрения инновационных технологий [1, 3, 5, 6]. Нуждаются в определении критерии системного функционального подхода в диагностике и разработка патогенетически обоснованного алгоритма применения физических факторов и вариантов оперативных вмешательств [8, 9, 10].

Цель исследования: улучшить результаты медицинской реабилитации пациентов с сочетанной патологией опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей за счет применения комплексного междисциплинарного подхода к выбору оптимальной тактики лечения.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 562 пациентов с сочетанной патологией опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (УСДГ, КТ, плантография, подометрия, гониометрия, функциональная электромиография). Пациентам с патологией опорно-двигательной системы и сопутствующими хроническими заболеваниями вен С3–С6 классов выполняли комбинированное оперативное вмешательство (n = 506), направленное на коррекцию нарушений периферической венозной гемодинамики и лимфооттока. Оценка качества жизни пациентов производилась с использованием опросника «SF-36 Healf Status Survey». Оценка отдаленных результатов оперативного лечения (до 3 лет) произведена с использованием критериев доказательной медицины.

Результаты исследования. Клинический С3 класс диагностирован у 191 (34 %), С4 – у 151 (27 %), С5 – у 129 (23 %) и С6 – у 91 (16 %) обследованных. Нетравматическая патология стоп выявлена у 499 (89 %), а явления артроза суставов стопы у 252 (45 %) пациентов. Клинический анализ движений выявил патологические изменения цикла шага и функциональную недостаточность нижних конечностей. Зафиксировано увеличение плотности кожи и подкожной клетчатки до 8,2±0,16 HU, мышц в заднем глубоком компартменте голени – до 4,3±0,18 HU. Сочетанная патология опорно-двигательной и венозной систем приводит к развитию артрогенного конгестивного синдрома. При С5-С6 классах возможно формирование хронического компартмент-синдрома. При сопутствующей патологии вен С3–С6 классов необходимо сна-

чала проводить коррекцию венозной недостаточности. Ортопедическое оперативное вмешательство выполняется через 1–3 месяца после реабилитации.

Выводы. При медицинской реабилитации пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей необходим мультидисциплинарный подход. Разработанные критерии системного функционального подхода в диагностике и лечении помогут избежать многих ошибок в лечении пациентов данной категории.

Библиографический список

1. Жуков, Б. Н. Пути повышения эффективности реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, Я. В. Сизоненко, П. Ф. Кравцов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2009. – № 4. – С. 19–22.

2. Каторкин, С. Е. Значение компьютерной томографии в диагностике хронического компартмент синдрома у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. С. Осадчий, А. А. Жуков, Е. С. Исаева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 2. – С. 330–334.

3. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение вазотрофических язв при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 701–709.

4. Каторкин, С. Е. Эффективность методов клинической биомеханики в диагностике и лечении пациентов с сочетанной патологией венозной и опорно-двигательной систем нижних конечностей / С. Е. Каторкин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2015. – Т. 8, № 1 (26). – С. 45–51.

5. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. А. Мельников, М. Ю. Кушнарчук // Лазерная медицина. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 23–28.

6. Эффективность применения послойной дерматолипэктомии (shave therahy) в комплексном лечении пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей / С. Е. Каторкин, М. А. Мельников, П. Ф. Кравцов, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук, А. А. Репин // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 255–264.

7. Котельников, Г. П. Особенности диагностики и тактики лечения пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей / Г. П. Котельников, И. И. Лосев, Я. В. Сизоненко, С. Е. Каторкин // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 3. – С. 42–53.

8. Москвин, С. В. Эффективность новой комбинированной лазерной терапии больных с трофическими язвами нижних конечностей и хронической венозной недостаточностью / С. В. Москвин, А. В. Гейниц, Е. В. Асхадулин // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23, № 1. – С. 96–101.

9. Сушков, С. А. Технология реабилитации больных с варикозной болезнью после оперативного лечения / С. А. Сушков // Новости хирургии.- 2007. – Т. 15, № 2. – С. 82–89.

10. Katorkin, S. Photodynamic therapy in the treatment of trophic leg ulcers / S. Katorkin, Y. Sizonenko, M. Nasyrov // Vasomed. – 2015. – Т. 27, № 2. – С. 82–84.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ ИМУННО-БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н. Ю. Келина, В. Г. Васильков

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Развитие полиорганной недостаточности у категории пациентов с деструктивно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости, в значительной мере объясняется эндотоксикозом организма, выраженность которого характеризуется как клиническими проявлениями, так и уровнем концентрации и активности метаболитов в биологических средах организма.

Помимо основных факторов, влияющих на развитие интоксикационного синдрома, таких как возраст, наличие сопутствующей патологии, и других не менее важных критериев в диагностике интоксикации и механизмов ее развития, не надо забывать и о таком факторе, как дисбаланс иммунного ответа, что благоприятствует развитию заболевания.

Существует большое количество методов регистрации эндогенной интоксикации. Однако, механизм объективных способов оценки тяжести, течения и выявления каскадности и характера нарушения обменных процессов при гнойно-септических осложнениях требуют освящения проблемы в виде предпосылок к созданию информационной системы, которая должна помочь в обеспечении раннего выявления изменений в организме человека.

Вместе с тем, не полностью решена задача характера, локализации и степени выраженности повреждений органов и функционирования систем организма, последующих расстройств в функционировании систем жизнеобеспечения организма, к которым относят эндотоксикоз, снижение иммунореактивности, существенно влияющие на исход заболевания и требующие своевременной объективной диагностики.

Принципиально важно, что происходящие нарушения метаболизма могут приводить к обратимым и необратимым нарушениям на системном, тканевом, клеточном и молекулярном уровнях. Этот тезис, выдвинутый академиком Неговским В. А. в 1986 г., был подтвержден в работах научных школ Семенова В. Н. (1995) и Мороз В. В. (2000).

Учениками научной школы профессора Василькова В. Г., начиная с 1985 г., изучается синдрома эндогенной интоксикации, который относится к

числу ведущих патологических синдромов в раннем послеоперационном периоде у больных с гнойно-септическими заболеваниями.

В клинике лечения этого грозного синдрома, тактика лабораторной оценки состояния нарушений гомеостаза построена на основе системного подхода биохимического мониторинга у больных, перенесших оперативное лечение при абдоминальной патологии. Выбор данной тактики исследования продиктован и тем, что в организме пострадавшего сложно отследить патофизиологические изменения, трудно изучить обменные процессы при диагностике развития аутоотравления и коррекции гипоксии. Проявления болезни сочетаются с несоответствием между образованием и клиренсом естественных метаболитов.

Одним их положений, вытекающих из существующих представлений, является утверждение о том, что субстратом эндотоксикоз являются продукты извращенного метаболизма, источники бактериемии и эндотоксемии, вызывая опосредованную системную воспалительную реакцию организма. Эндотоксины, накапливаясь в крови, тем самым выполняют регуляторную функцию.

Для работы клинико-диагностических лабораторий создаются лабораторные информационные системы. Подобные системы позволяют повысить качество обслуживания пациентов за счет сокращения числа ошибок и уменьшения сроков выполнения исследований, создавать инструменты контроля и управления лабораторией, увеличивать производительности работы персонала, создавать единого информационного пространства.

Цель исследования. На основании результатов исследований и публикаций, в которых рассматривались аспекты комплексной биохимической оценки тяжести состояния у больных с деструктивно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости, предложить клинико-лабораторный контроль с применением информационных систем оценки синдрома эндогенной интоксикации.

В статье рассмотрены вопросы разработки специализированного комплекса лабораторного контроля иммуно-биохимического гомеостаза при оценке эндогенной интоксикации у больных перитонитом в раннем послеоперационном периоде. Существующая в клинике неотложных состояний проблема гнойно-септических осложнений не теряет своей актуальности.

Материал и методы. В основу положены клинические наблюдения и клинико-биохимические исследования, выполненные в период с 1985 г. по 2009 г. у больных находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии больницы № 6 им. Г. А. Захарьина г. Пензы. Пациенты были оперированы по поводу разлитого перитонита реактивной, токсической и терминальной стадии, хирургических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, не осложненных перитонитом. В группу обследованных вошли лица мужского и женского пола, в возрасте от 25 до 65 лет. В качестве контрольной группы были обследованы здоровые лица от 35 до 50 лет, обоего

пола, у которых при амбулаторном обследовании не выявлены патологические изменения со стороны систем детоксикации организма.

Информация получена в клинических наблюдениях с помощью комплексного набора методик, отражающих состояние периферической формулы крови по гематологическим и иммуно-биохимическим методам исследования.

Статистический анализ проведен с учетом комплекса статистических методов из пакета программ SPSS 19.0 для научных исследований. Для принятия гипотезы применили уровень достоверности 95 % ($p = 0,05$).

Результаты. Согласно представленным в настоящей работе задачам, были проведены три серии исследований. Первая серия проведена с 1985 по 1993 гг. Был проанализирован 21 параметр (гематологические, биохимические и иммунологические данные сыворотки крови) лабораторного контроля в оценке эндогенной интоксикации. В группах наблюдения пациентам с изначальными патологическими звеньями, воспалительно-деструктивным процессом в брюшной полости, токсемией и ранним вовлечением защитных приспособительных механизмов приводит к значительным нарушениям функционирования жизненно важных органов и реакции защиты.

Течение заболевания, исход разлитого перитонита в значительной степени определяются развивающейся эндогенной интоксикацией. При этом выявлено, что ведущее место в развитии тяжести интоксикационного синдрома принадлежит адекватному ответу иммунной системы на операционную травму и антигенное воздействие. Полученные результаты динамического лабораторного контроля в раннем послеоперационном периоде иммуноглобулинового спектра сыворотки крови, функциональной активности аутоантител, их клиренс из кровотока, подтверждает диагностическую ценность в определении гуморального звена иммунной системы и его ответа на антигенную инвазию. Проведенный корреляционный анализ подтвердил, что реакции в системе защиты гуморальных факторов иммунитета развиваются немедленно после операции и могут быть отнесены к срочным адаптивным реакциям.

Вместе с тем, гиперактивация факторов защиты при экстремальном воздействии может приводить к тому, что эти реакции трансформируются из звена адаптации в звено патогенеза. Следовательно, в дальнейшем развитии синдрома интоксикации и его манифестировании в развитии тяжести состояния организма раннего послеоперационного периода.

Вторая серия наблюдений была посвящена изучению состояния биохимической системы гомеостаза организма, в том числе антиоксидантного статуса, у больных разлитым перитонитом реактивной, токсической и терминальной стадии в послеоперационном периоде, находящихся на лечении в отделении реаниматологии и интенсивной терапии с 1993 по 2001 год. В процессе выполнения научного исследования использовали различные методы лабораторного анализа для изучения вопросов, связанные с развитием интоксикации, и ее тяжести.

При этом, были получены данные, подтверждающие, что основными критериями интоксикационного синдрома являются показатели, характери-

зующие изменения белкового катаболизма, проявляющиеся в нарушении элиминации иммунных комплексов, как субстратов, поддерживающих аутоинтоксикацию. Второй этап работы позволил определить параметры для интегральной оценки биохимических синдромов реализации системного ответа организма на стрессирующее воздействие операционной травмы и реагирование адаптационно-компенсаторных механизмов организма на нарастание синдрома эндогенной интоксикации.

На третьем этапе изучения интоксикационного синдрома у больных с деструктивно-воспалительными заболеваниями предполагалось, что рациональная лабораторная оценка анализируемых клинико-лабораторных показателей даст возможность определить дифференцированный подход к прогнозированию течения заболевания и позволит выделить составляющие структуры биохимической оценки тяжести состояния больных в процессе интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде.

Этими структурами оказались блоки выраженности катаболических процессов; функциональной активности печени; изменения на уровне метаболической цепочки «конечные продукты перекисного окисления – антиоксидантная защита»; нарушение показателей периферической крови, задействованных в свободно-радикальном окислении.

На основании выявленных наиболее прогностических маркеров основных биохимических синдромов, к числу которых можно отнести цитолиз и воспаление, определена их роль в динамике эндотоксикоза, и рассчитать интегральные индексы интоксикации.

Предлагаемые нами критерии оценки аутоинтоксикации базируются на количественных характеристиках катаболизма белка, индикаторных маркеров функциональной активности печени, показателей формулы периферической крови и ряда биохимических параметров, характеризующих функциональные свойства систем детоксикации организма больного в раннем послеоперационном периоде.

В настоящее время, нами предлагается к реализации программный комплекс. Схема выполнения исследований позволит выделить блоки подготовки и обработки данных для клинико-лабораторного анализа.

Реализация программного комплекса предлагается выполнить на базе клиент-серверной архитектуры, с «тонким» веб-клиентом, преимуществом которого являются:

– использование для работы только веб-браузера;

– исключение зависимости от установленной операционной системы (сокращение стоимости необходимого общесистемного ПО);

– возможность построения комплекса на основе свободно распространяемого ПО.

Разрабатываемый программный комплекс позволит:

– развить и усовершенствовать лабораторный контроль состояния иммуно-биохимического гомеостаза пациентов с гипертонической болезнью;

– исследовать возможность использования формальных моделей для обеспечения достоверности оценок функционального состояния органов и систем;

– сократить продолжительности процесса анализа;

– обеспечить раннее выявление патологических изменений иммунобиохимического статуса на основе мониторинга накапливаемых данных.

НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

К. С. Коковихина, С. А. Воронцова

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

Обмороки представляют значительную проблему. Синкопы – до 6 % среди причин обращений за медицинской помощью. Часто на момент обращения пациент не имеет симптоматики. Возможные причины ПС варьируют от доброкачественных до состояний, угрожающих жизни, что требует точной эффективной диагностики.

Важным является стратификация пациентов с синкопальными состояниями, увеличение точности диагностики, снижение случаев гипо – и гипердиагностики синкопов, сокращение расходов, принятие клинических решений в отношении снижения серьезных последствий, уменьшение числа случаев госпитализации.

Необходимо создание синкопальных отделений, имеющих специально обученный персонал и доступ к соответствующим методам диагностики, в которых будет осуществляться стандартизированный подход к диагностике и ведению пациентов, точно поставлен диагноз и назначено соответствующее лечение. Важная задача – обучение врачей, которые сталкиваются с синкопальными состояниями, для достижения качественных консультаций и лечения пациентов.

Материалами для изучения стали: рекомендации по диагностике и лечению обмороков 2009 г., Syncope Unit: rationale and requirement – the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society.

Отделение синкопальных состояний должно иметь в своем составе: кадровое обеспечение – один или несколько врачей любой специальности, которые являются специалистами синкопе, специализированные медицинские сестры или другие лица, которые обладают междисциплинарными навыками; необходимое оборудование/тесты – ЭКГ в 12 отведениях и ЭКГ мониторинг в 3 отведениях, неинвазивный мониторинг АД, активный ортостатический тест, массаж каротидного синуса, тилт-тест, холтеровское мониторирование,

внешний петлевой регистратор, имплантируемый петлевой регистратор, СМАД, базовые тесты вегетативных функций; а также исследования – эхокардиография, ЭФИ, стресс-тест, нейровизуализационные тесты. При необходимости должен быть доступ к консультациям специалистов: кардиология, неврология, терапия, гериатрия, психология.

С помощью формирования синкопального отделения мы стремимся к улучшению качества жизни пациентов, уменьшению частоты и тяжести обмороков, предотвращению ошибочных диагнозов, получению опыта по руководству и контролю состояния, с помощью клинического стационарного наблюдения, ранней диагностики и специализированному уходу за пациентами с синкопальными состояниями.

Библиографический список

1. Рекомендации по диагностике и лечению обмороков 2009 год. – URL: http://cardioplaneta.ru/guideline/esc/92-rekomendacii-po-diagnostike-i-lecheniyu-obmorokov-2009-g.html

2. Паври, Бехзад Б. Обмороки : руководство для врачей : пер. с англ. / Паври Бехзад Б. ; под ред. А. В. Певзнера. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с.

ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

О. П. Колина[1], А. В. Гришин[1], Е. В. Петрова[2]

[1]ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Любые чрезвычайные ситуации природного или антропогенного характера страшны прежде всего тем, что они, как правило, внезапны. К чрезвычайным ситуациям нельзя привыкнуть и полностью обезопасить себя от них. Практически все люди, пережившие их, имеют сильную психологическую травму. В ситуации переживания наступает неконтролируемое тревожное состояние, оно начинается после психологического стресса и продолжается определенное время. Если человек восстанавливается в течение четырех недель, то принято говорить об остром стрессовом расстройстве. Если симптомы сохраняются дольше, то диагностируют посттравматическое стрессовое расстройство. По этой причине человек, переживший тяжелое стрессовое воздействие, нуждается в профессиональной медико-психологической помощи.

Острая стрессовая реакция – это транзиторное расстройство значительной степени тяжести с выраженными вегето-соматическими проявлениями, развивающиеся у лиц без психической патологии в экстремальных условиях.

В качестве реализующих стрессовых факторов выступают ситуации, опасные для жизни или благополучия: стихийные бедствия (землетрясения,

наводнения), экологические катастрофы, аварии, пожары, кораблекрушения, события боевой обстановки, приводящие к большим разрушениям и вызывающие смерть или ранения, события, вызывающие страдания большого числа людей, смерть родных и близких людей.

Различают следующие формы острых реакций на стресс:

– гиперкинетическая форма («двигательная буря») – поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающей тревоги, страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать; ориентировка в окружающем нарушается; продолжительность двигательного возбуждения невелика, оно, как правило, прекращается через 15–25 мин.

– гипокинетическая форма («мнимая смерть») – характерны состояния резкой двигательной заторможенности, доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор); больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство; продолжительность ступора от нескольких часов до 2–3 дней.

Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими не психотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессии) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности).

Экстренная психологическая помощь представляет собой систему краткосрочных мероприятий, направленных на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события, в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации.

Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;
- ожидание, что нормальное состояние восстановится;
- единство и простота психологического воздействия.

При оказании экстренной психологической помощи есть ключевые моменты, которые соблюдаются специалистами при работе с острыми стрессовыми реакциями: не оставлять человека одного; дать ощущение большей безопасности; оградить от посторонних зрителей; помочь почувствовать пострадавшему, что он не остался один на один со своей бедой; употреблять

четкие короткие фразы с утвердительной интонацией; постараться свести реакцию к плачу; избегать в своей речи употребления частицы «не».

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях.

Первое со здоровой частью населения – в виде профилактики:

а) острых панических реакций;

б) отсроченных, «отставленных» нервно-психических нарушений.

Второе направление – психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий:

– поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций;

– экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации утраты, на устранение душевной боли и поиск ресурсных психологических возможностей.

Важную роль играет «Информационная терапия», которая реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции определенной информации, которые должны услышать пострадавшие. Целью «информационной терапии» является уменьшение чувства страха у пострадавших.

Люди, пережившие травмирующее событие, нуждаются в помощи медицинского психолога, психиатра или психотерапевта. Желательно, если специалист оказывается рядом сразу же после пережитой трагедии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

А. М. Колчин

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

В настоящее время малоинвазивные лечебные манипуляции под контролем ультразвукового исследования стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства и их осложнений: абсцессы и кисты печени, оментобурситы и псевдокисты поджелудочной железы, патологические жидкостные образования (абсцессы, биломы, гематомы) брюшной полости и забрюшинного пространства, обтурация желчных протоков различного генеза. Этот выбор объясняется желанием снижения операционной травмы и возможности проведения оперативного вмешательства под местной анестезией (что очень важно для пациентов в крайне тяжелом состоянии и с тяжелой сопутствующей соматической патологией), сокращением времени пребывания больного в стационаре и уменьшением сроков временной нетрудоспособности.

За период 2015 по 2016 гг. под контролем ультразвукового исследования выполнено 83 малоинвазивных вмешательства у 78 больных. Из них 52 (62,6 %) на желчевыводящих путях: у 5 (9,6 %) – холецистостомии и 47 (90,4 %) – наружное чрескожное дренирование внутрипеченочных желчных протоков под контролем УЗИ.

Малоивазивное дренирование под контролем УЗИ проводилось одномоментно с использованием пункционного устройства Ившина для дренирования полостных образований (размером 9, 12 и 14 Fr) или по двухмоментной методике Сельдингера с использованием дренажей для чрескожного дренирования полостных образований типа «pig tail» (размером 7 и 8 CH). Манипуляции проводились под местным обезболиванием 0,5 % раствором новокаина и стандартной премедикацией.

Все холецистостомии под контролем УЗИ выполнялись как первый этап оперативного вмешательства: у 2 (40 %) больных – рак головки поджелудочной железы и механической желтухой; у 2 (40 %) – острым обтурационным калькулезным холециститом и острым периодом инфаркта миокарда; у одного (20 %) – с холедохолитиазом и механической желтухой. В данной категории больных оперировано мужчин – 2 (40 %), женщин – 3 (60 %). Осложнений при выполнении манипуляций не было.

Наружное чрескожное дренирование внутрипеченочных желчных протоков выполнено у 42 пациентов: 15 (35,7 %) мужчин и 27 (64,3 %) женщин. У этих больных с обтурацией желчных протоков чрескожный метод дренирования позволял осуществить декомпрессию желчевыводящих протоков, не прибегая к хирургической операции, устранить желтуху и холангит, а также позволял определить уровень блокады желчных протоков и решить вопрос о характере и причине механической желтухи. Уровень гипербилирубинемии у больных колебался от 110 до 564 мкмоль/л. Длительность желтухи от момента заболевания до момента поступления в стационар и проведения дренирования составлял от 2 дней до 1 месяца.

В большинстве случаев (93,6 %) дренирование проводилось левого печеночного желчного протока или одного из протоков латеральной части левой доли печени через точку в эпигастральной области (пункция правого желчного протока выполнялась только трижды: 2 из них – периустановка катетера после миграции его из левого печеночного протока, 1 – при холедохолитиазе). В основном это вызвано тем, что левая доля при дыхании смещается меньше правой и выпадение дренажа из нее при дыхании менее вероятна, а также методика пунктирования левой доли печени снижает опасность повреждения плевры.

Из осложнений при выполнении наружного дренирования внутрипеченочных желчных протоков под контролем УЗИ отмечались лишь миграция катетера из протока – в 5 (10,6 %) случаях (причем у одной пациентки дважды). Все эти случаи имели место у пациентов с метастазами в ворота печени. Использовались дважды «жесткие» катетеры Ившина 12 и 9 Fr, трижды

достаточно «мягкие» катетеры типа «*pig tail*» размером 7 и 8 СН. Вероятнее всего миграция катетеров у пациентов именно с этой патологией связано с увеличение плотности паренхимы печени при метастатическом ее поражении и уплотнением стенок внутрипеченочных протоков.

Таким образом, малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ являются высокоэффективным методом диагностики и лечения больных с заболеванием органов брюшной полости и забрюшинного пространства, механической желтухи различного генеза, имеет минимальное количество противопоказаниий, выполняется независимо от тяжести состояния пациента, имеет малый процент осложнений, проводится под местной анестезией, уменьшает продолжительность исследования и сроки пребывания пациента в стационаре.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

В. Т. Комаров[1,2], С. С. Фадеева[2], Л. И. Салямова[2], В. Э. Олейников[2]

[1]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Актуальность: лечение ревматоидного артрита (РА) представляет сложную задачу. Поскольку у ряда пациентов имеется тяжелое течение заболевания и неуклонное его прогрессирование, пациенты нуждаются в комбинации стандартной базисной терапии и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Цель исследования: оценка эффективности применения инфликсимаба (ремикейд, «Шеринг-Плау» Нидерланды) при лечении больных РА в реальной клинической практике.

Материал и методы: в исследование было включено 23 пациента с РА, лечившихся в отделении ревматологии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в течение 3-х лет. Диагноз верифицировали на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (1987) и ACR/EULAR (2010). Критериями включения в исследование являлись неэффективность предшествующей базисной терапии метотрексатом в дозе 15 мг, отсутствие приема ГИБП в анамнезе.

Среди включенных в исследование лиц было 7 мужчин и 16 женщин. Средний возраст больных составил 35,5±6,7 лет, продолжительность заболевания – 4,6±2,8 лет. Все пациенты были серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ). У 9 человек диагностирована 2 степень активности воспалительного процесса по индексу активности DAS-28, 3 степень – у 14 пациентов. Положительный антицитруллиновый цитоплазматический пептид (АЦЦП) выявлен у 12 человек (средний уровень – 56,7 ед/л). Ренгенологическая стадия 2 отмечалась у 15 больных, 3 стадия – у 8 пациентов.

Обследование пациентов включало общий анализ крови, определение острофазовых белков крови, высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ), РФ и АЦЦП крови, пробу Манту, исследование крови на вирусные гепатиты В и С, рентгенографию кистей и стоп, органов грудной клетки.

Клиническую эффективность терапии инфликсимабом анализировали по индексу активности DAS-28, лабораторную эффективность – по динамике СОЭ, вчСРБ и РФ. Обследование пациентов проводили исходно и через 12, 24, 48 недель наблюдения.

С целью изучения эффективности инфликсимаба в зависимости от длительности заболевания пациенты были разделены на 3 группы: с ранним РА – 8 человек, развернутым – 4 человека, поздним РА – 10 человек. Анализировали динамику индекса DAS-28 в группах с ранним и поздним РА до лечения и через 12, 24, 48 недель после лечения ГИБП.

При обработке результатов исследования использовали лицензионную версию программы Statistica 6,0 (StatSoft Inc., США).

Результаты: прием инфликсимаба завершили 22 пациента (96 %). Одна пациентка досрочно прекратила участие в исследовании по причине развития флеботромбоза левой голени после однократной инфузии инфликсимаба.

Анализ полученных результатов свидетельствует о значительном клиническом эффекте терапии инфликсимабом у пациентов с РА. Это подтверждается достоверным снижением DAS-28, начиная с 12 недели применения ГИБП. Средние значения индекса DAS-28 исходно составили 6,1±0,1 ед, через 12 недель – 5,6 (5,5; 5,7) ед ($p < 0,01$), 24 недели – 5,1 (5; 5,2) ед ($p < 0,01$), 48 недель – 4,6 (4,5; 4,7) ед ($p < 0,01$). При детальном анализе выявлено, что к концу наблюдения у 4 больных отмечена низкая степень активности (2,9±0,1 ед), у 14 – средняя (4,4±0,5 ед), у 2 – высокая (5,1 (5,1; 5,5) ед). У 2 больных достигнута ремиссия по DAS-28 (уровень показателя снизился менее 2,6 ед). На фоне проводимой терапии выявлено уменьшение ЧБС, ЧПС и утренней скованности ($p<0,01$). У большинства пациентов купировались системные внесуставные проявления РА после второй инфузии инфликсимаба: экссудативного плеврита не отмечалось, ревматоидный васкулит сохранялся у 1 человека.

На фоне терапии инфликсимабом уровень СОЭ снизился с 44 (43; 46) мм/ч до 26 (26; 27) мм/ч ($p < 0,01$). Выявлена следующая динамика вчСРБ: показатель исходно – 42,5 мг/л, через 48 недель – 21,5±1,3 мг/л ($p < 0,01$). К окончанию периода наблюдения РФ крови уменьшился со 120 ед/л до 103 ед/л ($p < 0,01$).

Дополнительно проведена сравнительная оценка эффективности ИФ у пациентов с ранним и поздним РА. Группа раннего РА включала 8 пациентов с длительностью заболевания от 6 месяцев до 2 лет, в группу позднего РА вошли 10 пациентов с длительностью РА от 5 до 8 лет. Подавляющее большинство больных имели высокую активность заболевания. У пациентов с ранним РА при включении в исследование активность по DAS-28 составила

6,6±0,9 ед, через 48 недель – 4,1±0,8 ($p < 0,01$). В группе лиц с поздним РА исходный уровень активности – 6 (5; 6) ед; повторно – 4 (4; 5) ед.

Выводы: опыт применения инфликсимаба вместе с метотрексатом в дозе 15 мг в неделю свидетельствует об эффективности комплексной терапии препарата в реальной клинической практике при тяжелом течении РА. Использование ГИБП при РА позволяет контролировать течение заболевания и улучшать функциональные возможности пациентов.

МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ». ВОЗМОЖНОСТИ И ОЖИДАНИЯ

К. А. Корейба[1], Е. А. Корейба[2], Л. А. Яковлева[2], А. И. Рафикова[2]

[1]Центр «Диабетическая стопа»,
[2]ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Казань

Основным компонентом хирургического лечения синдрома «диабетической стопы» (СДС) осложненного гнойно-некротическим процессом является местное лечение, заключающееся в санации патологического процесса, дренировании и удалении некротических тканей. Сложность анатомического строения стопы не всегда позволяет добиться радикальности хирургического вмешательства единым оперативным вмешательством, поэтому оно может носить многоэтапный характер. Стремление хирурга к избыточной радикальности любой ценой, не всегда оправданно. Следовательно, основной проблемой оказания адекватной хирургической помощи является определение уровня девитализированных тканей. Факт точного определения границы некроза, как следствие поражения сосудистого русла, при СДС остается нерешенным.

Цель работы: рассмотреть потенциал современных рентгеновских методов диагностики в определении уровня трофических нарушений при СДС.

Материалы и методы: проведен детальный литературный анализ современных рентгеновских методов диагностики, с оценкой их эффективности, точности, результативности.

Результаты: основной целью и возможностью лучевых методов диагностики является выявление костных деформаций, остеомиелита, участков деструкции кости. Необходимость рентгенографии при сахарном диабете (СД) вызвана выявлением участков существенных изменений в костной ткани и нарушении соотношения между органическими и минеральными компонентами в кости.

В качестве современного рентгеновского метода диагностики необходимо рассматривать компьютерную томографию, позволяющую с большей точностью получить информацию о характере деструкции костной ткани и вовлеченность в воспалительный процесс мягких тканей. Наиболее точные результаты получаются при измерении рентгеновской плотности тканей.

Обсуждение: Общепризнанными методами исследования костной системы при подозрении на гнойно-воспалительные осложнения, в том числе и при СДС, является метод радионуклидной диагностики. Однако, несмотря на повышенное внимание к этой проблеме, мнения о возможностях данного диагностического подхода не однозначны. При этом, основной проблемой остаются сложности дифференциации мягкотканной и костной патологии.

Разноречивы мнения о диагностической эффективности остеосцинтиграфии у больных СДС. По-разному оцениваются возможности сцинтиграфии с 67 Ga-цитратом как неспецифическим маркером воспаления. В целом, применительно к использованию сцинтиграфической индикации, в мировой клинической практике идет постоянный поиск новых радиофармацевтических препаратов. При этом исчерпаны не все методы и не весь арсенал радионуклидных соединений. Такой метод как рентгеноконтрастная вазография замененный на ультразвуковое исследование, нами не рассматривается.

Вывод: Для получения наиболее достоверной информации о локализации осложненного гнойно-воспалительным процессом СДС необходима разработка новых современных методов рентгеновской диагностики, которые позволят объективно подойти к диагностическому процессу, определяя в первую очередь границу девитализированных тканей.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

К. А. Корейба

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

Одной из актуальных проблем современной хирургии являются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки или неадекватная хирургическая тактика при оперативном лечении эпителиально-копчикового хода.

Хроническое рецидивирующее гнойное воспаление копчикового хода, боли, постоянные патологические выделения из свищей у больных – лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста – приводят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи крестцово-копчиковой зоны и оперативного лечения.

Нами предложен и внедрен в практику новый способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода в межъягодичной складки (патент № 2400156 от 27.09.2010 РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ) путём одномоментной операции по полному удалению очага гнойного

воспаления с первичной пластикой шва местными тканями и сокращение продолжительности послеоперационного выздоровления.

Методика заключается в следующем: перед хирургической операцией проводим определение границы очага гнойного воспаления эпителиального копчикового хода. По границе очага гнойного воспаления двумя дугообразными разрезами кожи вдоль межъягодичной складки выполняем иссечение гнойно-свищевых ходов единым массивом на глубину контрастирования с образованием на сторонах полости здоровых тканей. Проводим тщательный гемостаз. Затем подшиваем края кожи с захватом дна раневого дефекта монофиламентными атравматическими нерассасывающими синтетическими лигатурами с шагом не более 1,5–1,8 см, при этом каждый шов выполняли последовательными выколами от края кожи на расстоянии 3–4 мм через подкожную жировую клетчатку одной из стенок полости иссечения с выходом иглы с лигатурой в полость и подкожной жировой клетчатки через край кожи противоположной стенки на расстоянии 3–4 мм. После этого концы лигатур двух соседних швов, с одной стороны завязываем попарно, при этом края кожи низводятся в середину полости и прижимаются к дну раны. При этом одновременно боковые стороны полости вместе с кожей низводятся в середину полости, прижимаясь ко дну раны и окончательно закрепляются узлом лигатур пары соседних швов, с образованием между краями полости открытого канала шириной не более 5 мм для оттока экссудата.

Выводы. 1. При данной методике достигается тотальное иссечение кисты со свищевыми ходами.

2. Зона ишемии при наложении швов сведена до минимума.

3. Отсутствует необходимость в дополнительном дренировании раневой полости.

4. Производится пластическое формирование естественной межъягодичной складки собственными тканями.

5. Использование предложенного способа хирургического лечения эпителиального копчикового хода позволяет исключить рецидивы, тем самым улучшить качество их жизни.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА

К. А. Корейба[1], Е. А. Корейба[2], А. И. Рафикова[2], Л. А. Яковлева[2]

[1]Центр «Диабетическая стопа»,
[2]ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Казань

В медицине сегодня все большее внимание уделяется немедикаментозным методам терапии, разработке и внедрению высокоэффективных медицинских технологий, позволяющих воздействовать на различные звенья пато-

генеза заболеваний. Новые перспективы в лечении различных заболеваний, по мнению многих исследователей, открывают возможности применения медицинского озона и озонсодержащих препаратов, получение которых стало возможным благодаря созданию за рубежом, а в последние годы и в нашей стране, медицинских генераторов озона, а также результатам современных исследований биологического действия озона. Впервые озон, как антисептическое средство был опробован A. Wolf еще в 1915 г. во время первой мировой войны. В последующие годы накапливалась информация об успешном применении озона при лечении различных заболеваний. В последние годы озонотерапия приобретает все больший авторитет, подкрепленный экспериментальными и клиническими исследованиями как отечественных, так и зарубежных ученых. Интерес к озонотерапии объясняется не только эффективностью терапии, но еще простотой и дешевизной технологии использования озона [1, 3]. Медицинский озон – это озонокислородная смесь, состоящая из 0,05–10 % озона и 99,95–90 % чистого кислорода, получаемая из сверхчистого кислорода путем его разложения в слабом электрическом разряде. Известны следующие основные методы озонотерапии:

1. Большая аутогемотерапия: кровь забирается у пациента как при обычной аутогемотерапии, а после обработки озоно-кислородной смесью вводится в вену.

2. Малая аутогемотерапия: обработанная озоно-кислородной смесью кровь вводится пациенту внутримышечно.

3. Пероральный прием озонированной воды: питье дистиллированной воды, обработанной озоном.

4. Ректальная инсуффляция: в прямую кишку пациента вводится озоно-кислородная смесь в количестве 50–1000 мл при давлении не выше 0,1–0,2 бар.

5. Инфузии озонированного физиологического раствора (озон примерно в 10 раз более растворим в воде, чем кислород): внутримышечные, подкожные, внутрисуставные, внутривенные (капельные).

6. Орошение озонированной водой либо озонированным физиологическим раствором: наружное или внутриполостное.

7. Озонорефлексотерапия: введение в акупунктурные точки озоно-кислородной смеси.

8. Аппликация озонированных масел: местное применение озонированных масел.

9. Аэрация озоно-кислородной смесью: пораженная конечность подвергается воздействию озоно-кислородной смеси при повышенном или пониженном давлении.

При проведении озонотерапии возможны следующие побочные эффекты, в основном, являющиеся как бы продолжением терапевтического действия: преходящее снижение артериального давления, крайне редко встречающиеся аллергические реакции на озониды (IgE опосредованные), снижение свертываемости крови. Чаще всего осложнения бывают при внутривенном

введении газообразного озона (0,7 случаев на 100 000 больных – ничтожная величина по сравнению с побочными действиями других видов лечения). Нежелательные последствия во многом связаны с нарушением техники выполнения озонотерапии и неудачным подбором дозировок озона. Основными противопоказаниями к лечению озоном являются: острый инфаркт миокарда, геморрагический инсульт, кровоизлияние в любой орган и кровотечение, тромбоцитопения, аллергические реакции на озон (озониды). Озонотерапия оказывает противогипоксическое действие, антиоксидантное, обезболивающие и дезинтоксикационное, озон также обладает дозозависимым эффектом на показатели гемостаза и иммунной системы организма. Многообразие терапевтического действия озона, незначительное количество противопоказаний определяет широкий спектр его клинического применения. Кроме того, озонотерапия оценивается как высокоэффективный и экономически выгодный лечебный метод. Озонотерапия находит все более широкое применение в лечении больных с различными осложнениями сахарного диабета, в том числе таким грозным осложнением как синдром диабетической стопы

В течение 2016 г. в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани проведено стационарное лечение 312 больных с синдромом диабетической стопы, из них с диабетической гангреной в области нижних конечностей 93. Прооперировано 299 пациентов. Из них: надколенные ампутации выполнены у 6 (1,9 % от пролеченных стационарно), ампутации на уровне голени – у 7 (2,3 % от пролеченных стационарно), ампутации на уровне стопы – у 7 (2,3 % от пролеченных стационарно), ампутации на уровне пальцев стоп – у 42 (13,5 % от пролеченных стационарно), некрэктомии и пластические операции имплантацией ксеноматериала на основе коллагена 1 типа – у 237 (76 % от пролеченных стационарно). 110 пациентам были проведены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей. У 27 больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, которым не были показаны реконструктивные операции, применялось внутривенное введение озонированного физиологического раствора NaCl (ОФР) с целью улучшения микроциркуляции и трофических процессов в органах и тканях, оптимизации реологических свойств, иммуномодулирующего эффекта. Озонирование растворов проводилось прибором синтезатором озона А-с-ГОКСф-5-02-ОЗОН, способный создавать концентрацию газа на выходе 50 мг/л. Работа с медицинским озоном проводилась в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава РФ «Техника озонотерапии», 1991,1996. Озонирование физиологического раствора проводили по методике предложенной Г. А. Бояриновым [1, 2], в стандартном флаконе по 200 мл, через который в течение 15 мин пропускалась озонокислородная смесь, до достижения концентрации озона в растворе 4,12+0,09 мкг/мл, после чего раствор вводился внутривенно капельно со скоростью 80–120 капель в мин в течение 30–40 мин. Курс лечения составлял 7–10 дней. У 18 больных применялось сочетание внутривенной озонотерапии с наружным применением озоно-кислородной смеси по типу

«озоновые сапоги» с концентрацией озона в ОФР 8–12 мкг/мл. У всех больных, получавших озонотерапию, наблюдалась оптимизация процессов репарации в язвенно-раневых дефектах, сокращение сроков курсовой антибактериальной терапии, снижение дозировок инсулинов, сокращение пребывания в стационаре в среднем на 3–5 дней. Субъективно больные отмечали улучшение общего состояния. Осложнений у больных получавших озонотерапию не было.

Выводы: 1) озонотерапия является безопасным и эффективным методом лечения различных форм диабетической стопы, который можно рекомендовать к применению у больных с данной нозологией; 2) включение системной озонотерапии в комплексное лечение оказывает достаточно высокую терапевтическую эффективность, что, по-видимому, связано с многофакторностью влияния озона на метаболические процессы организма клеточного и системного уровня.

Библиографический список

1. Бояринов, Г. А. Озонированное искусственное кровообращение / Г. А. Бояринов, В. А. Соколов – Н. Новгород : Покровка, 1999. – 317 с.

2. Бояринов, Г. А. Растворимость и распад озона в физиологическом растворе / Г. А. Бояринов, А. С. Гордецов, Н. Е. Живулин // Нижегородский медицинский журнал. – 2000. – № 2. – С. 40–44.

3. Змызгова, А. В. Клинические аспекты озонотерапии / А. В. Змызгова, В. А. Максимов ; Центральный научно-исследовательский институт Эпидемиологии МЗ РФ ; Научно-практический центр озонотерапии ; Научно-технический центр МНТО «Гранит». – М., 2003. – 287 с.

ДВУСЛОЙНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ С ВОРСИНЧАТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ДЛЯ СКЛЕРОПЛАСТИКИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

С. Н. Косарев[1], С. С. Косарев[2], Н. С. Косарев[3], Е. А. Янова[1]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2] ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[3] НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»,
г. Пенза

Актуальность. Прогрессирующая близорукость в настоящее время остается актуальной проблемой в офтальмологии [Белоусов В. В., 2015]. Несмотря на значительные успехи в области лечения прогрессирующей миопии методом склеропластики [Аветисов Э. С., 2012], отмечается, что в отдаленном периоде после данных вмешательств до 60 % вновь наблюдается прогрессирование, что объясняется несовершенством материалов, применяемых при склеропластике [Ковалевский Е. И. и соавт., 1990; Тарутта Е. П. и соавт., 2010].

Целью настоящей работы явилась разработка и экспериментально-морфологическая оценка результатов применения авторского комбинированного двуслойного трансплантата для склеропластики при прогрессирующей близорукости и отдельно его составляющих.

Материал и методы. На базе ООО «ЦДКИ» произведено экспериментальное исследование склеропластики по методике Пивоварова-Приставко различными материалами. Операции произведены на 10 кроликах породы шиншилла в возрасте от 10 до 12 месяцев (протоколы исследования с 41/1-16 по 41/10-16). В качестве склеропластического материала были использованы полотно трикотажное медицинского назначения, пластина ксеноперикардиальная и комбинированный двуслойный трансплантат (патент РФ на полезную модель № 144608). Дата эксперимента – 15.09.2016 г., сроки наблюдения – 7, 30, 90, 150, 180 суток. После планового вывода из эксперимента проводилось гистологическое исследование комплекса «склера – трансплантат» глаз в местах имплантации, а также контрольных образцов склеры.

Результаты. При изучении полученных препаратов макроскопически выраженного воспалительного процесса на всех сроках после операции не отмечалось.

При анализе микроскопической картины комплекса «склера – трансплантат» в срок 180 суток после операции при использовании в качестве трансплантата ксеноперикардиальной пластины признаков воспалительных процессов не отмечалось. Под ксеноперикардиальной пластиной имеется небольшая щелевидная полость, заполненная грубой соединительной тканью. В месте контакта ксеноперикардиальной пластины со склерой протекают активные процессы биоинтеграции собственных волокон соединительной ткани, в отдельных участках стирается граница между склерой и ксеноперикардиальной пластиной. Процессы биодеградации также протекают интенсивно, но отстают от процессов биоинтеграции.

Микроскопическая картина комплекса «склера – трансплантат» в тот же срок при использовании в качестве трансплантата полотна медицинского показала, что снаружи трансплантат плотно соединен с конъюнктивой, там же имеются очаги лимфогистоцитарной инфильтрации. Под трансплантатом имеется значительный пласт собственной соединительной ткани. Происходит врастание собственной соединительной ткани между отдельными синтетическими волокнами.

При анализе микроскопической картины комплекса «склера – трансплантат» в тот же срок при использовании двуслойного трансплантата было выявлено, что активных воспалительных процессов нет. Снаружи ксеноперикардиальная пластина рыхло соединена с конъюнктивой. Под двуслойным трансплантатом – соединительная ткань, которая активно врастает между отдельными синтетическими волокнами. Очагов биоинтеграции и биодеградации склеры не обнаружено.

Обсуждение. Наибольшее количество соединительной ткани и новообразованных сосудов в исследуемых образцах обнаружено при склеропластике

полотном медицинским. При этом в срок наблюдения 6 месяцев выявлены очаги хронического воспаления – лимфогистоцитарная инфильтрация. Склеропластика ксеноперикардом дала наименьшее количество соединительной ткани и новообразованных сосудов, обнаружены зоны биоинтеграции донорской и склеральной ткани, а также зоны биодеградации склеры. Между ксеноперикардом и склерой определялось щелевидное пространство, частично заполненное рыхлой соединительной тканью. При склеропластике двуслойным трансплантатом количество соединительной ткани и новообразованных сосудов было выше, чем при склеропластике ксеноперикардом, и несколько меньше, чем при склеропластике полотном медицинским, при этом зон лимфогистоцитарной инфильтрации, зон биоинтеграции и биодеградации не выявлено. Следовательно, двуслойный трансплантат обладает преимуществами обоих входящих в его состав материалов, обеспечивая плотное сращение со склерой и укрепление ее, однако комбинация материалов компенсирует их недостатки, проявляющиеся в каждом по отдельности, в частности, наличие воспалительной реакции и биодеградации склеры у полотна медицинского и менее плотное сращение трансплантата со склерой у ксеноперикардиальной пластины.

Вывод. Таким образом, проведенные экспериментально-морфологические исследования свидетельствуют о преимуществе двуслойного трансплантата в качестве материала для склеропластики.

МЕТАБОЛИЗМ КАЛЬЦИЯ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

О. Ю. Костромина, О. В. Мельникова, С. Б. Рыбалкин

ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Пенза

Учитывая, что тяжесть состояния детей с вирусно-бактериальными инфекционными заболеваниями часто обусловлена судорожным синдромом (приблизительно 22 %), проведен анализ 50 историй болезни детей с судорожным синдромом, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии.

При исследовании содержания в крови детей с судорожным синдромом отмечены низкие значения показателей кальция в крови, а в отдельных случаях уменьшено на 50 % должных величин.

Отклонение в системе гомеостаза кальция оказывает разностороннее патологическое влияние на организм ребенка. Это объясняется многообразной ролью кальция в физиологических процессах. Кальций участвует в ассификации, стимулирует работу сердца и желудочно-кишечного тракта, уменьшает проницаемость клеточных мембран, принимает участие в иммунологических реакциях и сверотывающей системы крови, имеет непосредственное

отношение к метаболизму нуклеиновых кислот и промежуточным соединением цикла Кребса (У. Ньюман, М. Ньюман, 1981 г.).

В анализируемой группе детей возраст составил: до 6 мес. – 8 чел., от 6 до 12 мес. – 19 чел., от 1 года до 3-х лет – 18 чел., старше 3-х лет – 14 чел. Мальчиков было 30 чел., девочек – 20 чел.

Судорожный синдром развился у 19 больных с острыми респираторно-вирусными заболеваниями, у 2-х с пневмонией, в 17 случаях у больных с кишечной инфекцией и в 12 - с менингоэнцефалитом.

Состояние 17 больных с судорожным синдромом расценено тяжелым, крайней тяжести – 30, агональным – 2 и средней тяжести – 1.

Сознание было сохранено у 8 детей, клиника комы I ст. у 20, комы II ст. у 18, комы III ст. – у 4 детей.

Патологические рефлексы и менингиальные знаки отмечены у половины обследованных.

Судорожный синдром характеризовался тоническими судорогами в 25 случаях, в 6 – клоническими, в 19 – клонико-тоническими.

У 40 больных имелась дыхательная недостаточность смешанного генеза и различной степени тяжести, в том числе: ДНIст – 12, ДНIIст – 18, ДН IIст – В 47 случаях наблюдалась недостаточность кровообращения: НКIст – 15, НКIIа – 18, НКIIб – 8, НКIIIст – 6.

Кроме учета клинических проявлений исследовались биохимические показатели крови: сахар, билирубин, мочевина, креатинин, общий белок, калий и натрий плазмы, кальций. Анализ лабораторных данных указал на значительные нарушения в метаболизме кальциевого обмена у большинства больных. При этом содержание кальция в крови было снижено до 1,15 ммоль/л у 2-х больных, до 1,5 ммоль/л у 9, до 1,75 ммоль – у 14 и 2 ммоль/л – у 21 ребенка.

Нормальные величины кальция в сыворотке крови на высоте судорожного синдрома отмечены у 2 больных с менингоэнцефалитом.

Изучение тяжести, формы и продолжительности судорожного синдрома в зависимости от содержания кальция в крови выявило определенную связь При клонических судорогах содержание кальция составило 1,82±0,08 ммоль/л, тонических – 1,53±0,1 ммоль/л, при коме II–III ст. – 1,6±0,082 ммоль/л.

Тяжесть нарушений в сердечно-сосудистой системе так же находилась в прямой зависимости от нарушения метаболизма в кальциевом обмене, соответственно: НК IIа – 1,95±0,085 ммоль/л, НК Iiб-III – 1,55±ммоль/л.

Выводы.

1. Гипокальциемии, наряду с другими патогенетическими звеньями, принадлежит определенная роль в механизме судорожного синдрома у детей.

2. Применение препаратов кальция в интенсивной терапии судорожного синдрома патогенетически обосновано.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КМВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. Ю. Котов[1], М. Е. Котова[2]

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,
[2]ФГБОУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии федерального медико-биологического агентства», г. Пятигорск

В последние десятилетия постоянно растет заболеваемость населения РФ болезнями урологического профиля, что связано, как с ростом доли пожилого населения и более эффективным выявлением, так и с недостаточной эффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.

Известно, что, мощные современные антибиотики оказывают отрицательные побочные влияния на функциональное состояние почек. Важным фактором в лечении урологических заболеваний могут быть питьевые минеральные воды (МВ) [4].

В России развитие курортного лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей начинается со времен Петра I, по его Указу в 1718 г. был основан первый российский курорт Марциальные (железистые) воды. В начале XX в. был определен «двойной» лечебный профиль Железноводского курорта: лечение почек и мочевыводящих путей, а также органов пищеварения [2]. В Пятигорском НИИ Курортологии проведены исследования эффективности лечения МВ мочекаменной болезни, хронического нефрита и пиелонефрита. Разработаны дифференцированные методы лечения различных форм патологии, хронический цистит; эректильная дисфункция.

Питьевые МВ, применяемые для профилактики и лечения урологических заболеваний, должны обладать рядом лечебных свойств: мочегонный эффект, усиление почечного плазмотока и фильтрации мочи в почечных клубочках, оказание противовоспалительного и растворяющего слизь действия, спазмолитическое влияние при патологическом спазме гладкой мускулатуры мочевыводящей системы, тонизирующее действие на гладкую мускулатуру верхних мочевых путей, анальгезирующий эффект. Всем этим требованиям, безусловно, соответствуют МВ региона Кавказских Минеральных Вод (КМВ).

Минеральные воды при приёме внутрь растворяют и вымывают скопившиеся в мочевых путях слизь, гной, болезнетворных микробов, способствуют коррекции нарушений минерального обмена. При этом усиливается выработка защитных коллоидов, повышается растворимость солей в моче и прекращается их выпадение в осадок и, следовательно, уменьшается камнеобразование. Под мочегонным свойством подразумевается не только выведение воды из организма, но и удаление ненужных минеральных веществ и продуктов азотистого обмена. В результате водной нагрузки у больных с мо-

чекаменной болезнью снижается удельный вес мочи, что является благоприятным фактором профилактики рецидива камнеобразования.

При заболеваниях почек показаны минеральные воды малой минерализации различного химического состава.

В России наиболее известны минеральные воды Железноводска, преобладающими анионами которых являются сульфаты и гидрокарбонаты. Эти воды содержат хлориды в незначительном количестве, что исключает возможность раздражения почечной ткани при их питьевом использовании. Гидрокарбонатный ион играет главную роль в поддержании кислотно-основного баланса организма, ощелачивает мочу и растворяет слизь в мочевыводящих путях, а также способствует лучшему всасыванию в ЖКТ некоторых микроэлементов, в частности железа. Кроме того, гидрокарбонатные воды являются природными антацидами.

МВ Железноводского курорта содержат в своём составе такие катионы как натрий, калий, кальций, магний. Натрий играет важную роль в регуляции водного обмена, в определенной мере влияет на осмотическое давление в тканях. Ионы калия оказывают стимулирующее влияние на гладкую мускулатуру мочевых путей, усиливая их моторную функцию, улучшают уродинамику. Ионы кальция оказывают десенсибилизирующее действие, обладают противовоспалительным эффектом за счет вяжущего и уплотняющего действия на клеточную оболочку, снижают склонность к кровотечениям.

Некоторые микроэлементы в минеральных водах (фтор, кремний, медь, железо, вольфрам) способствуют растворению оксалатных и фосфатных солей.

Магний оказывает действие при оксалурии, и кроме того сульфаты магния проявляют спазмолитический и антиспастический эффекты.

При наличии гиперурикурии и оксалурии показаны щелочные минеральные питьевые воды (pH 7,2–8,5). При наличии фосфатурии и фосфатных камней необходимо рекомендовать кислые минеральные питьевые воды (pH 3,5–6,8).

Сдвиг ионного равновесия в сторону окисления обусловливается содержанием в питьевых минеральных водах сульфатного аниона, диоксида углерода и солей кальция. Следует помнить, что при питье минеральных вод pH мочи изменяется быстрее, чем при назначении соответствующей диеты.

Химический состав минеральной воды имеет определяющее значение в оценке ее физиологического и лечебного действия. В минеральной воде находятся комплексы ионов (анионы и катионы), которые постоянно соединяются, образуя различные соли, и разъединяются, что является одной из причин более выраженного терапевтического действия воды из источника по сравнению с бутилированными водами [1, 3].

Заключение. Природные лечебные факторы выгодно отличаются от медикаментозного лечения тем, что они не лечат в привычном понимании, а нормализуют присущий данному объекту биологический процесс. Использо-

вать природные факторы можно длительно, не опасаясь осложнений, характерных для лекарственной терапии. Кроме этого, методы естественного лечения относятся к методам эндогенной терапии, под их влиянием образуются биологически активные вещества в самом организме, а не вводятся извне.

Библиографический список

1. Карпухин, И. В. Санаторно-курортное лечение больных мочекаменной болезнью и мочекаменными диатезами / И. В. Карпухин, А. А. Ли // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. − 2001. − № 2. − С. 49–53.

2. Маньшина, Н. В. Лечение на курортах Кавказских Минеральных Вод / Н. В. Маньшина // Кавказские Минеральные Воды. – М. : Вече, 2005. – С. 188–270.

3. Олефиренко, В. Т. Водолечение / В. Т. Олефиренко. – М. : Медицина, 1986. – 288 с.

4. Разумов, А. Н. Концепция развития восстановительной медицины в науке и практике здравоохранения / А. Н. Разумов, И. П. Бобровницкий // Соврем. технологии восстановительной медицины : материалы регион. юбилейной науч.-практ. конф. – Белокуриха, 2007. – С. 3–24.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ (ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ)

А. В. Котовский, С. Л. Тузов, Н. С. Карташева, Л. А. Мусатова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

В настоящее время хроническая патология желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков занимает значительное место в структуре общей заболеваемости [4, 7]. До 30 % выявленных заболеваний органов пищеварения у детей в возрасте 5–7 и 9–12 лет являются функциональными расстройствами [6]. Значительная их часть при условии постоянного воздействия на ребенка патогенных факторов прогрессирует и переходит в хронические болезни [1, 6]. В возникновении и развитии язвенной болезни и хронического гастродуоденита немалую, а подчас и решающую роль играют психосоциальные факторы [3, 10, 11]. Остается открытым вопрос о специфичности психосоциального статуса детей и подростков предрасположенных к развитию язвенной болезни и хронического гастродуоденита [7, 8].

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 229 детей и подростков в возрасте 10–17 лет: страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (I гр.) – 23 человека, хроническим эрозивным гастродуоденитом (II гр.) – 31 человек, хроническим поверхностным гастродуоденитом (III гр.) – 175 человек и 30 практически здоровых детей из группы контроля.

Результаты исследования и их обсуждение. Проводили исследование различий между клиническими проявлениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического эрозивного и поверхностного гастродуоденита. Выявляли достоверное преобладание жалоб на острые режущие (39 %) боли у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Очень характерны ночные (43 %), поздние (22 %) и «голодные» (17 %) боли, которые уменьшались с приемом пищи у 30 %. Жирная пища усиливала боль у 39 % обследованных. 57 % пациентов укзывали на кратковременный характер боли с локализацией в пилородуоденальной зоне (43 %) и в эпигастрии (35 %). Изжога (43 %) и склонность к запорам (61 %) нередко сопровождали эти проявления. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков I группы составила 82,4 %. При УЗИ и ФГДС найдены изъязвления слизистой оболочки, а жидкая среда в полости желудка и двенадцатиперстной кишки была чрезмерно агрессивной. Больные с эрозивным гастродуоденитом чаще предъявляли жалобы на острые режущие (39 %) боли, которые возникали «натощак» у 23 % и через 10–15 мин после приема пищи (26 %). Прием пищи вызывал усиление боли в 48 % случаев, которая проявлялась в пределах 20–30 мин и локализовалась в пилородуоденальной зоне. Тошнота сопутствовала 26 % пациентам, склонность к запорам – 26 %. Начало заболевания в возрасте от 12 до 15 лет наблюдалось у 70 % детей и подростков I и II групп. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков II группы составила 67,8 %. По данным УЗИ и ФГДС, определены эрозивные изменения слизистой оболочки, что расценивалось как предъязвенное состояние. Пациенты III группы предъявляли жалобы на тупые ноющие (27 %) боли и чувство жжения (17 %). У 30 % пациентов отмечалась боль через 30–40 минут с локализацией в эпигастрии, которая усиливалась после еды у 48 %. Жирная и жареная пища провоцировала усиление болевого синдрома у 41 % обследованных. Тошнота выявлялась в 69 %, рвота – в 54 %, отрыжка кислым – в 67 % и пустым – в 74 %, неустойчивый стул – в 17 %, а запоры – в 37 % случаев. При анализе сроков развития заболеваний пик смещается в сторону более раннего возраста – 10–14 лет у 72,6 %. Общая доля наследственной отягощенности у детей и подростков с хроническим поверхностным гастродуоденитом составила 47,5 %. На УЗИ и ФГДС выявлены признаки хронического заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, которые не были спровоцированы чрезмерно агрессивной средой.

Анализируя полученные результаты оценки состояния вегетативного тонуса, мы описали обобщенный «вегетативный портрет» пациентов I и II групп. Он характеризовался преобладанием парасимпатической активации, резким повышением вегетативной (гиперсимпатикотонической) реактивности при пониженных показателях вегетативного обеспечения деятельности. Исходный вегетативный тонус по интегральному показателю превышает показатели в группе сравнения в 6 раз, а по вегетативному индексу –

в 3 раза. Показатели солярного рефлекса превышали контрольные в 6 раз. У больных с хроническим поверхностным гастродуоденитом получены данные о дисфункции ВНС с преобладанием симпатической активации (симпатикотонией), повышением вегетативной реактивности при нормальных показателях вегетативного обеспечения деятельности. Исходный вегетативный тонус по интегральному показателю превышает показатели в группе сравнения в 3 раза, а по вегетативному индексу – в 2 раза. Показатели в солярном рефлексе превышали контрольные в 3 раза.

У больных I, II и III групп достоверно чаще имели место: принятие-отвержение (34,9, 28,5, 25,1 % соответственно, $P < 0,05$), авторитарная гиперсоциализация (26,1, 16,1, 16 % соответственно, $P < 0,05$). Инвалидизация является высокозначимым типом семейного отношения у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 17,4 %.

После анализа психотравмирующих факторов, были выделены наиболее часто встречающиеся. В группе факторов, связанных с отсутствием или утратой чувства защищённости в семье, у обследованных больных I, II и III групп достоверно чаще, чем у клинически здоровых детей, имели место: жестокая семья (51,2, 35,5, 31,4 % соответственно, $P < 0,05$); эмоционально отвергающая семья (43,5, 32,3, 28,6 % соответственно, $P < 0,05$),; семья не обеспечивающая надзора и ухода (30,4, 25,8, 45,1 % соответственно, $P < 0,05$); чуждое окружение за рамками семьи (30,4, 30,5, 38,3 % соответственно, $P < 0,05$); алкоголизм родителей (43,5, 38,7, 26,7 % соответственно, $P < 0,05$). Эмоциональное угнетение, связанное с длительной госпитализацией, имело большое значение для больных всех трёх групп. Из группы быстротечных будничных событий «стресса обыденной жизни» во всех трех группах больных детей достоверно чаще встречались низкий уровень доходов семьи, нарушение качества питания. Нарушения межличностного общения с одинаковой частой выбирали как больные, так и здоровые обследованные. В связи с тем что процесс обшения связан с установлением доминирующих позиций этот показатель отражал фон, на котором происходили все остальные психические процессы.

При изучении психосоциального статуса больных I и II групп достоверно чаще, чем у клинически здоровых детей, находили: предметную эргичность (82,6, 74,2 %; $P < 0,05$); социальную эргичность (73,9 , 77,4 %; $P < 0,05$); эмоциональность (87, 83,9 %; $P < 0,05$); социальную эмоциональность (73,9, 77,4 %; $P < 0,05$); социальную желательность (91,3, 87,1 %; $P < 0,05$). Напротив, у больных III группы чаще наблюдали такие показатели, как пластичность (57,7 %), социальная пластичность (52 %), темп (56,6 %), социальный темп (58,3 %), эмоциональность (63 %), социальная эмоциональность (73 %) и социальная желательность (74,3 %). Необходимо еще обязательно учитывать влияние острых значимых ситуаций.

Полученные результаты говорят о том, что среди больных с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки преобладает эмоциональная не-

устойчивость со сдвигом в сторону интраверсии, а у пациентов с хроническим гастродуоденитом – нейротизм со сдвигом в сторону экстраверсии. В ситуациях со слабыми стимулами более адекватным будет поведение детей с меньшей эмоциональной стабильностью и интровертированностью, поскольку именно он проявляет столь необходимую здесь психологическую чувствительность. Стабильный экстраверт в подобных ситуациях может проявлять раздражение, переходящее в агрессию, ибо он не ощущает слабых, но значимых воздействий и не понимает причин своего несоответствия обстоятельствам. Однако экстраверт более адаптивен в сильных средах (напряженных условиях), в которых интроверт легко впадает в депрессию, вызванную нервным истощением и запредельным торможением. Контролирующее и корригирующее влияние со стороны центральной нервной системы на высшие вегетативные отделы головного мозга определяется функциональным состоянием первой.

Показатели, отражающие психофизиологическое состояние нервной системы обследованных, представлены силой и подвижностью возбуждения и торможения. У больных язвенной болезнью и хроническим эрозивным гастродуоденитом преобладала высокая подвижность (68 %) нервных процессов в сторону торможения (75 %), что соответственно в 1,7 и 1,5 раза больше показателей детей группы контроля ($P < 0,001$). Модель личности характеризовалась как интернальная, с «локусом контроля» во внутренней среде. У пациентов III группы преобладала высокая подвижность (40 %) нервных процессов в сторону возбуждения (52 %), что соответственно в 5,2 и 3,6 раза было чаще, чем у детей группы контроля ($P < 0,05$). «Модель личности» характеризовалась как экстернальная, с «локусом контроля» во внешней среде. Оптимальное состояние равновесия (68 %) процессов возбуждения и торможения определено в группе сравнения.

Выводы.

1. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастродуоденитом выявлено преобладание негативных типов родительского отношения (принятие-отвержение, авторитарная гиперсоциализация, инвалидизация) – 78,4 и 54,3 % соответственно. Для них также характерно влияние ситуаций хронического действия (враждебная, жестокая семья, эмоционально отвергающая семья, семья, не обеспечивающая надзора и ухода, чуждое окружение за рамками семьи, алкоголизм родителей, низкий уровень доходов семьи) и эмоционального угнетения. У больных с хроническим гастродуоденитом без эрозии слизистой оболочки преобладали быстротечные и острые значимые психотравмирующие ситуации; чаще отмечали гармоничное воспитание (социальная желательность поведения, симбиоз).

2. Выявлены достоверная прямая и обратная корреляционные внутригрупповые связи между семейно-бытовыми факторами, типами родительского отношения, психофизиологическими характеристиками, что указывает на сложность механизмов, запускающих психо-вегето-висцеральные нарушения.

Библиографический список

1. Антропов, Ю. Ф. Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Л. М. Карпина // Педиатрия. – 1997. – № 4. – С. 52–56.

2. Баранов А. А. Проблемы детской гастроэнтерологии на современном этапе / А. А. Баранов // Рос. гастроэнтерол. журнал. – 1995. – № 1. – С. 7–11.

3. Григорьев, К. И. Теория адаптации в практике врача-педиатра / К. И. Григорьев // Актуальные вопросы современной педиатрии. – М., 1997. – С. 27–30.

4. Колосова, О. А. Роль особенностей личности в формировании психовегетативных нарушений: Заболевания вегетативной нервной системы / О. А. Колосова ; под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицина, 1991. – С. 385–391.

5. Коростелева, И. С. Психологический анализ невротических и психосоматических расстройств / И. С. Коростелева, С. И. Посохов // Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. – 1990. – № 5. – С. 90–93.

6. Кошта, О. С. Психосоциальные факторы здоровья / О. С. Кошта. – М. : Московский психолого-социальный институт, 1999. – С. 39–42.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ

Д. В. Кременицкий, К. В. Мельников

МСЧ ФКУ «Войсковая часть 45108», г. Кузнецк-12

Интенсивная терапия холодовой травмы остается актуальной проблемой в медицине критических состояний.

Помимо местной холодовой травмы – «отморожения», существует и общая патологическая гипотермия человека, обозначаемая термином – «замерзание». Причина замерзания – внешнее общее переохлаждение организма (Петров И. Р. и др., 1961 г.). В силу вышеизложенных патогенетических особенностей действия низких температур на организм человека, даже несмотря на то, что смертельная гипотермия человека соответствует температуре тела 22–25 °С (Майстрах Е. В., 1964), сохраняется возможность спасения пораженных, даже когда ректальная температура у них снижается до 18–19,5 °С и такие случаи описаны в литературе (Мюллер В., 1954).

При непреднамеренном общем охлаждении организма происходит нарушение теплового баланса. При этом центральная температура тела снижается ниже 35 °С и нарушается метаболизм, что приводит к развитию повреждения функций и структур организма.

По данным К. П. Иванова (1996) при более глубоком переохлаждении, когда температура тела понижается до 32–33 °С, после потери сознания и

остановки дыхания работа сердца, кровяное давление и микроциркуляция крови в мозге сохраняется на определенном уровне. Процесс умирания может занимать довольно значительное время (от 10–15 до 30–40 мин), так как холод замедляет все химические реакции в организме.

Представляем наш клинический случай успешного лечения тяжелого общего переохлаждения на фоне отравления веществами психотропного действия.

Больная К., 36 лет, была обнаружена около 10 ч утра в лесу 20 ноября (температура воздуха +2 °С) без признаков жизни. Вызвана скорая медицинская помощь. Врач анестезиолог-реаниматолог госпиталя, прибывший через 20 мин, на месте констатировал состояние клинической смерти и приступил к реанимационным мероприятиям (закрытый массаж сердца, интубация трахеи и искусственная вентиляция легких мешком «Амбу», согревание пострадавшей).

Реанимационные мероприятия с положительным эффектом. Восстановлена сердечная деятельность, дыхание протезируется.

При осмотре в одежде пострадавшей обнаружены пустые упаковки из-под медикаментов (20 таблеток фенезепама и 10 таблеток азалептина). В 11.00 больная доставлена в госпиталь в реанимационное отделение. Температуру тела (в подмышечной впадине и в прямой кишке) в момент поступления ниже 34 °С (медицинский термометр позволяет определять температуру от 34 °С и выше).

Продолжены реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:

– ИВЛ увлажненной и подогретой до 40–46 °С вдыхаемой смесью (с высоким содержанием кислорода);

– обеспечение центрального венозного доступа;

– внутривенное введение подогретых растворов, так как охлаждение тела сопровождается периферическим вазоспазмом, нарушающим всасывание при внутримышечных и подкожных инъекциях;

– постановка назогастрального зонда и промывание желудка до чистых вод;

– при гипотермии пролонгируется действие ряда лекарственных препаратов, особенно метаболизирующихся в печени, поэтому введение адреналина и других средств при центральной температуре ниже 30 °С не эффективно;

– не использовали раствор Рингера лактата (печень не в состоянии метаболизировать лактат в бикарбонат) и препараты дигиталиса, внутривенно вводили 0,9 % раствор натрия хлорида, 5 % глюкозу в условиях тщательного наблюдения (опасность перегрузки объёмом);

– аритмий, связанных с переохлаждением мы не наблюдали;

– на ЭКГ при поступлении удлинение интервала QT, в динамике при согревании больной ЭКГ без особенностей;

– коррекция коагулопатии также достигалась согреванием с введением гепарина;

– проведение всех манипуляций осуществляли при тщательном мониторировании, что позволяло вовремя выявить вторичное снижение температуры тела после начала согревания - феномен «afterdrop», механизм которого состоит в том, что при согревании периферических участков тела снимается сосудистый спазм, в циркуляцию с периферии поступает большой объём охлаждённой крови, вследствие этого температура внутри тела пациента может парадоксально снижаться после начала согревания. Развитие феномена «afterdrop» усиливает физиологические нарушения, повышает риск развития аритмий и остановки сердца;

– скорость согревания больной не превышала 1 °С в час из-за риска развития критической артериальной гипотензии и остановки сердца, обусловленных действием поступающих в «центральный» кровоток эндотоксинов и холодных порций крови.

Проводимые реанимационные мероприятия и интенсивная терапия с положительным эффектом. Через 14 ч с момента поступления в стационар больная пришла в сознание, восстановлено самостоятельное адекватное дыхание. Экстубирована через 16 ч. Гемодинамика устойчивая. Температура тела нормальная. Неврологическая симптоматика отсутствует. Через 25 ч переведена в профильное отделение. Выписана из стационара на 12 сут. в удовлетворительном состоянии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Е. П. Кривощеков[1], Е. Б. Ельшин[2]

[1]ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 8», г. Самара

В настоящее время хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС), остается очень трудоемким и затратным процессом. И, несмотря на все усилия, зачастую результаты данного лечения не удовлетворяют ни лечащего врача, ни пациента. Поэтому специалистам приходится искать наиболее эффективные подходы к лечению данной группы больных.

Материалы и методы. Исследование включало 98 человек с гнойно-некротическими осложнениями СДС. Средний возраст пациентов составил 58,0±2,5 года. Всем пациентам было проведено УЗДГ сосудов нижних конеч-

ностей, а при выявлении критической ишемии – выполнялась рентгеноконтрастная ангиография. Пациентов разделили на три схожие группы.

В первой группе (36 человек – без критической ишемии нижних конечностей) пациентам после выполнения хирургического вмешательства на стопе по поводу гнойно-некротических процессов, назначалась базисная терапия, которая включала: рациональную антибактериальную терапию (цефалоспорины 3 поколения, метронидазол и моксифлоксацин), коррекцию гипергликемии путем перевода пациентов на инсулины, применение пентоксифиллина, препаратов α-липоевой кислоты, витаминов группы В, барокамеры. Местное лечение раны проводили ежедневными перевязками с растворами антисептиков или современными перевязочными средствами.

Вторая группа насчитывала – 38 человек (с мультисегментарным и (или) протяженным характером поражения дистального кровеносного русла). Каждому в этой группе после операции на стопе – помимо базисного лечения, проводили курс лечения алпростадила и сулодексида. А рану стопы лечили с помощью аппарата отрицательного давления. Данное лечение проводили в 2 этапа, каждый по 7 дней.

На первом этапе – лечение алпростадилом проводили по 40 мкг. внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора, медленно, 2 раза в день, ежедневно. Курсом – до 14 дней. Сулодексид вводили по 600 ЛЕ внутривенно капельно на 100 мл физ. раствора, ежедневно. Курсом 5–7 инфузий. С помощью аппарата отрицательного давления Suprasorb SNP P1 создавали необходимое отрицательное давление в ране – 80 мм рт. ст, которое поддерживали круглосуточно. Данное лечение продолжали в течение 7 суток.

На втором этапе лечения – меняли вакуум-аспирацию с колебаниями отрицательного давления от 20 до 80 мм рт. ст. с периодом – 30 мин также круглосуточно на протяжении 7 суток. Продолжали назначение алпростадила по указанной схеме до 14 суток в целом. Сулодексид уже назначали – по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки.

Третья группа больных насчитывала – 24 человека (с локальным стенозом или окклюзией дистального кровеносного русла, которые позволяли выполнить баллонную рентгенэндоваскулярную ангиопластику). Каждому затем проводилась операция на стопе по поводу гнойно-некротических процессов. Помимо базисной терапии, назначали курс лечения урокиназы и сулодексида. Лечение урокиназой проводили по 500 000 ЕД внутривенно капельно на 100 мл физ. раствора, ежедневно. Курсом – 5–7 инфузий. Сулодексид назначался по указанной выше схеме. Рану на стопе лечили с помощью аппарата отрицательного давления также в 2 этапа (каждый по 7 дней) по описанной выше схеме.

Результаты. На 1-е сутки во всех группах пациентов отмечено преобладание воспалительного (42 %) и воспалительно-дегенеративного типа (58 %) цитограмм раны стопы. На 7 день после операции в 1-й группе – воспалительно-дегенеративный тип уменьшился лишь на 8±1,5 %, во 2 группе на 12,6±1,6 %. А в 3-й группе – снизился на 30,6±1,2 %. При этом у 5 пациентов

3-й группы (20,8 %) – уже зафиксирован регенераторный тип цитограмм. На 14 сутки в 1-й группе также было отмечено преобладание воспалительного (70,7 %) и воспалительно-дегенеративного типа (18,2 %) цитограмм, регенераторный тип проявился только у 4 больных (11,1 %). Во 2-й группе – преобладание воспалительного (52 %) и воспалительно-дегенеративного типа (27 %) цитограмм – уменьшилось, регенераторный тип – у 8 больных (21 %). В 3-й группе – значительное снижение воспалительного (13,1 %) и воспалительно-дегенеративного типа (7,8 %) цитограмм, а регенеративный тип – у 19 пациентов (79,1 %). Переход раневого процесса во вторую фазу был отмечен в 1-й группе в среднем на 20 сутки, во 2-й группе – на 12±2 сутки, а в 3 группе пациентов – на 10±2. У всех пациентов 1-й группы – сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 14–18 суток. Во 2-й группе – уменьшение болей, отека и чувства тяжести в стопе у 27 человек (71 %) произошло на 7 сутки. В 3-й группе – данные симптомы купировались на 7 сутки у 20 больных (83,3 %), у остальных – на 10–11 сутки.

Количество необходимых повторных некрэктомий в 1-й группе больных составило в среднем 3,8. Двум пациентам пришлось выполнить ампутацию на уровне верхней трети голени. А у пациентов 2-й и 3 групп – повторных некрэктомий и «высоких» ампутаций – не было. Во 2-й и 3 группах пациентов – кровотечений из раны стопы и других осложнений – не было. Снятие аппарата вакуумтерапии раньше срока ни в одном случае – не понадобилось.

Выводы. Восстановление нарушенного кровотока должно являться обязательным предварительным этапом в лечении пациентов с осложнениями СДС. Комплексный дифференцированный подход с воздействием на все основные звенья патогенетической цепи является обязательным условием для успешного лечения данных больных. Применение алпростадила и тромболитика в сочетании с ангиопротекторами - это многообещающая альтернатива для пациентов с показаниями к высокой ампутации нижних конечностей при гнойно-некротических процессах на фоне СДС.

ВЛИЯНИЕ ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е. П. Кривощеков[1], А. В. Казанцев[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России»,
[2]ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина», г. Самара

Проблема лечения варикозной болезни нижних конечностей до настоящего времени далека от разрешения и чрезвычайно актуальна в связи с большим распространением этого заболевания. Одним из хирургических

методов лечения больных варикозной болезнью на сегодняшний день является эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). Консервативная терапия, с применением флеботропных препаратов является основой в лечении варикозной болезни, однако необходимо определить ее роль в комплексной терапии данной патологии.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезни нижних конечностей с учетом проводимой флеботропной терапии в до и послеоперационном периодах.

Материал и методы. В Самарской областной клинической больнице им. В. Д. Середавина с 2014 г. по 2016 г. эндовенозная лазерная облитерация выполнена у 115 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. По международной классификации CEAP больные распределились: С2 42 (36,5 %) пациента, С3 – 51 (44,3 %) человек, С4 – 22 (19,2 %) больных. Мужчин было 23, женщин – 92. Средний возраст составил – 43,6±4,54 года. Длительность заболевания варьировала от 3 до 20 лет. Средний диаметр БПВ на бедре составил 8,3±4,27 см.

Отечественный препарат Венарус содержащий диосмина 450 мг и гесперидина 50 мг выбран, как высокоэффективный флеботоник используемый для лечения пациентов с ХВН. Больные в проведенном исследовании ретроспективно были разделены на 3 группы – I группа (52 пациента), которые получали Венарус по 1 табл. 2 раза в день за 6 недель до и в течение 8 недель после оперативного вмешательства, II группа (46 человек), получали Венарус по 1 табл. 2 раза в день, только после оперативного лечения в течение 8 недель, III группа (17 пациентов), не принимали флеботропные препараты в до- и послеоперационном периодах несмотря на рекомендации врача. Для ЭВЛО использовали диодный лазер «Лами-Гелиос», длинна волны 1060 нм, мощность – 25 ватт. Перед процедурой ЭВЛО проводили премедикацию, далее типично у медиальной лодыжки выполняли доступ к БПВ под местным обезболиванием, в БПВ вводили ангиографический катетер толщиной 5F, который устанавливали под контролем УЗИ на 2–3 см ниже устья БПВ. При диаметре БПВ 1,7–2 см, выполняли кроссэктомию. Под контролем ЦДК проводили инфильтрационную анестезию вдоль всей БПВ. В зависимости от толщины вены длительность ЭВЛО составляла 10–20 с на 1 позицию, тракция световода 0,5–2 см. Критерием адекватности облитерации БПВ были признаки окклюзии вены, подтвержденные ЦДК, коллатерали обрабатывали из отдельных проколов.

В послеоперационном периоде использовали эластическую компрессию конечности противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, 2 класса, который создавал высокое рабочее давление, обладал выраженным противоотечным эффектом и повышенной прочностью.

Эффективность комплексного лечения с применением ЭВЛО, флеботропной терапии (Венарус) и противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, оценивалась на основе динамики клинических проявлений (тяжесть,

боль, судороги, физическая активность) с использованием шкалы тяжести заболеваний вен VCSS.

Результаты. Технический успех операции достигнут у всех пациентов, что подтверждалось по ЦДК. Интраоперационных осложнений не было. Признаки окклюзии БПВ на всем протяжении выявлены у 111 (96,5 %) больных, признаки частичной реканализации БПВ диагностированы у 4 (3,5 %) человек.

Оценка динамики клинических проявлений составила в I группе – (тяжесть до лечения – 2,35±0,63, через 8 недель – 1,42±0,41; боль до лечения – 1,62±0,73, через 8 недель – 0,76±0,56; судороги до лечения – 1,35±0,51, через 8 недель – 0,61±0,37; физическая активность до лечения – 10,05±0,43, через 8 недель – 9,75±0,43), во II группе – (тяжесть до лечения – 2,21±0,42, через 8 недель – 1,82±0,63; боль до лечения – 1,45±0,67, через 8 недель – 0,89±0,73; судороги до лечения – 1,22±0,47, через 8 недель – 1,35±0,36; физическая активность до лечения – 10,24±0,33, через 8 недель – 9,05±0,16), в III группе – (тяжесть до лечения – 2,25±0,63, через 8 недель – 2,02±0,49; боль до лечения – 1,39±0,73, через 8 недель – 1,05±0,64; судороги до лечения – 1,19±0,37, через 8 недель – 0,96±0,35; физическая активность до лечения – 10,61±0,29, через 8 недель – 8,96±0,33).

По оценке суммы баллов по шкале VCSS отмечено ее снижение через три недели после операции в I группе больных с 5,01 до 2,64 балла, во II группе с 4,95 до 2,98 балла, в III группе с 4,98 до 3,16 баллов.

Выводы. Эндовенозная лазерная облитерация у больных с варикозной болезнью нижних конечностей является высокоэффективным, малотравматичным методом лечения. Флеботропная терапия препаратом Венарус показана всем больным в до- и послеоперацинном периодах, поскольку снижает выраженность послеоперационных клинических проявлений (болевой синдром, отек, чувство тяжести), способствует быстрому восстановлению двигательной активности и последующей реабилитации.

К ВОПРОСУ О ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Р. П. Крымская[1], Н. К. Починина[1], Н. В. Прибыткова[2], Н. А. Сержантова[3], Е. С. Сержантова[4], М. Н. Зигунова[5]

[1]ПИУВ – филиал ФГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ООО «Новая Клиника»,
[3]НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»,
[4]ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова»,
[5]ММЦ «Эскулап», г. Пенза

На фоне хронической коронарной недостаточности, а также как и при развернутой картине инфаркта миокарда, так и при микроинфарктах, стенокардии могут возникать сосудистые мозговые нарушения, обусловленные

сердечной патологией изменения мозгового кровообращения, которые обозначают как проявления кардиоцеребрального синдрома. При инфаркте миокарда мозговая симптоматика возникает в 10 % случаев [3].

Патофизиологические механизмы, посредством которых сердечнососудистые заболевания приводят к нарушению мозгового кровотока, связаны с аритмиями, гипотензией и механической дисфункцией сердца. Ишемия проводящей системы сердца обычно сопровождается аритмией, которая оказывает значительное влияние на кровообращение в мозге. Аритмия приводит к преходящей дисфункции мозга с головокружением и обмороком. Ощущения головокружения и аритмии развиваются и протекают одновременно [8].

Sekitani и соавт. среди наблюдавшихся 890 больных с головокружением в 14,5 % случаев вертиго связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [9].

Вестибулярные ядра занимают значительную область в латеральной зоне ствола мозга и кровоснабжаются от позвоночной и базилярной артерий. Этот участок подвержен ишемии, который в последующем может привести к нарушениям вестибулярной функции центрального типа [6]. Аксоны вторых нейронов вестибулярного анализатора, тела которых заложены в вестибулярных ядрах, входят в контакт с вегетативными структурами, в частности с задним ядром блуждающего нерва и ядрами гипоталамической области промежуточного мозга. Наличие этих связей объясняет появление при патологии вестибулярного анализатора вегетативных реакций парасимпатической направленности, а также снижение АД и брадикардии [5].

Задачей работы явилось изучение функции вестибулярного анализатора у больных с хронической ишемической болезнью сердца, при которой развивается сосудистая мозговая недостаточность на фоне длительно существующей неполноценности кровоснабжения мозга.

Отоневрологическое обследование проведено у 58 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 39 до 76 лет.У данной группы пациентов была исключена неврологическая и ЛОР-патология, вызывающая головокружение. Из них 8 пациентов перенесли острый инфаркт миокарда, у 10 диагностирован рецидивирующий инфаркт миокарда, у остальных 40 была клиника хронической ИБС с проявлениями аритмии у 8 больных и внезапно возникающими брадикардиями у 4. Симптомы вестибулярной дисфункции выявлены при целенаправленном сборе анамнеза и обследовании больных.

Большинство пациентов предъявляли жалобы на головокружения «внутри головы», покачивание предметов, пошатывания в сторону, неустойчивость при ходьбе в той или иной степени (72 %), нарушения равновесия (51 %), кратковременные резкие головокружения (16 %) до внезапного падения (4 %), шум в ушах (10 %).

Электронистагмография проводилась на 3-х канальном электрокардиографе фирмы ЗспШег РчЗ-232 со встроенной компьютерной программой для расшифровки электронистагмограмм.

Оценка показателей электронистагмограмм (ЭНГ) осуществлялась как визуально по методу Н. С. Благовещенской (1), так и по данным автоматической компьютерной обработки.

При помощи ЭНГ исследованы оптокинетические, спонтанный и позиционный виды нистагма, проведена регистрация экспериментально-вестибулярных проб: битермальной калорической и вращательной.

Выявление спонтанного нистагма проводилось с закрытыми и открытыми глазами. Спонтанный нистагм с открытыми глазами, зарегистрированный с помощью ЭНГ, у 32 % обследованный был мелким, клоническим, амплитудой 2-3-4, т.е. визуально малозаметный. При закрытых глазах спонтанный нистагм выявлялся в 44 % случаев, что указывало на исчезновение спонтанного нистагма при открытых глазах вследствие фиксации взора, а при закрытых глазах регистрировался скрытый спонтанный нистагм. Позиционный нистагм зарегистрирован у 14 % больных. Оптокинетический нистагм имел амплитуду от 4–5° до 6–7°, у 44 % обследованных имела место асимметрия оптокинетического нистагма по амплитуде. После проведения экспериментальных вестибулярных проб еще у 26 % обследованных обнаружилась асимметрия оптокинетического нистагма по амплитуде, т.е. выявлено «скрытое» нарушение функции оптомоторных путей. Известно, что начальные формы поражения оптокинетического нистагма улавливаются только на ЭНГ, что отражает незначительное вовлечение в процесс вестибулярных образований ствола мозга.

Экспериментальные вестибулярные пробы протекали по типу норморефлексии у 72 % больных, гиперрефлексии – 11,9 %, гипорефлексии – 12,9 %, арефлексии – 3,2 %. Асимметрия по длительности нистагменной реакции зарегистрирована в 12,5 %, в 28,1 %-дизритмия по амплитуде и в 22,5 % дизритмия по частоте. В 3,7 % случаев был выявлен «мерцающий» нистагм с наличием «немых» полей. Вершины нистагменных зубцов имели остроконечный вид, соотношение быстрой и медленной фаз нистагма составляло 1:2 и 1:3. Вестибулосенсорные и вестибуловегетативные реакции после проведения экспериментальных вестибулярных проб были I и 2 степени в 84,7 % случаев и в 15,3 % – 2–3 степени.

При первичном отоневрологическом обследовании у 16 пациентов, перенесших инфаркт миокарда, отмечалась вестибулярная дисфункция заднечерепного стволового уровня по средней линии в 72,5 % случаев, с акцентом вправо – 15,3 %, влево – 12,2 %, умеренно выраженной степени в 27,8 % случаев, легкой степени – 72,2 % в стадии субкомпенсации. Через год при контрольном обследовании 12 больных после проведенных курсов лечения в профильном стационаре выявлена вестибулярная дисфункция умеренно выраженной степени у 8,3 %, легкой степени – 91,7 %.

Таким образом, подтверждена тесная взаимосвязь вестибулярного анализатора со стволовым сосудистым центром, который имеет прямые рефлекторные связи с сердцем, в связи с чем показано проведение своевременного информативного отоневрологического обследования при кардиальной патологии для выявления транзиторных церебральных гемодинамических поражений.

Библиографический список

1. Благовещенская, Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы/ Н. С. Благовещенская. – М. : Медицина, 1990. – 432 с.

2. Дике, М. Р. Головокружение / М. Р. Дике, Дж. Д. Худа. – М. : Медицина, 1987. – 478 с.

3. Люсов, В. А. Аритмии сердца. Терапевтические и хирургические аспекты / В. А. Люсов, Е. В. Колпаков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 399 с.

4. Никифоров, А. С. Клиническая неврология / А. С. Никифоров, А. Н. Коновалов, Е. И. Гусев. – М. : Медицина, 2002. – Т. I. – 704 с.

5. Никифоров, А. С. Клиническая неврология / А. С. Никифоров, А. Н. Коновалов, Е. И. Гусев. – М. : Медицина, 2002. – Т. II. – 791 с.

6. Степанченко, А. В. Головокружение / А. В. Степанченко, Н. А. Петухова, С. А. Трущелев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 270 с.

7. Сыркин, А. Л. Инфаркт миокарда. Медицинское информационное агентство / А. Л. Сыркин. – М., 2003. – 466 с.

8. Трошин, В. Д. Острые нарушения мозгового кровообращения / В. Д. Трошин, В. М. Трошин. – Н. Новгород : САРПИ, 1993. – 269 с.

9. Солдатов, И. Б. Вестибулярная дисфункция / И. Б. Солдатов, Г. П. Сущева, Н. С. Храппо. – М. : Медицина, 1980. – 288 с.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

Р. И. Кувакова, Г. В. Пугачев, И. В. Пугачева, О. Е. Пескова

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Острые отравления ненаркотическим анальгетиком-антипиретиком парацетамолом (код по МКБ 10 – Т 39.1) представляют серьезную проблему клинической токсикологии. В мировой практике данный лекарственный препарат является основной причиной отравления гепатотропными ядами.

В отделение токсикологии в течение двух месяцев 2017 г. поступило 4 пациента с острым отравлением парацетамолом. Объединяет все 4 случая цель приема препарата – суицидальная попытка, которая была выбрана как путь ухода из жизни по рекомендации одного из сайтов интернета. Доза принятого парацетамола в трех случаях превышала летальную дозу в 2,5–6,5 раз. В одном случае пациент принял двойную суточную дозу парацетамола в со-

четании с индукторами микросомальных ферментов, ускоряющих метаболизм парацетамола: фенобарбиталом, финлепсином и этанолом.

Течение острого отравления у пациентки 19 лет осложнялось наличием беременности 17–18 недель. Экспозиция токсиканта в организме пациентов при поступлении в стационар составляла от 2,5 до 31 ч.

Гепатотоксическое действие парацетамола наиболее ярко проявилось у беременной пациентки и пациента, злоупотребляющего алкогольными напитками. Данная группа пациентов отличалась от других также поздним поступлением на лечение и наибольшей дозой препарата. Печеночная недостаточность у них проявилась повышением содержания в крови АлАТ и АсАТ с максимумом (в 60 раз и более от нормы) на 3–4 сутки. Билирубинемия была умеренная, с максимальным повышением билирубина в 3,6 раза от нормы. У беременной пациентки кроме того наблюдалось нарушение свертывающей системы (гипотромбинемия, тромбоцитопения).

Нефротоксическое действие парацетамола было выявлено только у беременной пациентки и проявилось в виде острой почечной недостаточности.

У пациента, принявшего 50 гр парацетамола на фонегипокалиемии появились очаговые изменения на ЭКГ без повышения тропанинов в крови.

У всех пациентов наблюдалось повреждение пищеварительного тракта (тошнота, рвота, гастралгия) и нейросенсорные нарушения (сомноленция и астения при поступлении с дальнейшим прогрессированием до уровня глубокого оглушения у лиц с печеночной недостаточностью)

В программу лечения были включены промывание желудка, энтеросорбция, форсированный диурез, гемосорбция, гемодиафильтрация. Специфическая терапия проводилась АЦЦ Лонг шипучие таблетки в течении первых 72 ч с момента отравления. Лечение печеночной недостаточности проводилось с использованием ремаксола, гептрала, эссенциальных фосфолипидов, витаминов группы В. Ведение беременной пациентки осуществлялось совместно с врачами-гинекологами

Вся группа пациентов была выписана из стационара с выздоровлением. Срок лечения пациентов составил от 8 до 20 суток. Беременная пациентка была выписана под наблюдение гинекологов.

Таким образом, отравление парацетамолом является заболеванием, требующим комплексной неотложной детоксикации. Своевременная диагностика отравления затруднена из-за наличия скрытого периода. Начальные клинические проявления могут не соответствовать тяжести отравления. Наиболее тяжело протекает отравление у беременных, лиц, злоупотребляющих этиловым алкоголем. Лечение пациентов независимо от состояния на момент поступления должно осуществляется по программе лечения острого отравления парацетамолом тяжелой степени.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕФРАКЦИОННОЙ ЗАМЕНЫ ХРУСТАЛИКА ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ОБЪЕМОЗАМЕЩАЮЩИМИ ИОЛ

С. Л. Кузнецов [1], Р. С. Галеев [2], Т. Р. Галеев [2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница», г. Пенза

Рефракционная хирургия хрусталика при аметропиях различной степени является актуальной проблемой, имеющей своих сторонников и противников. Особенностями экстракции хрусталика с интраокулярной коррекцией при миопии высокой степени является повышенный риск осложнений в виде вторичной катаракты (ВК), рефракционной ошибки, деструкции стекловидного тела, витреоретинальных тракций, макулярного отека и отслойки сетчатки. В связи с этим не ослабевает интерес офтальмологов к разработке новых технологий и конструкций ИОЛ для оптимизации рефракционной хирургии хрусталика.

Цель исследования. Анализ результатов рефракционной хирургии хрусталика у пациентов с миопией высокой степени с имплантацией объемозамещающей МИОЛ-28 с плоскостной торсионной гаптикой (plate-torsion haptic intraocular lens, PTHIOL).

Материалы и методы. Исследование выполнено на 139 глазах 86 пациентов с миопией от –7,5 до –28,0 дптр (в среднем –15,42±8,18 дптр), длина переднезадней оси глаза составляла от 26,4 до 31,2 мм. Из общего количества пациентов было 27 мужчин и 59 женщин в возрасте от 26 до 64 лет (средний возраст 54,65±7,82 лет). Острота зрения с коррекцией до операции варьировала от 0,3 до 1,0, в среднем 0,48±0,08. Величина офтальмотонуса у исследуемых пациентов составила 19,2±2,14 мм рт. ст. Всем пациентам проводили стандартное дооперационное обследование. На 34 глазах (24,46 %) в анамнезе была выполнена профилактическая лазеркоагуляция сетчатки по поводу ПХРД. Показаниями для рефракционной замены хрусталика являлись: наличие противопоказаний для лазерной коррекции миопии из-за тонкой роговицы, наличие анизометропии высокой степени, в том числе вследствие начальной ядерной катаракты (77 глаз, 55,39 %).

Для интраокулярной коррекции афакии при рефракционной замене хрусталика использовали гидрофобные ИОЛ МИОЛ-28 производства НПП «РЕПЕР-НН» Нижний Новгород (патент РФ № 2208418). Линза имеет размеры 6,0×15,5 мм. Оптическая сила ее составила от 0 до 11,0 дптр.

Для расчета оптической силы ИОЛ использовали формулу SRK/T с константой А, полученной путем ее пересчета на планируемое персонифицированное положение линзы. Планируемое положение PTHIOL определяли как сумму значений величин передней камеры глаза и толщины нативного хрусталика. Среднее значение константы А составило 121,9. У всех больных PTHIOL имплантирована после неосложненной факоэмульсификации через разрез 2,2 мм инжектором с картриджем типа «бабочка».

В послеоперационном периоде все пациенты проходили оптическую когерентную томографию сетчатки (ОКТ) на аппарате SOCT Copernicus HR (Optopol-Canon) и УЗИ-биомикроскопию (УБМ) с биометрией параметров переднего отрезка глаза аппаратом Accutom (Sonomed). Применяли статическое и динамическое УБМ-сканирование со сменой угла датчика для определения положения оптической и гаптической частей PTHIOL. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 5 лет (в среднем 2,58±1,63 года).

Результаты и обсуждение. Все операции прошли без осложнений. В раннем послеоперационном периоде у 26 пациентов (18,7 %) отмечали умеренный отек стромы роговицы и складки десцеметовой оболочки. На 14 глазах (10,10 %) было отмечено повышение ВГД, что было связано с неполной эвакуацией вискоэластика из передней камеры по окончании операции. Все указанные осложнения были купированы назначением соответствующей медикаментозной терапии. На 6 глазах (4,32 %) с помощью УБМ была выявлена децентрация PTHIOL, которая не оказывала влияния на остроту зрения.

В течение отдаленного периода наблюдения у всех пациентов отмечалась хорошая центрация PTHIOL и равномерная передняя камера, вывиха гаптических элементов линзы или их дислокации не было. При биомикроскопии не отмечали псевдофакодонеза, признаков пигментной дисперсии и деформации капсулэктомического отверстия. Кроме того, у всех пациентов имелся плотный контакт PTHIOL с задней капсулой без образования на ней складок и фиброзных изменений за весь период наблюдения. Мониторинг послеоперационного положения PTHIOL с помощью УБМ и в сроки 3–6–12 мес. не выявил достоверной динамики и свидетельствовал о стабильном положении линзы и состоянии КМХ. Вторичная катаракта, потребовавшая проведения YAG-лазерной дисцизии, отмечалась на 3 глазах (2,16 %) в сроки 4 и 5 лет после операции. На 1 глазу (0,72 %) через 2 года после операции отмечалась отслойка сетчатки оперированного глаза.

Средняя острота зрения с коррекцией при выписке составила 0,54±0,17, а через 1 мес. – 0,68±0,14 и оставалась без существенных изменений за весь период наблюдения. Во всех случаях данные визометрии пациентов соответствовали ретинальной остроте зрения. Всем пациентам при расчетах оптической силы PTHIOL планировалась остаточная миопия от –1,5 до –4,0 дптр. Рефракция цели была достигнута с точностью до ± 0,25 дптр на 85 глазах (61,15 %), от ±0,25 дптр до ±0,5 дптр – на 19 глазах (13,67 %), от ±0,5 дптр до ±0,75 дптр – на 9 глазах (6,47 %), от ±0,75 дптр до ±1,0 дптр – на 7 глазах (5,04 %), и отклонение от рефракции цели более чем на 1,0 дптр отмечалось на 19 глазах (13,67 %).

Заключение. Анализ результатов рефракционной замены хрусталика у больных с миопией высокой степени с использованием PTHIOL МИОЛ-28 показывает, что ее имплантация отвечает современным требованиям рефракционной хирургии. МИОЛ-28 позволяет максимально сохранить анатомо-топографические соотношения в глазу и обеспечивает получение запланиро-

ванной стабильной послеоперационной рефракции. Применение данной модели PTHIOL является перспективным с целью профилактики ВК при рефракционной замене хрусталика, в частности, при миопии высокой степени, а также предотвращения витреоретинальных осложнений.

К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПАНФИЛОВА. ЖИЗНЕННЫЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПУТЬ

С. Л. Кузнецов, Е. Е. Бражалович, П. Ю. Татарченко

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Доктор медицинских наук, профессор Николай Иванович Панфилов (1927–1996) родился и провел детство в г. Тетюши в Татарстане. После окончания Казанского медицинского института он начал свой профессиональный путь в г. Куйбышеве (ныне Самара) под руководством выдающегося офтальмолога, профессора, члена-корреспондента АМН СССР Т. И. Ерошевского, с именем которого связано создание «самарской» научной офтальмологической школы. Т. И. Ерошевский активно выдвигал своих учеников в регионы и способствовал их дальнейшей успешной работе. При его непосредственном участии Н. И. Панфилов стал в 1977 г. первым заведующим кафедрой офтальмологии Пензенского института усовершенствования врачей и оставался на этом посту до 1991 г.

С его приходом пензенская офтальмология обогатилась современными достижениями самарской школы офтальмологии. Благодаря его энтузиазму и настойчивости кафедра была оснащена самым современным на тот день диагностическим и микрохирургическим оборудованием Karl Zeiss: приобрели операционный микроскоп, щелевые лампы, периметр и рефрактометры. Являясь сложившимся клиницистом и виртуозным хирургом, Н. И. Панфилов начал ранее, чем в соседних регионах активно внедрять в практическое здравоохранение Пензенской области многие являвшиеся в то время передовыми и актуальными методики диагностики и лечения патологии органа зрения, в том числе микрохирургию при глазных операциях. Первые имплантации интраокулярных линз (исторически знаменитая ирис-клипс-линза Т-03 «Спутник» С. Н. Федорова) были проведены в 1978 году профессором Н. И. Панфиловым и М. И. Алешаевым, в то время – ассистентом кафедры. В 1984–1986 гг. начала выполняться операция глубокой склерэктомии по Федорову-Козлову при глаукоме. А в 1988 г. проф. Н. И. Панфиловым и асс. С.Л. Кузнецовым была впервые в области освоена и начала широко производиться пе-

редняя радиальная кератотомия при миопии по С. Н. Федорову, являвшаяся одной из передовых технологий той эпохи.

В результате научной деятельности кафедры, возглавляемой Н. И. Панфиловым, в 1977–1990 гг. были разработаны авторские методы лечения заболеваний органа зрения, среди которых способы сквозной и послойной кератопластики (проф. Н. И. Панфилов, М. И. Алешаев), задней кератопластики (В. Н. Долженко), хирургии отслойки сетчатки (проф. Н. И. Панфилов), ферментотерапия при оптохиазмальных лептоменингитах (П. Ю. Татарченко), имплантация искусственного хрусталика при различных видах катаракты. Личные научные интересы Н. И. Панфилова также включали широкий круг офтальмопатологий: хирургическое лечение стойкого слезотечения (тема его кандидатской диссертации), интраламеллярная склеропластика биоимплантатами прогрессирующей близорукости (тема докторской диссертации, вошедшая в классические учебники офтальмологии того времени) и отслойки сетчатки, задняя послойная пересадка роговицы (совместно с асс. В. Н. Долженко), имплантация интраокулярных линз в хирургии катаракты (совместно с асс. М. И. Алешаевым).

Накопленный за годы работы в Самаре и Пензе опыт практической и научной работы позволил Н. И. Панфилову организовать на самом высоком уровне педагогическую работу кафедры. Его лекции всегда включали в себя комментарии к материалу из собственной и кафедральной практики, демонстрацию клинических примеров, и поэтому каждый раз звучали по-новому.

Одновременно с этим Н. И. Панфилов возглавил научно-практическое Общество офтальмологов Пензенской области, что позволило придать новый импульс работе офтальмологов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена, в том числе районных специалистов. На Обществе стали рассматриваться и обсуждаться интересные и сложные клинические случаи, делаться тематические доклады, заслушиваться отчеты руководителей подразделений. К работе общества привлекались врачи-слушатели циклов усовершенствования из разных регионов, которые, в свою очередь, имели возможность поделиться собственным опытом. Это стремление к открытости, взаимному обогащению опытом различных школ, широта интересов и научных взглядов являлись отличительными особенностями кафедры и самого Н. И. Панфилова.

Профессор Панфилов воспитал целый ряд учеников: ассистенты Владимир Николаевич Долженко (работал на кафедре в 1977–1982 гг.), Валентина Сергеевна Золотова (1977–1979 гг.), Полина Юрьевна Татарченко (является сотрудником кафедры с 1980 г. по настоящее время), а также Михаил Иванович Алешаев, ассистент с 1978 г., а впоследствии – доцент и профессор, второй заведующий кафедрой, и Сергей Леонидович Кузнецов, начавший работу на кафедре ассистентом в 1990 г. после окончания клинической ординатуры, ныне – заведующий кафедрой. Сотрудники кафедры с благодарностью вспоминают Н. И. Панфилова, Врача и Учителя с большой буквы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, БОЛЕЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О. Ю. Кузнецова[1], О. В. Нестеров[2], Л. Н. Максимовская[3]

[1]ГОУ ВО «Казанский национальный исследовательский технологический университет», г. Казань,
[2]КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань,
[3]ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова», г. Москва

Реабилитационная терапия у пациентов, болеющих рецидивирующим герпетическим стоматитом, отягощенным аллергическими заболеваниями является актуальной задачей в современной стоматологической практике. В период частых обострений герпетического стоматита наблюдается рост данного заболевания у пациентов с аллергическими заболеваниями в анамнезе, что послужило вниманием к данной патологии и вызвало интерес к разработке реабилитационной терапии у исследуемой группы пациентов. У выбранных больных предлагалось использовать противовоспалительные и противовирусные средства, так как у них в основе заболевания лежит снижение резистентности организма и понижение местного иммунитета полости рта. (Лукиных Л. М., Спиридонова С. А., 2013).

Цель работы – показать эффективность реабилитационной терапии у пациентов с рецидивирующим герпетическим стоматитом с аллергическим заболеванием в анамнезе.

Для решения поставленной задачи нами были выбраны 48 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет. Им было проведено лечение ингавирином.

Его состав. Одна капсула содержит:

– активное вещество: имидазолилэганамид пентандиовой кислоты (витаглутам) в пересчете на 100 % вещество – 0,03 или 0,09 г;

– вспомогательные вещества: лактоза (сахар молочный), крахмал картофельный, кремния диоксид коллоидный (аэросил), магния стеарат.

Состав оболочки капсулы: для дозировки 30 мг – титана диоксид, краситель бриллиантовый черный (бриллиант черный), краситель синий патентованный (патент синий), краситель пунцовый (понсо 4R), азорубин, желатин; для дозировки 90 мг – титана диоксид, хинолиновый желтый азорубин, краситель пунцовый (понсо 4R), желатин.

Описание: капсулы № 2 синего цвета (для дозировки 30 мг), капсулы № 1 красного цвета (для дозировки 90 мг). Содержимое капсул – гранулы и порошок белого или белого с кремоватым оттенком цвета.

Оказывает противовирусное действие, эффективен в отношении вирусов гриппа типов А (A/H1 N1, в том числе «свиной» A/H1 N1 swl, A/H3N2, A/H5N1), типа В, аденовирусной инфекции, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции.

Противовирусный механизм действия связан с подавлением репродукции вируса на этапе ядерной фазы, задержкой миграции вновь синтезированного NP вируса из цитоплазмы в ядро. Оказывает модулирующее действие на функциональную активность системы интерферона: вызывает повышение содержания интерферона в крови до физиологической нормы, стимулирует и нормализует сниженную α-интерферон-продуцирующую способность лейкоцитов крови, стимулирует γ- интерферон-продуцирующую способность лейкоцитов.

Вызывает генерацию цитотоксических лимфоцитов и повышает содержание NK-T клеток, обладающих высокой киллерной активностью по отношению к трансформированным вирусами клеткам и выраженной противовирусной активностью.

Противовоспалительное действие обусловлено подавлением продукции ключевых провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли (TNF-α), интерлейкинов (IL-1β и IL-6)), снижением активности миелопероксидазы.

Для реабилитационной терапии рецидивирующего герпетического стоматита у пациентов, страдающих аллергическими заболеваниями, ингавирин назначали по 90 мг 1 раз в день, в течение 5 дней. Такие курсы проводили 2 раза в год в начале осени и в начале весны.

Из выше проведенных исследований видно, что данная терапия ингавирином у пациентов, болеющих рецидивирующим герпетическим стоматитом, отягощенным аллергическими заболеваниями показала улучшение общего состояния организма, сокращение периодов рецидивов болезни, увеличение показателей местного иммунитета; что приблизило их к норме здоровых людей.

Все выше перечисленные данные явились важным результатом эффективности реабилитационной терапии у данной группы исследуемых пациентов. Главное достоинство реабилитационной терапии с использованием противовирусного и противовоспалительного средства ингавирин это реальное улучшение течения болезни (67 %) и клиническое выздоровление (54 %) пациентов с рецидивирующим герпетическим стоматитом, отягощенным аллергическими заболеваниями.

СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

М. Ф. Купцова[1], А. В. Аракчеев[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

От тяжелых осложнений травматической болезни погибает от 15 до 20 % пострадавших с политравмой. Одним из этих осложнений является синдром жировой эмболии (СЖЭ). Несмотря на то, что СЖЭ описан уже доста-

точно давно и включен в большинство классических монографий и руководств по травматологии и реаниматологии, представляется, что сейчас в практике интенсивной терапии на него несправедливо обращают весьма мало внимания.

Вместе с тем жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и не только при тяжелой скелетной травме и травматическом шоке, но и при анафилактическом и кардиогенном шоке, панкреатите, клинической смерти с успешной реанимацией, т.е. практически при любом критическом состоянии.

Большинство врачей считают эмболии крайне редким осложнением, оставаясь в «опасном спокойствии», в то же время количество сообщений о них в мировой практике растет с каждым годом, главным условием их успешного лечения является быстрая диагностика и неотложная интенсивная терапия.

Жировая эмболия встречается также:

– при репозиции переломов длинных трубчатых костей;

– при манипуляциях на костномозговом канале;

– при эндопротезировании (особенно с использованием костного цемента), при выполнении остеосинтеза крупной кости интрамедуллярным штифтом, резко повышающим внутрикостное давление;

– при липосакции (во время косметических операций).

СЖЭ нередко протекает под маской пневмонии, черепно-мозговой травмы, респираторного дистресс-синдрома взрослых и другой патологии, способствуя значительному увеличению летальности [7].

За необъясненными ухудшениями состояния больных в ходе оперативных вмешательств достаточно широкого круга также может стоять одна из клинических форм синдрома жировой эмболии.

По причине отсутствия настороженности к этой патологии у практических врачей жировая эмболия вносит свой, по всей видимости, существенный вклад в статистику необъяснимых смертей при скелетной травме и в анестезиологической практике.

Наиболее часто жировая эмболия регистрируется, при переломах бедра, голени (особенно открытых), размозжении жировой клетчатки, обширных скальпированных ранах. Установлено, что жировая эмболия: в 58–85 % случаев встречается при тяжелом травматическом шоке – в 90 % случаев морфологически определяется у пациентов с переломами длинных трубчатых костей, но лишь у 3–4 % развивается клиника синдрома жировой эмболии.

Жировая эмболия (ЖЭ), как морфологический феномен – это закупорка некоторой части кровеносных сосудов малого калибра, преимущественно легких, сосудов головного мозга, почек и сосудов других органов частицами или каплями нейтрального жира.

В нормальных условиях в крови здоровых людей наблюдаются лишь редкие глобулы жира, диаметр которых достигает 1 мкм, после травмы их ко-

личество и размеры увеличиваются в диаметре больше 6 мкм. Жировая эмболия возможна только при циркуляции в крови достаточно большого количества крупных жировых глобул. Однако наличие ЖГ не означает развитие синдрома жировой эмболии. Было отмечено, что ЖГ имеют место у 60–90 % пациентов со скелетной травмой, но клиника ЖЭ развивается лишь в 0,25–10 % случаев. Летальность при этом достигает от 2,5, 20–50 до 47–67 %.

Надо отличать феномен жировой эмболии, который, является морфологической находкой (обнаружение капель жира 6 мкм в биологических жидкостях) от синдрома жировой эмболии с клиническими проявлениями. В целом, существует значительное преобладание морфологических находок жировой эмболии над клиническими.

Множеством исследований доказано, что капельки жира выявляются в легочном кровотоке подавляющей части больных при введении протеза в бедренную кость, а при биопсии легочной ткани, полученной после операции, у 50–60 % пациентов отмечается типичная картина жировой эмболии. При этом в большинстве случаев ЖЭ не связана с появлением каких-либо клинических симптомов.

Клинические проявления ЖЭ встречаются у 1,5–2 % больных и зависят от количества жира и скорости его поступления в сосуды легких. Умеренное поступление жировых капель приводит к изменениям гемодинамики, в первую очередь в малом круге кровообращения, с тахикардией, небольшим повышением артериального давления (АД) и центрального венозного давления (ЦВД), которые, как правило, легко устраняются оксигенотерапией в пределах 48 ч.

При быстром массивном поступлении жировых капель («эмболический ливень») происходят выраженные нарушения гемодинамики в малом и большом круге кровообращения. Блокада легочной микроциркуляции жировыми эмболами, сгустками тромбоцитов и фибрина вызывает легочную гипертензию, увеличение легочного венозного сопротивления и перегрузку правого желудочка, что проявляется тахи- и брадикардией, повышением ЦВД, стремительным снижением минутного объема сердца и артериального давления. Расстройства гемодинамики также могут объясняться развитием пульмокоронарного рефлекса, в основе которого лежит снижение системного АД в ответ на раздражение вагусной рефлексогенной зоны сосудистого русла легких. В то же время повышение ЦВД приводит к снижению скорости лимфооттока и прогрессированию отека легких.

Различают три патофизиологических механизма, ведущих к их повреждению:

во-первых, механическая закупорка капилляров агрегатами жировых глобул и тромбоцитов ведет к повышению давления в легочной артерии и нарушению перфузионно-вентиляционного соотношения;

во-вторых, нейтральные жиры в глобулах гидролизуются до свободных жирных кислот легочной липазой. Жирные кислоты нарушают целостность

эндотелия, повышают ломкость и проницаемость капилляров, ведут к повреждению сурфактанта, результатом является повреждение сосудистого эндотелия легких и альвеолярно-капиллярной мембраны, ателектазы, отек, что ведет к тяжелой гипоксемии;

третьим следствием осаждения жировых глобул и тромбоцитов в легких является рефлекторная вазоконстрикция и бронхоспазм вследствие освобождения серотонина, простагландинов и других гуморальных факторов. Перечисленные факторы повреждают легочную паренхиму и вызывают дыхательную недостаточность. У 10 % пациентов развивается острая дыхательная недостаточность.

A. Guard выделяет большие признаки синдрома жировой эмболии (дыхательная недостаточность, мозговые проявления, петехиальная сыпь) и малые (пирексию, тахикардию, изменения сетчатки, желтуху и почечные нарушения); лабораторно как минимум жировую гиперглобулинемию, а также анемию, тромбоцитопению, сегментацию эритроцитов.

D. Murray на первое место ставит тахикардию, тахипноэ, петехиальную сыпь; проявления со стороны ЦНС с артериальной гипоксемией.

S. Schonfeld и A. Пащук использовали балльный индекс ЖЭ, при вычислении которого петехиальная сыпь имеет высший балл, а диффузная альвеолярная инфильтрация, гипоксемия, спутанность сознания, гипертермия, тахикардия и тахипноэ постепенно уменьшающуюся диагностическую значимость.

ЖЭ большого круга кровообращения наступает вследствие перехода жировых эмболов в сосуды большого круга через капилляры легких и через незараще нное овальное отверстие. Обилие множественных петехий вместе с внутрисосудистыми глобулами нейтрального жира в белом и в сером веществе, указывает на более значительное их влияние на функцию центральной нервной системы.

Нарушения сознания могут варьировать от сонливости и легкой раздражительности до дезориентации, хореоатетоидных движениях, гемипарезах, острых психозах, дискоординации взгляда, апраксии, анизакарии и неполном восстановлении сознания после общей анестезии, ступора и комы. Они обычно вызваны гипоксией, но в редких случаях могут быть следствием эмболии.

Более чем у 50 % пациентов с мозговыми симптомами развиваются микроинфаркты концевых артерий сетчатки; могут иметь место помутнения сред глаза и появляться прожилки крови. Жировые глобулы могут случайно обнаруживаться в сосудах сетчатки.

Клиническая картина ЖЭ сосудов головного мозга, может быть от спутанности сознания до глубокой комы. На этом фоне чаще всего отмечали многоочаговую симптоматику: множественный нистагм, «плавающие» глазные яблоки, тремор и судороги в конечностях, изменения тонуса мышц. Менингеальные симптомы непостоянны.

ЖЭ в мелких сосудах головного мозга определяются не ранее, чем через двое суток после травмы, что сопровождается зоной некроза и кровоизлияниями, перицеллюлярным и периваскулярным отеком.

С целью интраоперационной диагностики ЖЭ применяется трансэзофагеальная эхокардиография; для визуализации капель жира в крови используется флуоресцентная или прямая микроскопия с окраской крови суданом, сульфатом нильского голубого и др.

На электрокардиографии (ЭКГ) отмечается перегрузка правых отделов сердца проявляется углублением зубцов QIII и SI, подъемом сегмента ST в отведениях I, a VL, V5, V6, отрицательными зубцами T – в отведениях III, a VL, V1, V2, P-pulmonale – в отведениях III, II, aVF.

Признаки острого респираторного дистресс-синдрома манифестируют множественными очаговыми тенями («снежная буря») на рентгенограмме легких и нарушением газового состава крови. Экспериментально доказана корреляция количества жира в легких с концентрацией в крови интерлейкина-6, который, по мнению R. Yoga, может являться ранним маркером синдрома ЖЭ.

Газы артериальной крови – наиболее используемый диагностический тест у пациентов с подозрением на синдром жировой эмболии, обычно имеется PaO_2 – 50 mm Hg или менее. Тахипноэ первоначально вызывает респираторный алкалоз, но с прогрессированием гипоксии развиваются метаболический ацидоз и гиперкапния.

По классификации, предложенной А. Ю. Пащуком и А. В. Ивановой в 1982 г., различают три формы течения жировой эмболии:

– молниеносную, которая приводит к смерти больного в течение нескольких минут;

– острую, развивающуюся в первые часы после травмы;

– подострую – с латентным периодом от 12 до 72 ч.

Клинически же весьма условно выделяют легочную, церебральную и, наиболее часто встречающуюся, смешанную формы.

Клиническая картина СЖЭ развивается, как правило, после «светлого промежутка» продолжительностью от 3–6 ч до 3–4 дней. При этом в 60 % случаев клиника появляется в первые 24 ч после травмы и лишь у 10 % – после 3 сут. Она часто наслаивается на картину травматического шока или черепно-мозговой травмы.

Диагностические критерии синдрома жировой эмболии можно разделить на клинические и инструментально-лабораторные.

Клинические критерии:

– раннее нарушение сознания, психические нарушения (эмоциональная неуравновешенность, возбуждение, бред, делирий, кома).

– преходящая грубая очаговая неврологическая симптоматика, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В тяжелых случаях может появляться грубая очаговая патология парезы и параличи.

Клиническая картина имеет сходство с постгипоксической энцефалопатией. Интересно, однако, что при адекватном лечении жировой эмболии регрессирует без существенных остаточных явлений < самая тяжелая неврологическая симптоматика;

– рано возникающая острая дыхательная недостаточность по механизму РДСВ;

– стойкая немотивированная тахикардия (выше 90 в мин) у травматического больного считается ранним признаком развития синдрома жировой эмболии. В более тяжелых случаях – тахиаритмии и синдром малого выброса, связанные как с непосредственным поражением миокарда гипоксического, дисциркуляторного и эндотоксического характера, так и с легочной гипертензией.

– петехиальные высыпания специфической локализации (на коже щек, шеи, груди, плечевого пояса и в конъюнктиве. Считается, что они являются проявлением капилляропатии вследствие действия свободных жирных кислот. Появляются на 2–3 сут (или через 12–18 ч после ухудшения состояния больного) и подвергаются обратному развитию к концу 1 недели;

– гипертермия по типу постоянной лихорадки (до 39–40 °С);

Инструментально-лабораторные критерии:

– наличие капель нейтрального жира размером 6 мкм в биологических жидкостях. Обратим внимание, что для того чтобы иметь возможность получить порцию мочи для исследования на жир, надо устанавливать мочевой катетер, не пользуясь вазелином или другими гидрофобными веществами;

– диффузная инфильтрация легких при рентгенологическом исследовании, совпадающая с картиной «снежной бури» при РДСВ;

– стойкая немотивированная анемия, причинами которой являются патологическое депонирование крови и токсический распад эритроцитов;

– характерная картина глазного дна, описанная Patcher еще в 1910 г.: на фоне отечной сетчатки вблизи сосудов видны округлые, нерезкие облаковидные белесовато-серебристые пятна. Они постепенно увеличиваются, не вызывая глубоких нарушений и подвергаются обратному развитию к концу первой недели;

– изменения в моче характерные для гломерулонефрита. Может развиться высокая азотемия;

– повышение процентного содержания жира в альвеолярных макрофагах, полученных в смывах бронхов в 1-е сутки после травмы, является новым ранним диагностическим признаком СЖЭ (Benzer, 1994).

Шкала для диагностики синдрома жировой эмболии

[по Е. К. Гуманенко, М. Б. Борисову, 2001]

Критерии	Балл
1. Петехии	9
2. PaO_2 / FiO_2 менее 140	6

Критерии	Балл
3. Жировые глобулы в плазме крови размером более 7 мкм или более 5 глобул в поле зрения	4
4. Состояние сознания по шкале ком Глазго менее 5 баллов	2
5. Нарушения психики	2
6. Величина альвеолярного мёртвого пространства более 18 %	7
7. Внезапное снижение гематокрита менее 0,28 л/л	5
8. Снижение тромбоцитов менее $160 \cdot 10^9$/л	6
9. Повышение температуры тела более 38,5 °С	2

Примечание: при значении индекса 20 баллов и более СДЖ диагностируется с точностью 89,3 %.

Профилактика осложнений острого периода травматической болезни должна включать: своевременное оказание квалифицированной помощи пострадавшим на месте происшествия:

– адекватная иммобилизация с применением вакуумного матраса или пневматических шин;

– щадящая транспортировка специализированным транспортом;

– ранняя адекватная, в том числе и специально ориентированная реологическая дезагрегантная инфузионная терапия;

– применение липотропных препаратов и веществ, препятствующих дезэмульгированию липидов (липостабила, спирта, являющегося чрезвычайно хорошим профилактическим и лечебным средством по отношению к СЖЭ);

– постоянный квалифицированный контроль за состоянием.

Длительность полноценной профилактики СЖЭ должна составлять не менее трех дней как после травмы, так и после отсроченного оперативного вмешательства или транспортировки.

Лечение тяжелобольных должно основываться на старой истине – лечить следует не жировую эмболию, а больного с травматической болезнью, осложненной жировой эмболией.

Интенсивная терапия в обязательном порядке должна включать:

– полноценную иммобилизацию, обезболивание,

– щадящее перемещение и транспортировку специализированным транспортом;

– предупреждение развития травматического шока;

– постоянный мониторинг газов крови;

– респираторную поддержку;

– раннюю оперативную стабилизацию;

– использование больших доз кортикостероидов для профилактики/или лечения СЖЭ;

– профилактику тромбоза глубоких вен и

– стрессовых желудочно-кишечных кровотечений.

Анальгезия. Обезболивание является крайне важным элементом профилактики развития СЖЭ. Есть убедительные данные о том, что активными липолитическими агентами, способными увеличивать уровень свободных жирных кислот, являются катехоламины. Концентрация последних значительно увеличивается при выраженном болевом синдроме, критических состояниях и недостаточном уровне анальгезии. В связи с этим крайне важно обеспечить полное и длительное обезболивание путём введения наркотических анальгетиков и использования регионарных методов анестезии.

Общими принципами проведения респираторной поддержки являются:

– использование минимальных концентраций кислорода, позволяющих поддерживать достаточную оксигенацию организма;

– высокие (токсичные) концентрации кислорода должны использоваться в течение непродолжительного времени и при крайней необходимости; поддержание минимального среднего давления в дыхательных путях;

– снижение пикового давления в дыхательных путях до безопасного уровня (предельно допустимым является максимальное пиковое давление паузы вдоха около 35 см вод. ст.);

– поддержание частоты дыхания и минутного объёма вентиляции на минимально необходимом уровне для обеспечения PaCO2 на уровне 30–40 мм рт. ст.;

– скорость пикового инспираторного потока должна находиться в диапазоне от 30–40 до 70–80 л/мин; рациональная седация и контроль мышечного тонуса пациента;

– обязательный полноценный мониторинг.

Инфузионная терапия. Жизненно важно проведение рациональной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию имеющихся волемических расстройств с акцентом на микроциркуляторное русло. Состав проводимой инфузионно-трансфузионной терапии должен быть многокомпонентным. Оптимальным считается достижение изоволемической гемодилюции с Ht в пределах 0,32–0,34.

С этой целью используют растворы кристаллоидов и коллоидов. Эффективность проводимых мероприятий должна оцениваться с помощью мониторирования центрального венозного давления, давления в лёгочной артерии и темпа диуреза.

Купированию периферического ангиоспазма способствует введение глюкозо-новокаиновой смеси (до 800 мл/сут).

Показано введение альбумина, который помимо восстановления объёма циркулирующей крови способен связывать свободные жирные кислоты и уменьшать степень повреждения лёгочных функций.

Введение гипертонического раствора глюкозы (50 г) уменьшает количество циркулирующих в крови жирных кислот в течение 30 мин, но доказательств улучшения прогноза заболевания от его применения в настоящее время нет.

Коррекция гемореологии. Используя реологически активные лекарственные препараты (реополиглюкин, реомакродекс) в комбинации с курантилом (в дозе 20–40 мг) и тренталом (в дозе 100–200 мг/сут), а также нормоволемическую гемодилюцию, следует стремиться сделать кровь более текучей и менее вязкой. Для нормализции имеющихся гемореологических сдвигов под контролем лабораторных показателей назначают гепарин в дозе 20–30 тыс. ед./сут (следует помнить, что гепарин способствует повышению уровня жирных кислот в крови). При значительном угнетении фибринолиза, появлении продуктов деградации фибрина, снижении тромбоцитов ниже 150 тыс. показано переливания свежезамороженной плазмы (до 1 л / сут). Также необходимо корригировать имеющиеся нарушения водно-электролитного и кислотноосновного состояния.

Специфические методы терапии. К этим методам относят использование препаратов для восстановления физиологического растворения дезэмульгированного жира.

Использование липостабила приводит к снижению содержания липидов в крови и улучшению реологических свойств крови, вводить внутривенно дробными дозами по 20–40 мл до улучшения состояния больного (50–120 мл/сут).

Эмульгирующим эффектом обладает этиловый спирт, который инфузируют из расчёта 40 мл 96° спирта в 200 мл 5 % глюкозы, положительные результаты отмечены при использовании внутривенной инфузии перфторана, способствующего быстрому устранению тканевой гипоксии, исчезновению патологических форм эритроцитов, снижающего уровень субстратов перекисного окисления липидов и являющегося сорбентом, эффективно связывающим липидную основу эмболов. Минимально эффективной дозой является 3–5 мл/кг·сут (максимальная доза 25–30 мл/кг·сут). Имеются данные о пролонгированном профилактическом эффекте препарата Гепасол А, снижающем риск развития жировой глобулемии во время операции и в послеоперационном периоде.

Тем не менее, в настоящее время нет убедительных доказательств, полученных в результате многоцентровых проспективных исследований, об улучшении прогноза при СЖЭ благодаря применению этих средств.

Методы эфферентной терапии могут повысить эффективность лечения за счёт механического удаления жировых глобул, улучшения микроциркуляции и функции почек, уменьшения активности калликреин-кининовой системы, нормализации иммунного статуса, повышения парциального давления кислорода и уменьшения побочных явлений.

Хирургические методы лечения. Проведение остеосинтеза в раннем периоде (оперативная стабилизация «на высоте» клинической симптоматики) значительно улучшает прогноз у больных с тяжёлой травмой и угрозой развития СЖЭ. Ранняя оперативная стабилизация переломов (с минимальным повышением давления и минимальным нарушением целостности содержимого костно-мозговой полости) является важнейшим аспектом в лечении пациентов с СЖЭ.

Заключение. Главная задача анестезиолога обеспечение безопасности больного, настороженность при возможных технических осложнениях, необходимо уметь превидеть, видеть, оценивать, и купировать возникающие критические ситуации.

Любое анестезиологическое пособие в любой момент времени может без резкой границы трансформироваться в пособие реанимационное. Следует учесть, что как любой вид местной и регионарной анестезии, так и общего обезболивания, таит в себе опасность в виде элемента непредсказуемости.

Синдром жировой эмболии является частым осложнением травм и операций, однако редко диагностируется из-за неспецифичности симптомов и отсутствия нацеленности врачей, грозное осложнение сопровождающееся высокой летальностью.

Учитывая данные литературы о развитии СЖЭ у пациентов со скелетной травмой в 60–90 % случаев, большое количество случаев при травматолого-

ортопедических вмешательствах, профилактику СЖЭ пациентам необходимо начинать сразу при оказании медицинской помощи после травмы и при поступлении пострадавших в стационар. При появлении субклинических проявлений синдрома следует переходить к лечебным мероприятиям в полном объеме, предотвращая тем самым развитие тяжелых клинических форм ЖЭ.

По нашим данным среди причин СЖЭ преобладает нетяжелая скелетная травма, комплексное лечение больных с СЖЭ практически во всех случаях имело хороший результат.

За последние 8 лет на длительном лечении в отделении реанимации находились 37 больных с жировой эмболией, развившейся после изолированной, множественной, сочетанной скелетной травмы, транспортировки или в послеоперационный период.

Комплексная интенсивная терапия, в том числе респираторная поддержка с использованием современной дыхательной аппаратуры, позволяющей подбирать оптимальный паттерн ИВЛ, а также включение пролонгированной гемодиафильтрации, позволяло стабилизировать состояние у больных с критическим нарушением жизненных функций вследствие СЖЭ.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЗА 20 ЛЕТ

М. Ф. Купцова[2], И. С. Попова[1], Т. В. Чернова[1], А. Ф. Соколов[1], А. В. Аракчеев[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Увеличение тяжести полученных повреждений и тяжести состояния пострадавших при их поступлении в стационар – актуальная особенность современного травматизма. При этом отмечается увеличение количества пациентов с политравмой, которая при её балльной объективной оценке характеризуется высокой прогнозируемой летальностью.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой (СТ) за 20 лет на базе отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГБУЗ Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина г. Пензы.

Материал и методы. С 1994 г. по 2015 г. в ОРИТ пролечено 1260 пострадавших с СТ. Анализ проводился двумя массивами: ретроспективный: массив 1 – с 1994 г. по 2009 г. (763 пациента) и проспективный: массив 2 – с 2010 по 2014 г. (497 пациента). Исследованы: виды травматизма, структура сочетанной травмы, летальность в группах пациентов с СТ, эффективность ИТ по частоте развития шока, и влияние нутритивно-метаболической терапии на сроки лечения в ОРИТ, развитие гнойных осложнений и летальности.

Интенсивная терапия включала в себя: инфузионно-трансфузионную терапию, адекватное обезболивание, антибактериальную терапию, коррекцию

метаболических и водно-электролитных нарушений, нутритивно-метаболическую терапию, по показаниям: ИВЛ и вазопрессорную поддержку.

У пациентов в массиве 1 нутритивно-метаболическая терапия представляла собой комплекс энтерального и парентерального питания принятого в клинике. В массиве 2248 пострадавшим с СТ проводилась дифференцированная, индивидуально подобранная нутривно-метаболическая терапия.

Результаты. За период 1994–2009 гг. в ОРИТ с СТ поступило 763 пострадавших, из них умерло 212 пациентов. 81,5 % от общего количества пациентов были мужчины (622 человека), в возрасте 20–30 лет и 40–50 лет.

В структуре травматизма преобладали бытовые травмы (61,7 %), на втором месте – транспортные травмы (38,3 %). По распространенности повреждений у пострадавших с сочетанной травмой (МКБ-10 Т06.8, Т02.8), на первом месте – травма с преобладанием ЧМТ – 65,2 % (274 пострадавших), летальность составила – 33,6 %. Второе место занимает СТ с преобладанием травмы живота – 34,2 % (144 пациента), летальность составила – 47,4 %. На третьем месте, 32,6 % – сочетанная травма с преобладанием травмы груди (137 человек), летальность – 10,2 %. В шоковом состоянии поступило более 50 % пациентов (687), из них с травматическим шоком (ТШ) было 479 пострадавших, летальность – 33 %. В состоянии декомпенсированного ТШ поступило 34 % (233 человека), остальные – с компенсированным ТШ – 448 пациента. Особенно высокая летальность отмечалась при сочетании геморрагического и травматического шока – 47 %.

В период с 1994–2009 гг. общая летальность среди пострадавших с СТ составила – 27,8 %, средний койко-день находившихся в ОРИТ – 10,7; гнойные осложнения развились в 16,7 % случаев.

За период с 2010 по 2014 гг. в клинике число пострадавших с тяжелой СТ составило 497 человек. Среди них пострадавшие от ДТП (353 человека) – составили 71 % в структуре травматизма. Пациенты преимущественно трудоспособного возраста (средний возраст – 44,6 лет), основная часть мужчины (73 %). Структура травмы выглядит следующим образом: СТ с преобладанием нейротравмы – 173 пациента (34,9 %), летальность составила 33,7 %. 108 человек с СТ с преобладанием торакальной травмы – 21,7 %, летальность – 38,9 %, множественная сочетанная травма (ЧМТ травма, травма грудной клетки, повреждение живота, таза, конечностей) отмечалась у 171 пострадавшего в 34,4 % случаев, летальность – 27,4 %. С тяжелым шоком поступило 271 пострадавших, что составило более половины пациентов (54,5 %). В данной группе летальность – 20,8 % (умерло 56 человек).

Общая летальность за период 2010–2015 гг. составила 26,6 % (132 человек умерло). Средний койко-день у пострадавших с СТ находившихся в ОРИТ составил 9,9. Гнойные осложнения развились у 40 пациентов (8 %).

В группе пациентов (248 человек) получавших индивидуально – подобранную нутритивно-метаболическую терапию летальность составила 21,1 %, средний койко – день в ОРИТ – 7,1. Гнойные осложнения отмечались в 6,2 % случаев (15 человек).

Заключение: Анализ в ретроспективном и проспективном массивах показал, что доля пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой в последние годы резко возросла, увеличилась тяжесть травмы, в связи с чем сохраняется высокая летальность.

За последние 5 лет количество поступивших в клинику пострадавших с СТ возросло на 25 % и составляет 43,8 % от общего числа госпитализированных в стационар, летальность составила 25 %. Большинство пациентов с СТ – это пострадавшие в ДТП. Изменилась структура СТ, большой процент стала занимать множественная СТ. И особую категорию среди пострадавших с сочетанной травмой составляют пациенты с повреждением органов брюшной полости.

Делая акцент на метаболическую терапию, нам удалось добиться уменьшения сроков пребывания больных в ОРИТ (на 2,8 сут±2,2), снижения летальности на 5,5 % и уменьшения развития гнойных осложнений с 8 до 6,2 %.

НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

М. Ф. Купцова[2], В. Г. Васильков[2], И. С. Попова[1], М. В. Прохорова[1], А. А. Шольчева[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 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 принци-пиальными 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, 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 гомеостазирующей 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, мочевина и креатинин 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 последним международным рекомендациям (ESPEN-2006). 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 1,5г 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 энтероцитов назначалось раннее энтеральное питание (первые 12–24 ч), за счёт полуэлементных, 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±5,56кг/м^2. 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 гипопротеинемией, 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 сомати-

ческого 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 анаболиче-

скую, сокращения длительности ИВЛ на 3,5 сут. ±1,4, уменьшения сроков пребывания больных в ОРИТ на 4,8 сут. ±2,2, снижения гнойно-септических осложнений на 9,8 %, снижения летальности на 5,5 %.

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

М. Ф. Купцова[2], С. П. Гатина[1], Т. В. Чернова[1], А. В. Аракчеев[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Бурное начало эры реаниматологии, в конце 1950-х – начале 1960-х гг. XX в., было сопряжено с опьяняющим чувством способности врача вернуть к жизни больного. Однако достаточно быстро наступило отрезвление, поскольку восстановление вегетативных функций после СЛР не всегда сопровождалось восстановлением высших психических функций.

ПОСТРЕАНИМАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ – это ятрогенное заболевание, так как развивается в случае вмешательства медицинского персонала в естественный процесс умирания.

Первым, кто обосновал необходимость модификации СЛР в сердечно-легочную и церебральную реанимацию, был – Питер Сафар. Он основывался на собственном трагическом опыте, когда у его 11-летней дочери Элизабет затянувшийся приступ бронхиальной астмы привел к остановке кровообращения и, несмотря на успешные, как казалось, реанимационные мероприятия, после нескольких дней комы она умерла. Смерть Элизабет сфокусировала внимание Сафара на поиске методов спасения мозга – теме, которая стала одним из главных направлений его научных исследований.

В последующем, работая над данной проблемой, его коллега и друг В. А. Неговский сформулировал понятие постреанимационной болезни (ПРБ). В дальнейшем он и его коллеги А. М. Гурвич и Е. С. Золотокрылина обобщили опыт клинических и экспериментальных исследований во всемирно известной монографии «Постреанимационная болезнь».

Актуальность проблемы связана с тем, что около 1/4 всех смертельных исходов у людей не связано с инкурабельными заболеваниями или старческими, деструктивными изменениями в мозге. Так, в США ежегодно регистрируется около 400000, Европе – 700000 случаев внезапной смерти.

В целом ПРБ можно определить как специфическое патологическое состояние, развивающееся в организме больного вследствие ишемии, вызванной тотальным нарушением кровообращения и реперфузией после успешной реанимации, и характеризующееся тяжелыми расстройствами различных звеньев гомеостаза на фоне нарушенной интегративной функции ЦНС.

Для постреанимационной болезни характерна своя особая этиология – неразделимое сочетание глобальной ишемии с реоксигенацией и реперфузи-

ей. Важно, что причиной патологических изменений является не сама по себе глобальная ишемия, а ее сочетание с реоксигенацией и реперфузией, которые вызывают каскад новых патологических изменений. Ни одна клетка организма так не зависит от уровня кислорода и глюкозы, как нейрон. Максимальный период аноксии в условиях нормотермии, при котором возможно выживание нейронов, составляет не более 5 мин, поскольку в течение этого промежутка времени происходит полное потребление запасов глюкозы и АТФ головным мозгом.

Наиболее распространенным вариантом течения ПРБ является постаноксическая энцефалопатия, которая в той или иной степени развивается у всех пациентов, перенесших остановку кровообращения. Она определяется как совокупность неврологических и психических нарушений на всех этапах постаноксического периода.

В целом в патогенезе постреанимационной энцефалопатии лежат глубокие нарушения метаболизма, которые затрагивают все виды обмена – энергетического, жирового, белкового, синтеза нуклеиновых кислот, а также нейромедиаторные и рецепторные взаимодействия. Происходящие изменения метаболизма могут приводить как к обратимым, так и необратимым нарушениям на молекулярном, клеточном, тканевом, органном и системном уровнях.

Постреанимационная болезнь может иметь благоприятное или неблагоприятное течение. Согласно исследований Е. С. Золотокрылиной выделяется пять стадий:

I (6–8 ч от начала лечения) – стадия нестабильных функций, основными чертами которой являются максимально выраженное, в 4–5 раз, снижение перфузии тканей и наличие циркуляторной гипоксии.

во II стадию (10–12 ч от начала лечения) функции организма по клиническим данным относительно стабилизируются, но углубляются нарушения обмена веществ. Сохраняются выраженные нарушения перфузии тканей, гиперферментемия. Динамика этой стадии часто определяет исход заболевания.

в III стадию (к концу 1-х на 2-е сутки лечения) – происходит повторное ухудшение состояния больных, которое характеризуется поражением внутренних органов. На фоне углубления гипоксии и гиперкоагуляции возможно развитие острой легочной и церебральной недостаточности, поражения почек, печени, вторичные кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Все эти нарушения носят функциональный характер и ещё обратимы

IV стадия (развивается обычно к 3–4 суткам) и имеет двоякое течение:

– в первом случае происходит стабилизация с последующим выздоровлением больных без осложнений; или

– происходит дальнейшее ухудшение состояния больных связанное с прогрессированием генерализованного воспалительного ответа.

V стадия (5-е 7-е сутки) наблюдается только при неблагоприятном течении ПРБ. При этом имеет место прогрессирование воспалительных и гной-

ных процессов. Нередко развивается сепсис, на фоне которого начинается, новая, вторая, волна поражения легких, сердечной мышцы, печени, почек, что и следует относить к полиорганной недостаточности.

Из причин смерти в постреанимационном периоде 1/3 составляют кардиальные (наиболее высок риск в первые 24 ч постреанимационного периода), 1/3 – дисфункция различных экстрацеребральных органов и 1/3 – неврологические (в отдаленном периоде ПРБ).

По данным работы (2011–2015) ОРИТ ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина около 3,5 %, от общего количества пролеченных больных, составляют пациенты с ПРБ в то время как летальность в данной группе высока и составляет 81,3 %, также можно отметить высокую до суточную летальность, около 86 %, что говорит о крайней нестабильности витальных функций в раннем постреанимационном периоде (табл. 1).

Таблица 1

Результаты лечения больных с постреанимационной болезнью за 5 лет

Год	Количество пациентов	Количество умерших	Летальность
2011	13	10	76,9 %
2012	17	17	100 %
2013	13	9	69,2 %
2014	20	16	80 %
2015	17	13	76,4
	80	65	81,3 %

Учитывая тяжесть состояния больных с ПРБ и их потребность в более длительной терапии в условиях ОРИТ отмечается соответственно увеличение количество койко-дней, что в свою очередь увеличивает нагрузку на персонал отделения.

Анализируя причины клинической смерти, у группы больных с ПРБ, из 80 больных лишь 20 случаев развития внезапной, непрогнозируемой смерти, у остальных же больных предполагалось возможное развитие такого состояния, в следствие крайне тяжёлой патологии.

В структуре больных, наиболее часто ПРБ отмечается в старшей возрастной группе, после 60 лет, это связанно с тем, что пациенты данного возраста составляют основной контингент в ОРИТ и соответственно наиболее часто требуют реанимационных мероприятий.

По профилю, с одинаковой частотой встречаются как больные хирургического так и терапевтического профиля.

Принципы интенсивной терапии ПРБ

Основной задачей интенсивной терапии и конечной ее целью в постаноксическом периоде является сохранение нейронов мозга и восстановление его функций. С этой целью проводятся два типа мероприятий: экстра- и интрацеребрального характера:

Мероприятия интрацеребрального воздействия:

в первые сутки постаноксического периода интенсивная терапия включает применение препаратов:

– снижающих энергетические потребности мозга: диазепам (седуксен, реланиум). При уменьшении неврологического дефицита промежутки между введениями увеличиваются, а дозы вводимых препаратов, уменьшаются.

– стабилизаторов клеточных мембран,

– препаратов, улучшающих мозговое кровообращение за счет восстановления микроциркуляции и улучшения венозного оттока из полости черепа: эуфиллин с никотиновой кислотой, винпоцетин (кавинтон).

– антигипоксанты и антиоксиданты.

– препараты, улучшающие метаболические процессы мозга, нейромедиаторы активирующего действия, применяли начиная с 5 сут., назначая в период выхода из комы. Раннее использование ноотропов способствует развертыванию негативных процессов таких как атрофия, судорожная активность.

Мероприятия экстрацеребрального воздействия направлены на:

– коррекцию гемодинамических нарушений,

– нормализацию функций дыхания,

– коррекцию нарушений водно-электролитного обмена, КОС,

– коррекцию нарушений системы гемокоагуляции,

– профилактику и лечение острой печеночной и почечной недостаточности,

– коррекцию нарушений иммунной реактивности,

– профилактику и лечение гнойно-септических осложнений,

– обеспечение нутритивной поддержки.

В целом современная стратегия церебральной реанимации представлена на рисунке.

Рисунок 2. Стратегия церебральной реанимации (по U. Ebmeyer et al., 2007)

Поскольку происходит срыв ауторегуляции мозгового кровотока, его уровень становится зависимым от уровня среднего артериального давления. В первые 30 мин постреанимационного периода рекомендуется обеспечить гипертензию в пределах 150 мм рт. ст., с последующим поддержанием нормотензии.

Необходимо поддержание нормального уровня парциального давления кислорода и углекислоты, а также мягкой гипотермии тела, так как риск плохого неврологического исхода повышается на каждый градус после 37 °С.

Необходимо также поддержание нормогликемию, персистирующая гипергликемия ассоциирована с плохим неврологическим исходом. Пороговый уровень, при достижении которого необходимо начинать коррекцию инсулином, составляет 6,1–8,0 ммоль/л. Уровень гематокрита должен поддерживаться в пределах 30–35 %.

Основные ошибки в терапии ПРБ, заключаются в:

– недооценке острой дыхательной недостаточности (ОДН), позднем переводе больного на ИВЛ; раннем прекращении респираторной поддержки,

– недостаточном обезболивании, что вызывает дисциркуляторные изменения, истощение эндорфинной системы.

– в несвоевременном применении препаратов, усиливающих метаболические процессы в головном мозге, которые сопровождаются развитием судорог, адренергических кризов, отека мозга.

– необоснованном применении дегидратационных средств, обуславливающих развитие гиповолемии, гиперосмолярной комы, отека мозга.

Правильно проведенные реанимационные мероприятия и ранняя реабилитационая терапия являются основой профилактики и лечения неврологических нарушений в отдаленном постреанимационном периоде и что именно важно они определяют во многом социальную полноценность возвращенного к жизни человека.

Клинический случай.

Больной 23 лет, которая поступила через 8 часов 20 мин. от начала заболевания, в отделение экстренной гинекологии, когда возникла резкая боль внизу живота. Диагноз при поступлении: апоплексия яичника, продолжающееся внутрибрюшное кровотечение.

В лабораторных данных при поступлении – анемия тяжёлой степени. Было решено выполнить диагностическую лапароскопию.

Через 8 минут от момента интубации трахеи, начала ИВЛ, наложения карбоксиперитонеума произошла остановка сердца. Произведено разрешение пневмоперитонеума, начаты реанимационные мероприятия в течение 5 мин (непрямой массаж сердца, ИВЛ 100 % O_2, ЭДС, введение адреналина, атропина, бикарбоната натрия). После восстановления сердечной деятельности операция продолжена, выполнена срединная лапаротомия. В животе было об-

наружено около 850 ml крови со сгустками. Далее произведено ушивание дефекта в яичнике, гемостаз, ревизия, санация и дренирование брюшной полости. Затем больная переведена в ОРИТ.

Возможная причина асистолии была газовая эмболия, на фоне наложения карбоксиперитонеума, в условиях некомпенсированного геморрагического шока!

В первые двое суток лечение, проведённое в ОРИТ, заключалось:

– ИВЛ, в режиме BIPAP, с положительным давлением в конце выдоха 10 см рт. ст. воздушно-кислородной смесью.

– инотропной поддержке (в течение 2-х суток, с уменьшением дозы дофамина).

– улучшении микроциркуляции и реологии крови (пентоксифиллин, реополиглюкин).

– седации – введением реланиума, промедола.

– применялись антигипоксанты, антиоксиданты, метаболические средства (мексидол, цитофлавин),

– проводилась трансфузионная, гемостатическая, антибактериальная терапия.

С 4 суток ИВЛ проводилась с сеансами самостоятельного дыхания, отменены вазопрессоры, увеличено время между введениями седативных препаратов, начато введение ноотропных средств стимулирующего действия, а также нутритивная поддержка за счёт парентерального питания.

К 6 суткам – отменены седативные препараты, начато энтеральное питание.

За время лечения в ОРИТ, у больной отмечалась положительная динамика, к концу первых суток появились элементы сознания, больная стала открывать глаза, а ко вторым суткам сознание полностью восстановилось. Также ко вторым суткам стабилизировалась гемодинамика, что позволило уйти от введения вазопрессоров. К четвертым суткам больная была переведена на спонтанное дыхание, на фоне восстановления нормальной сатурации кислорода, улучшились показатели красной крови. К 9 суткам больная переведена в профильное отделение, с минимальным неврологическим дефицитом.

«Тот, кто сможет понять, когда и как следует проводить торможение или возбуждение мозга в постреанимационном периоде, будет владеть ключом к решению вопроса о полноценном восстановлении нервной системы после реанимации» (В. А. Неговский).

ЭЛЕКТРОЛИТЫ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН НА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ШКОЛЬНОГО КОНТИНГЕНТА ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА

Л. В. Курашвили, А. Н. Лавров

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ГБУЗ «Пензенская районная больница», г. Пенза

ГБУЗ «Пензенская центральная районная больница», выполняя программу Национального проекта «Здоровье» путем профилактических осмотров и ежегодной диспансеризации, провела обследование детского населения после получения письменного информированного согласия на участие в исследовании.

Целью работы явилась оценка донозологического здоровья школьников, проживающих в Пензенском районе Пензенской области. Задачи исследования заключались в изучении электролитного обмена (калий, натрий, хлориды, кальций, фосфор) и активность ряда ферментов, участвующих в обменных и энергетических процессах, выявление их взаимосвязи у здоровых школьников.

Материал и методы. Использовались современные лабораторные методы оценки уровней кальция, фосфора, калия, натрия и хлоридов, активности ферментов аланинаминотрансферазы (ALT), аспартатаминотрансферазы (AST), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), γ-глутамилтранспептидазы (γ-ГТП), креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови у школьников указанного района. Под наблюдением находились 169 здоровых детей (девочек и мальчиков) в возрасте от 8 до 17 лет, проживающих в трех населенных пунктах. В зависимости от места проживания и удаленности от места расположения промышленного комплекса по уничтожению химоружия. все дети были выделены в три сравнимые группы по возрасту и полу. Названия группы получили соответственно условному обозначению населенных пунктов: «Центральный», «Северный» и «Южный». Наиболее отдаленный от промышленного комплекса населенный пункт «Центральный», его дети были включены в контрольную группу. Дети более близких населенных пунктов «Южный» и «Северный» составили группы сравнения.

Результаты лабораторного обследования школьников района указали на отсутствие грубых нарушений в показателях электролитного обмена и активности ферментов ЛДГ, КФК, АЛТ, УГТП, ЩФ. При исследовании активности фермента АСТ в сыворотке крови обнаружили её повышение у всех обследуемых детей, КФК только у мальчиков, а активность ферментов АЛТ, ЛДГ и γ-ГТП соответствовала нормальным значениям. Необходимо остановиться на изменении содержания натрия, хлоридов в сыворотке крови у школьников групп сравнения относительно группы контроля (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение групп мальчиков между собой по показателям «АСТ», «фосфор» и «кальций»

Показатель	M±m ME[25 %;75 %]			Достоверность отличий		
	п. «Северный»	п. «Южный»	п. «Центральный»	p1	p2	p3
АСТ	34,95±1,25 34,70 [29,20;41,90]	38,52±1,72 38,30 [31,90;43,40]	20,58±1,60 21,70 [16,15;23,50]	0,1702	0,0001*	0,0000*
Фосфор	1,69±0,04 1,63 [1,56;1,80]	1,67±0,03 1,67 [1,53;1,73]	1,40±0,11 1,33 [1,25;1,54]	0,8750	0,0113*	0,0072*
Кальций	2,31±0,01 2,29 [2,26;2,37]	2,30±0,01 2,28 [2,27;2,30]	2,37±0,03 2,37 [2,29;2,42]	0,3382	0,0542	0,0039*

Примечание. * $p < 0,05$ (тест Манна-Уитни) p1 – достоверность отличий между мальчиками п. «Северный» и п. «Южнный»; p2 – достоверность отличий между мальчиками п. «Северный» и п. «Центральный»; p3 – достоверность отличий между мальчиками п. «Южный»и п. п. «Центральный»

Сравнительная оценка результатов показала достоверное снижение натрия, но в пределах референтных значений у мальчиков 4-й ($P_{2–4}$ = = 0,003978) и девочек 5-й ($P_{1–5}$ = 0,000010) групп и достоверное повышение хлоридов у всех обследуемых школьников (девочек и мальчиков), проживающих в п. «Северный» и п. «Южный».

В группах сравнения установили повышение хлоридов и активности фермента АСТ. Хлориды сопутствуют метаболизму Na^+ в сосудистом русле, интерстициальном пространстве и внутри клеток. Увеличения хлоридов и снижение ионов натрия предполагает компенсированные сдвиги pH в кислую сторону (компенсированный ацидоз), видимо, за счет вымывания ионов кальция из костной ткани. Кальций у мальчиков снижался, а уровень фосфора в указанных группах повышался (табл. 1).

Повышение фосфора в сыворотке крови наводит на мысль, что в митохондриях нарушен процесс окислительного фосфорилирования, фосфор не присоединяется к АДФ. В обеих группах сравнения у мальчиков установлено достоверное снижение количества кальция и увеличение фосфора (см. табл. 1). Увеличение в сыворотке крови содержания фосфора и нормальном или сниженном (недостоверном) количестве кальция при сохраненной функции почек у школьников наводит на мысль о подавлении энергетической возможности митохондрий за счет ингибирования процесса окислительного фосфорилирования. Основной функцией митохондрий является окислительное

фосфорилирование, заключающееся в эстерификации неорганического фосфора с образованием макроэргов − аденозинтрифосфата (АТФ) и креатинфосфата.

Проведя сравнительную оценку количества кальция и фосфора в сыворотке крови школьников, проживающих в п. «Центральный», у девочек и мальчиков населенных пунктов «Северный» и «Южный» выявили снижение уровня кальция в крови и повышение количества фосфора (табл. 2). С нашей точки зрения этот факт изменения количества ионов кальция и фосфора имеет отношение к энергетическому обмену. Увеличение уровня фосфора в периферической крови при сохранной функции почек и нормальном уровне кальция позволяет предполагать о подавление окислительного фосфорилирования и снижении синтеза АТФ в митохондриях гепатоцитов.

Таблица 2

Сравнение групп девочек между собой по показателям «AST», «фосфор» и «кальций»

Показатель	M±m ME[25 %;75 %]			Достоверность отличий		
	п. «Северый»	п. «Южный»	п. «Центральный»	p1	p2	p3
АСТ	34,27±1,56 32,30 [26,80;39,00]	33,96±1,66 32,95 [28,90;38,50]	21,44±0,83 21,20 [19,70;23,20]	0,9861	0,0000*	0,0000*
Фосфор	1,54±0,04 1,49 [1,37;1,74]	1,52±0,03 1,54 [1,44;1,63]	1,45±0,06 1,44 [1,33;1,49]	0,8751	0,1384	0,0489*
Кальций	2,37±0,02 2,34 [2,29;2,48]	2,28±0,01 2,29 [2,27;2,29]	2,34±0,02 2,31 [2,28;2,39]	0,0001*	0,3074	0,0131*

Примечание. * $p < 0,05$ (тест Манна-Уитни) p1 – достоверность отличий между девочками п.«Северый» и п.«Южный»; p2 – достоверность отличий между девочками п.«Северый» и п.«Центральный»; p3 – достоверность отличий между девочками п.«Южный» и п.«Центральный».

Ферменты КФК, ЛДГ, АСТ принимают участие в энергетических процессах, при этом ЛДГ локализованы в цитозоле, а фермент АСТ в цитозоле и митохондриях. АСТ в высоких концентрациях присутствует в клетках сердечной и скелетных мышц, печени, почках и эритроцитах. Поражение любого из этих органов и тканей может привести к существенному повышению активности АСТ в сыворотке крови. Так как исследование активности фермента АСТ проведено в комплексе с ферментами АЛТ, КФК, ЛДГ, γ-ГТП, то увеличение только активности фермента АСТ позволило утверждать о дисфункций митохондрий клеток при сохранении функции органа [2]. Выявленные изме-

нения указывают на недостаточную биоэнергетическую функцию митохондрий и отражают функциональную несостоятельность печени. Работами Хазанова В. А. [2] показана возможность наступления стадии истощения адаптивной реакции системы энергообразования в случае, если компенсаторные механизмы клетки не справляются с нарастающим расходом макроэргов, либо если перегружаются сервисные системы поставки субстратов и удаления продуктов реакций.

Выводы. Увеличение хлоридов и снижение натрия свидетельствует о компенсированном метаболическом ацидозе. Компенсация происходит за счет вымывания кальция из костной ткани, нарушения процессов окислительного фосфорилирования в митохондриях, что сопровождается повышением активности фермента АСТ.

Библиографический список

1. Пат. на изобретение № 2465599 Способ диагностики нарушений энергообразования в митохондриях / Курашвили Л. В., Булавкин Ю. В. – 2012.

2. Хазанов, В. А. Фармакологическая регуляция энергетического обмена / В. А. Хазанов // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2009. – № 4. – С. 61–64.

3. Kurachvili, L. V. Enzima aspartato aminotransferasi come marcatore di disfunzione mitocondriale degli epatocit.i ITALIAN SCIENCE REVIEW / L. V. Kurachvili, A. N. Lavrov, O. F. Frolcina. – 2014. – № 8 (17). – P. 164–170.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Ю. Кушнарчук, А. А. Жуков

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

При С5-С6 классах хронической венозной недостаточности (ХВН) прогрессирование липодерматосклероза и трофических язв (ТЯ) приводит к развитию хронического венозного компартмент синдрома (ХВКС) [5, 6]. Отсутствие коррекции ХВКС приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам оперативного лечения [4]. Улучшение диагностики ХВКС является актуальной задачей, способствующей выбору адекватного метода его коррекции [1, 2, 9]. Компьютерная томография (КТ) находит все более широкое применение при обследовании пациентов с ХВН, позволяя оценить состояние и толщину мягких тканей, объем мышечных футляров голеней, степень отека и плотности тканей на любом уровне и участке конечности [3, 7, 8].

Цель исследования: повысить эффективность диагностики ХВН за счет сравнительного анализа параметров КТ нижних конечностей.

Материал и методы исследования. КТ нижних конечностей выполнялась на мультиспиральном компьютерном томографе «Aquillion» фирмы «Toshiba» с эффективной дозой 5,0 мЗв и толщиной среза 3 мм. Обследовано 258 пациентов с ХВН С5-С6 клинических классов по СЕАР. Женщин – 63,4 %. Средний возраст 65,4±2,2 года. Методом случайной выборки пациенты с выявленным ХВКС (n = 111) были разделены на две группы, не имевших статистических различий. В I группе (n = 57) комбинированная флебэктомия (КФ) включала эндоскопическую субфасциальную диссекцию (SEPS) перфорантных вен и фасциотомию. Во II группе (n = 54) КФ и SEPS.

Результаты исследования. У 22,1 % выявлен периостит с очагами остеосклероза. Толщина кожи и подкожной жировой клетчатки уменьшилась до 6,31±0,4 мм. Увеличилась плотность подкожной клетчатки – 8,2±0,16 HU, при норме: толщина кожи 1,87±0,09 мм, толщина подкожной жировой клетчатки 13,21±2,23 мм, плотность – 125,0±3,04 HU. Плотность мышц в переднем фасциальном футляре в нижней трети пораженной голени в среднем составляла –17,3±0,17 HU, в наружном – 76,8±1,4 HU, а в задних поверхностном и глубоком футлярах, соответственно, 41,4±2,6 HU и –4,3±0,18 HU. На интактной конечности: –34,4±0,12 HU, 35,7±2,08 HU, 32,8±0,9 HU и –22,8 HU. Это свидетельствует о формировании ХВКС, значительно нарушающего функцию мышечно-венозной помпы голени. В срок до 3 месяцев по данным УСДГ наблюдалось более выраженное улучшение флебогемодинамики у пациентов I группы ($p < 0,05$). Через 6 месяцев у пациентов I группы отмечалось более высокое качество жизни. Площадь поперечного сечения футляров голени в покое и после нагрузки увеличивалась: в переднем футляре до 15,9–17,9 см^2, в наружном 7,0–9,5 см^2, в заднем 45,7–48,8 см^2 ($p < 0,05$). Время полной эпителизации венозных трофических язв в I группе составило 31,4±4,7 суток, в II группе – 49,4±7,2 суток ($t = 2,09$; $p = 0,044$). У 77,4 % пациентов I группы зафиксировано полное приживление аутодермотрансплантата, в II группе – у 19,6 % пациентов ($\chi^2 = 23,674$; $p = 0,001$). Зафиксировано статистически значимое уменьшение маллеолярного объема пораженной голени как в I ($t = 3,6$; $p = 0,001$) так и в II группах ($t = 2,2$; $p = 0,035$), более выраженное в I через 6 и 12 месяцев ($p < 0,05$).

Заключение. Включение КТ в комплексное обследование пациентов с ХВН С5-С6 классов позволяет диагностировать ХВКС. При ХВКС показана эндоскопическая декомпрессионная фасциотомия.

Библиографический список

1. Жуков, Б. Н. Пути повышения эффективности реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, Я. В. Сизоненко, П. Ф. Кравцов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2009. – № 4. – С. 19–22.

2. Жуков, Б. Н. Современные аспекты консервативного лечения больных с лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, Г. В. Яровенко, С. Е. Каторкин, П. Н. Мышенцев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 38–40.

3. Каторкин, С. Е. Значение компьютерной томографии в диагностике хронического компартмент синдрома у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. С. Осадчий, А. А. Жуков, Е. С. Исаева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 2. – С. 330–334.

4. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение вазотрофических язв при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 701–709.

5. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. А. Мельников, М. Ю. Кушнарчук // Лазерная медицина. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 23–28.

6. Котельников, Г. П. Особенности диагностики и тактики лечения пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей / Г. П. Котельников, И. И. Лосев, Я. В. Сизоненко, С. Е. Каторкин // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 3. – С. 42–53.

7. Мышенцев, П. Н. Значение компьютерной томографии в оценке стадии лимфедемы нижних конечностей / П. Н. Мышенцев, Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, Г. В. Яровенк // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 5. – С. 74–77.

8. Katorkin, S. E. Patients with venous and musculoskeletal disorders of the legs: functional and clinical methods for diagnosis and therapy / S. E. Katorkin, I. I. Losev, Y. V. Sizonenko // Vasomed. – 2014. – Т. 26, № 1. – С. 6–8.

9. Katorkin, S. Photodynamic therapy in the treatment of trophic leg ulcers / S. Katorkin, Y. Sizonenko, M. Nasyrov // Vasomed. – 2015. – V. 27, № 2. – P. 82–84.

ОБУЧАЮЩИЙ МОДУЛЬ (НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ): «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЭКЗАНТЕМ»

О. Н. Лесина, И. П. Баранова, О. А. Коннова, О. А. Зыкова, Ж. Н. Карнеева, М. В. Никольская

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Стратегическая цель Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» (Москва, 2012) – формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских

услуг. Это невозможно без повышения компетентности специалистов здравоохранения и качества обучения врачей, в том числе, через систему непрерывного профессионального образования (НПО) врачей. В современных условиях особое значение приобретает модульное обучение, позволяющее за небольшой промежуток времени освоить и углубить знания по определенному разделу знаний, овладеть новыми компетенциями.

Цель обучающего модуля: повышение компетенции врачей в вопросах дифференциальной диагностики экзантем.

Материалы и методы. Модуль рассчитан на 18 ч, планируемые результаты обучения врачей, характеристика профессиональных компетенций врача, требования к итоговой аттестации, учебно-тематический план, список рекомендуемой литературы отражены в рабочей дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей «Дифференциальная диагностика экзантемных инфекций». Контингент слушателей: специалисты с высшим образованием (врачи) [специалитет по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»].

Результаты. Необходимость обучения врачей различных специальностей по вопросам инфекционной патологии обусловлена высокой распространенностью инфекционных заболеваний, уменьшением числа специалистов в этой области, междисциплинарными аспектами инфектологии. Контагиозность большинства инфекционных болезней, протекающих с экзантемами, их социальная значимость обуславливают необходимость сформировать компетенции и умения врача по дифференциальной диагностике этих заболеваний. 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, что определяет дальнейшую тактику ведения больного.

Разработан модуль для повышения компетенций врачей различных специальностей по вопросам дифференциальной диагностики экзантем. Структура модуля: 1) общие вопросы и терминология (0,5 ч); 2) экзантема как важный диагностический признак при брюшном и сыпном тифе (1 ч); 3) особенности экзантемы при инфекции, вызванной вирусом простого герпеса; атипичные формы; экзема Капоши (1 ч); 4) сыпь при варицелла-зостер инфекции: две клинические формы (1 ч); 5) поражение кожи при энтеровирусной инфекции: ящуроподобный синдром «рука-нога-рот» и пятнисто-папулезная экзантема (2 ч); 6) корь как «классическая» инфекция с макулопапулезной сыпью: эпидемиологическая обстановка и основные диагностические критерии (2 ч); 7) дифференциально-диагностические отличия краснухи (1 ч); 8) характеристика сыпи при скарлатине (1 ч); 9) особенности сыпи при инфекционной эритеме (0,5 ч); 10) клинические проявления инфекции, вы-

званной герпетическим вирусом 6 типа, связанные с поражением кожи (0,5 ч); 11) сыпь при инфекционном мононуклеозе и клинико-лабораторная диагностика заболевания (2 ч); 12) псевдотуберкулез и иерсиниоз – многообразие клинических проявлений (2 ч); 13) аллергические сыпи (2,5 ч). 14) иллюстративный материал (банк фотографий); 15) измерительные материалы (тесты, ситуационные задачи); 16) литература и нормативные документы. При определении структуры модуля приняты во внимание эпидемиологическая значимость инфекционных заболеваний с экзантемой, наличие атипичных и редких форм, трудных для диагностики, современные аспекты клинических проявлений экзантемных инфекций, новые возможности лабораторной верификации возбудителей инфекционных экзантем.

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. Способность врача применить знания и умения в практической деятельности позволит сформулировать предварительный диагноз, определить объем лабораторных исследований, выработать терапевтическую тактику и провести эпидемиологические мероприятия в очаге инфекции.

Таким образом, образовательный модуль, рассчитанный на 18 ч, с демонстрацией больных, коррекцией знаний через ситуационные задачи и тестовый контроль (измерительные материалы) позволит повысить квалификацию врачей различных специальностей в вопросах своевременной диагностики инфекционных экзантем.

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Т. В. Лохина[1], Н. В. Беренштейн[1], Л. В. Казанцева[2], М. Г. Иванчукова[2], О. П. Руденко[2], А. Г. Кирасирова[2], М. Н. Балашова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Цель: установить основные факторы риска посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 380 больных (230 мужчин, 150 женщин) от 28 до 76 лет (средний возраст 58±3,9 лет), поступивших после операции (на 5–21 сутки) коронарного шунтирования или клапанной коррекции (протезирование, пластика клапанов) в отделение кардиологии для стационарного реабилитационного лечения.

Результаты. Выявлены признаки посткардиотомного синдрома у 296 больных (77,9 %). Среди них в 178 случаях (60,1 %) диагностированы нарушения углеводного обмена, преимущественно сахарный диабет 2 типа, причем в предоперационном периоде отмечалась стадия компенсации данного заболевания, подтвержденная лабораторными тестами. В группе больных без посткардиотомного синдрома сахарный диабет 2 типа диагностирован у 9 больных (10,7 %). Выявлено статистически значимое отличие по показателю исходного клинического состояния пациента, выраженному расчетным показателем риска интраоперационной летальности (EuroSCORE), групп с наличием и отсутствием посткардиотомного синдрома ($p < 0,01$). Проведен анализ частоты ХОБЛ в сравниваемых группах: в группе больных с посткардиотомным синдромом выявлены случаи ХОБЛ у 32 больных (10,8 %), во второй группе – в 4,8 %. Статистически малодостоверные различия, требующие дополнительного дифференцированного анализа различных вариантов и тяжести изменений, отмечены в отношении патологии щитовидной железы и заболеваний почек в анамнезе. Кроме того, группы достоверно различались по объему выполненного оперативного вмешательства (количество сформированных анастомозов, количество оперированных клапанов (протезирование, пластика), сочетанные операции), количеству повторных операций, в том числе по экстренным показаниям в раннем послеоперационном периоде. Значение p составило, по перечисленным выше позициям, от 0,05 до 0,0001 в сравниваемых группах.

Заключение. Предикторами развития посткардиотомного синдрома можно рассматривать: нарушения углеводного обмена (прежде всего сахарный диабет 2 типа); ХОБЛ; большой объем оперативного вмешательства (количество коронарных анастомозов, количество оперированных клапанов, сочетанные операции); повторные операции по экстренным показаниям в раннем послеоперационном периоде; исходное клиническое состояние в предоперационном периоде, выраженное в интегральном расчетном показателе риска EuroSCORE. Выделение группы больных высокого риска посткардиотомного синдрома позволит выработать специализированную тактику всех реабилитационных этапов лечения после выписки из кардиохирургического стационара, в том числе в отношении схем превентивного лечения нестероидными противовоспалительными средствами, а также целенаправленной диагностики плевральных, перикардиальных выпотов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Т. В. Лохина[1], Н. В. Беренштейн[1], Л. В. Казанцева[2], М. Г. Иванчукова[2], О. П. Руденко[2], А. Г. Кирасирова[2], М. Н. Балашова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Цель: анализ клинических проявлений посткардиотомного синдрома у больных после операции коронарного шунтирования или клапанной коррекции в период стационарного реабилитационного этапа.

Материал и методы. Обследованы 62 больных (36 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 46 до 72 лет (средний возраст 59±4,8 лет) с посткардиотомным синдромом, развившимся после коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции (протезирование и/или пластика клапанов) в послеоперационном периоде (на 5–21 сутки после операции). Исследование проводилось в условиях стационара на базе отделения реабилитации, специализирующегося на реабилитации больных после кардиохирургических операций. В обследовании применялись стандартные клинические, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование сердца и плевральных полостей.

Результаты. Во всех случаях наличие посткардиотомного синдрома подтверждено данными ультразвукового исследования. Причем, на момент включения больных в исследование в 17 случаях (27,4 %) обнаружено сочетание выпота в перикардиальной и плевральных полостях. У 30 больных (48,4 %) отмечен этот синдром в виде изолированного выпота в плевральные полости, а в остальных случаях был диагностирован выпот в полость перикарда (15 больных; 24,2 %). Повышение температуры тела выявлено только у 9 больных (14,5 %), причем только в 3 случаях были эпизоды фебрильной температуры, тогда как в остальных случаях только субфебрильное повышение. Шум трения перикарда выявлен у 12 пациентов (19,4 %), шум трения плевры в 19 случаях (30,6 %). Кроме того, одышка беспокоила 15 (24,2 %) больных, жалобы на плевральные боли отмечались лишь у 7 (11,3 %), в 13 (21 %) случаях пациенты предъявляли жалобы на неопределенный дискомфорт в правой либо левой половине грудной клетки; у 10 (16,1 %) больных появлялся дополнительный дискомфорт в области сердца или кардиалгия неспецифического характера. Характерно, что в большинстве случаев жалобы на болевые ощущения больные сами активно не предъявляли, и лишь целенаправленные вопросы позволили выявить те или иные проявления.

Заключение. Таким образом, на стационарном этапе реабилитации больных после кардиохирургических операций отмечено превалирование бессимптомных, стертых, малосимптомных клинических форм посткардиотомного синдрома. Модифицирующее влияние на выраженность клинических

проявлений посткардиотомного синдрома вероятнее всего оказывает, наряду с другими факторами, назначение с раннего послеоперационного периода высокоэффективных анальгетических, нестероидных противовоспалительных, антибактериальных препаратов. Учитывая сложность диагностики посткардиотомного синдрома (малосимптомное течение с преобладанием неспецифических проявлений) у данной категории больных, необходимо целенаправленное активное выявление симптоматики, обязательное использование для всех больных на стационарном реабилитационном этапе динамического ультразвукового исследования плевральных полостей и перикарда.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е. В. Мазурова[1], В. В. Васильев[1,2]

[1]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

В соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый пациент имеет право на получение медицинской помощи в медицинских организациях (МО) в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Это в свою очередь предусматривает соответствие условий в МО требованиям действующих санитарных правил и норм, в том числе СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Очевидно, что получение пациентами медицинской помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям предполагает обеспечение в МО, прежде всего безопасность зданий и сооружений лечебно-профилактического учреждения, комфортных условий для пациентов, благоприятных условий для медицинских технологий, медперсонала, а также обеспечение безопасного обращения медицинских изделий и медицинских отходов, и наконец, в целом обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. При этом индикаторами безопасности будут служить нарушения санитарно-эпидемиологических требований, нарушение правил техники безопасности во время эксплуатации зданий и сооружений, медицинского оборудования и инструментария, случаи и частота случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Федеральный закон от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании» раскрывает понятие «безопасность» как такое состояние, при котором отсутствует риск причинения вреда жизни или здоровью граждан, а также имуществу юридических и физических лиц, государственному или муниципальному имуществу, а также окружающей среде. Исходя из такого

официального определения под эпидемиологической безопасностью медицинской помощи многие авторы подразумевают состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, состояния носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро - и макроорганизмами, продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей.

В современных условиях безопасность медицинской деятельности подразумевает активное управление не только факторами риска биологической природы, но и химической, физической, социальной природы, способными при взаимодействии с организмом пациента вызвать как инфекционные заболевания, так и оказывать отрицательное влияние на его здоровье, с целью их нейтрализации, ослабления или преодолевания их взаимодействия.

Говоря конкретно о инфекционной безопасности необходимо особо остановиться на эпидемиологическом обеспечении медицинской деятельности, под которым специалисты имеют в виду систему диагностических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества медицинской помощи, предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний, включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционные болезни, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия, а также актуальных неинфекционных заболеваний среди населения, пациентов, персонала в МО. Важным элементом обеспечения эпидемиологической безопасности в стационаре является проведение инфекционного контроля. Инфекционный контроль (ИК) за внутрибольничными инфекциями можно определить как постоянное эпидемиологическое наблюдение внутри учреждения с эпидемиологическим анализом результатов этого наблюдения и проведение на основе эпидемиологической диагностики целенаправленных мероприятий для повышения качества медицинской помощи.

Успешная организация ИК невозможна без учета специфики и конкретных условий в МО, поэтому в каждом учреждении должен разрабатываться «Порядок проведения инфекционного контроля», устанавливающий стандарты контроля: структура управления системой; учет и регистрация госпитальных инфекций; микробиологическое обеспечение ИК; эпидемиологическая диагностика госпитальных инфекций; профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе ИК; обучение персонала; охрана здоровья персонала.

С учетом того, что сегодня МО не могут претендовать на то, чтобы быть свободными от риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, система эпидемиологической безопасности, базирующаяся прежде всего на соблюдении санитарно-эпидемиологических требова-

ний и интегрированная в общую систему безопасности медицинской деятельности, будет одним из определяющих показателей качества медицинской помощи, фактором, обусловливающим доверие пациентов к МО и критерием оценки соответствия стандартам медицинской организации.

РОЛЬ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ПО ХИРУРГИИ

И. Б. Максимов, Н. И. Галик, П. М. Староконь

Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Минобороны России, г. Москва

Врач должен знать, что было известно до него,
если он не желает обманывать себя и других
Гиппократ

Последипломное медицинское образование на кафедре хирургии (неотложных состояний и онкологии) строится на незыблемых основах: повышение мотивации активного и эффективного изучения различных разделов хирургии, воспитания нравственно-этических и патриотических качеств специалиста. На кафедре сложилась традиция – преподавание отдельных разделов хирургии обязательно включает аспекты истории медицины. Исторические аспекты находят отражение в методических материалах: лекциях, семинарах, практических занятиях. Чтение лекций сопровождается мультимедийными презентациями, которые включают и профильные вопросы истории медицины. Иллюстративный материал способствует лучшему восприятию лекционного материала. Аспекты истории хирургии обсуждаются на семинарах, которые ведутся в форме активного диалога, дискуссий. Слушатели докладывают рефераты, обмениваются мнениями, что в конечном итоге активизирует и стимулирует интерес к полному раскрытию изучаемой темы. Особое внимание уделяется персоналиям выдающихся представителей медицины с обязательным освещением роли отечественных ученых, так как их пример вызывает не только познавательный интерес, но и воспитывает нравственно-этические и патриотические качества специалиста. Выдающийся хирург и пропагандист методов сосудистой хирургии профессор Николай Александрович Богораз (1874–1952), пережив личную трагедию (ампутация обеих ног), через полгода на протезах уже за операционным столом, продолжал научную и педагогическую работу. Это ли не пример настоящего подвига. И таких примеров много.

Однако необходимо отметить, что на занятиях рассматриваются не только положительные, но и отрицательные стороны истории медицины, так как считаем, что только объективный подход позволяет создать специфическую медицинскую предметную реальность, отражающую процессы её разви-

тия, т.е. изложение тем преподавателями кафедры ведется на рациональном уровне. Известно, что лучше учиться на чужих, а не на собственных ошибках, так как зачастую ошибки обходятся очень дорого. Знание истории хирургии помогает избежать заблуждений и ошибок предшественников. Так, начиная с 1536 г. А. Паре (1510–1590), реформатор и «отец» современной хирургии, решительно выступал против «варварских» методов лечения ран прижиганием и кипящим маслом, применявшиеся в течение многих веков, предложив метод лечения ран под различными повязками. К самостоятельному взгляду на факты без слепой веры в авторитеты призывал великий Н. И. Пирогов. В предисловии «Анналов хирургической клиники» откровенно заявил, что считает обязательным для каждого практического врача признание своих ошибок «для предупреждения и назидания других, ещё менее опытных…». Занимаясь педагогической деятельностью, Николай Иванович считал, что обучение должно не только расширять кругозор медицинских знаний, но и воспитывать, формировать высоконравственную личность. Он был откровенен и искренен с учениками и те платили ему взаимностью. Этому следуют наши преподаватели. К преподаванию предмета подходят творчески, способствуя проявлению живого интереса слушателей к изучаемому материалу. А созданная благоприятная атмосфера на кафедре способствует взаимопониманию, сотрудничеству преподавателя и обучаемых.

Важно, чтобы современный специалист был не только профессионалом высокого уровня, но и высокообразованным, всесторонне развитым человеком. Он должен уметь логически мыслить, анализировать, принимать решения, основываясь на знаниях и опыте личном, коллег, предшественников. Знания узловых вопросов истории медицины по отдельным направлениям, нозологиям с умением применять их в современных ситуациях характеризуют высокоинтеллектуального профессионала.

На кафедре накоплен опыт преподавания хирургии с аспектами истории медицины. Вопросы истории медицины красной нитью проходили и проходят в педагогической деятельности профессоров К. М. Лисицына, А. К. Ревского, В. П. Петрова, Е. А. Кохана, П. Г. Брюсова, А. Н. Курицына. Из под их пера вышли труды в которых исторические аспекты медицины освещались весьма широко. Так, В. П. Петров автор уникального прекрасно иллюстрированного трижды переизданного труда «Руки хирурга – руки художника», пользующийся необычайной популярностью у хирургов. Е. П. Кохан издал познавательную книгу «Сосудистая хирургия в госпиталях Министерства обороны (становление и развитие)». Автором ряда статей по отдельным вопросам хирургии и военно-полевой хирургии с исторической направленностью является П. Г. Брюсов. Особую ценность для врачей, военно-полевых хирургов, историков представляет книга П. Г. Брюсова «Дневник главного хирурга. Военно-полевая хирургия в локальном конфликте на Северном Кавказе».

Таким образом, профессорско-преподавательский состав кафедры, беря за основу опыт и достижения великих предшественников, опираясь на совре-

менную технологическую осведомленность, осуществляет подготовку высококвалифицированных специалистов не только для сегодняшнего, но и завтрашнего дня.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ВОЛЬМАНА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У РЕБЕНКА 3-х МЕСЯЦЕВ

М. Н. Максимова[1], В. И. Струков[1], Л. Г. Радченко[1], Н. В. Агеева[2], О. А. Жеворченкова[2], А. Е. Сосновский[2], О. И. Симонова[3], И. А. Агапова[3], И. В. Калиберда[3], В. С. Перестань[1]

[1] ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2] ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова»,
[3] ГБУЗ ПОБСМЭ «Патологоанатомическое отделение детской и перинатальной патологии», г. Пенза

Актуальность. Болезнь Вольмана (первичный семейный ксантоматоз с поражением надпочечников) относится к лизосомным болезням накопления эфиров холестерина. Это редкая форма гиперхолестеринемии наследуется по аутосомно-рецессивному типу [1].

Популяционная частота по разным источникам колеблется от 1:40000 до 1:300000. В России предполагаемая распространенность заболевания составляет 1:100000 - 1:150000 [2].

Впервые заболевание было описано (M. Wolman и соавторами в 1956 г.) у трех сибсов от родственного брака, погибших в 3-х месячном возрасте в результате нарушения питания [3].

К развитию заболевания приводит мутация гена лизосомной кислой липазы (LIPA), расположенного на хромосоме 10 в локусе 10q24-q25 [4].

При недостаточности фермента (кислой липазы) нарушается гидролиз эфиров холестерина, что сопровождается прогрессирующей аккумуляцией триглицеридов и эфиров холестерина в лизосомах и тканях больного. Липоидные субстанции откладываются в селезенке, печени, надпочечниках, костном мозге, легких, лимфоузлах, коже, мозге, в слизистой тонкой кишки [5].

Выделяют два аллельных варианта заболевания: тяжелую инфантильную форму (болезнь Вольмана) и легкую форму лизосомной болезни накопления эфиров холестерина с поздним началом. При инфантильной форме активность кислой липазы в фибробластах снижена в 200 и более раз [6].

Болезнь дебютирует с первых недель жизни. Клинические признаки неспецифичны (субфебрильная лихорадка, прогрессирующая анемия, гепатоспленомегалия, кальцификация, увеличение надпочечников, диарея, рвота, стеаторея, гипотрофия, задержка физического развития). Болезнь протекает очень сложно и приводит к летальному исходу обычно в возрасте 2–4 месяцев [7, с. 250–273].

Прижизненно диагноз может быть поставлен только после всестороннего обследования. Основными биохимическими маркерами являются снижение активности лизосомной кислой липазы в фибробластах, повышение эфиров холестерина, триглицеридов в печени.

Ультразвуковое исследование брюшной полости показывает обызвествление надпочечников.

ДНК-диагностика выявляет различные мутации гена LIPA. Диагностика осложняется наличием признаков интеркуррентных заболеваний [8].

До начала разработки патогенетической заместительной ферментной терапии (рекомбинантной лизосомной кислой липазой) в 2015 г., эффективное лечение отсутствовало.

Введение в клиническую практику препарата себелипаза альфа (Канума) меняет ситуацию и на сегодняшний день признано единственным жизнеспасающим методом лечения.

В 2016 г. препарат зарегистрирован в США, Европе, Японии, Канаде и подан на регистрацию в Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Продолжается его изучение в международных и российских клинических исследованиях [9].

Цель исследования: продемонстрировать вариант тяжелой инфантильной формы болезни Вольмана у ребенка 3-х месячного возраста.

Пациенты и методы исследования:

В инфекционное отделение ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова 15.09.2015 в возрасте 2,5 месяцев поступил пациент Б. (29.06.2015 года рождения) с жалобами на температуру до 37,8 °С, беспокойство, бледность кожи.

Мальчик от II беременности (на фоне дрожжевого кольпита, токсикоза первой половины), II преждевременных родов в 36 недель, путем кесарева сечения (рубец на матке).

Вес при рождении 2670,0, рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки жизни. Период адаптации протекал в удовлетворительном состоянии. Находился на грудном вскармливании. Прибавка за 1 месяц составила 750,0, за 2 мес. – 600,0. Старший ребенок девочка 3 года, здорова.

Заболел остро, в течение 5 дней получал амбулаторное лечение по ОРЗ. В связи с нарастанием симптомов интоксикации и развитием анемического синдрома, потребовавшего гемотрансфузии, госпитализирован в ПОДКБ.

При осмотре общее состояние тяжелое. Выраженная бледность. «мраморность» кожных покровов. Мышечный тонус, двигательная активность снижены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 48 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, систолический шум, ЧСС 138 в 1 мин. Живот увеличен в размерах, пальпация затруднена. Печень увеличена до 5 см, селезенка до 8 см.

Результаты. В ОАК – анемия (Hb-73 – 88 г/л), тромбоцитопения (19 – 45 ×10^9/л), ретикулоцитоз (46 %), ускоренное СОЭ (30 мм/ч), лейкопения (4,2 × 10^9/л).

В биохимическом анализе крови отмечалась гипопротеинемия (общ. белок 39,2–45,7 г/л), прямая гипербилирубинемия (45–189,4 мкмоль/л) с преобладанием прямой фракции (37,1–159,2 мкмоль/л), повышение уровня трансаминаз (АЛТ 99,0–141,8 ЕД/л, АСТ 340,8–500,7 ЕД/л) и острофазных белков (СРБ 55-114,48 U/L), холестерин на уровне 3,94 ммоль/л, триглицериды – 3,89 ммоль/л.

В процессе комплексного обследования и консультаций проводилась дифференциальная диагностика с гепатитами неясной этиологии, гемобластозами, генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией, наследственными болезнями накопления веществ (Гоше, Вольмана, тирозинемия и др.).

При УЗИ брюшной полости и надпочечников (23.09.2015) – УЗ признаки гепатоспленомегалии и увеличения надпочечников (толщина D=S-11.0мм, контуры не ровные; неоднородно уплотнены (обызвествлены), слои не дифференцируются). В плане дифференциальной диагностики болезнь Вольмана.

На КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием (01.10.2015) – признаки гепатоспленомегалии и обызвествления надпочечников (корковый и мозговой слои не дифференцируются, тотально, неоднородно уплотнены (180-300 HU), увеличены в размерах (28.0–12.3–15.0 мм) (рис. 1).

Рис. 1. Компьютерная томограмма забрюшинного пространства с контрастированием (неоднородное уплотнение, обызвествление надпочечников)

Для подтверждения диагноза (болезни Вольмана) анализ крови был отправлен в московский Медико-генетический научный центр (МГНЦ) РАМН. В результатах (полученных посмертно) выявлено снижение активности лизосомной кислой липазы в пятнах крови.

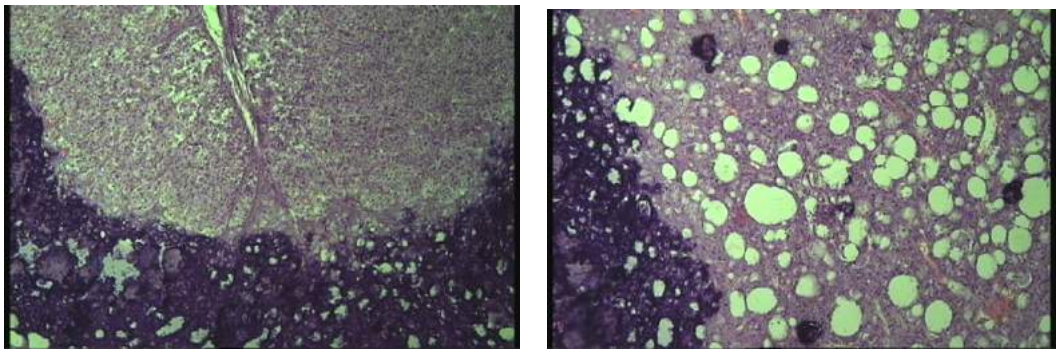
В течение всего периода пребывания в стационаре состояние ребенка оставалось очень тяжелым, без существенной динамики. Сохранялось повышение температуры на субфебрильных цифрах, гепатоспленомегалия, анемический синдром (не стойкое повышение гемоглобина после гемотрансфузии), тромбоцитопения. 24.10.15 г. в 12 ч 34 мин при нарастающих признаках пе-

ченочной недостаточности, развился ДВС, кишечное кровотечение и наступила смерть ребенка от полиорганной недостаточности.

При патологоанатомическом вскрытии: печень и селезенка значительно увеличены в размерах. Печень интенсивно желтого цвета, ниже края реберной дуги на 4 см, размерами: 16,5×8,5×8×4 см, массой 334,0 (норма 180,0). Селезенка занимает весь левый боковой канал живота, в размерах: 14,8×10× ×4 см, массой 380,0 (норма 16,0).

Надпочечники очень плотные, режутся с «хрустом», беловато-желтого цвета, без четкой границы слоев, массой 10,0 (норма 5,0).

При патоморфологическом исследовании выявлена тотальная жировая дистрофия внутренних органов (накопление липидов в печени, селезенке, надпочечниках, лимфоузлах, вилочковой железе), обызвествление надпочечников (рис. 2).



а) *б*)

Рис. 2. Обызвествление и накопление липидов в надпочечниках:
а – обызвествление; *б* – накопление липидов

Таким образом, на аутопсии клинический диагноз болезнь Вольмана (генерализованный ксантоматоз), обусловленный нарушением обмена липидов на уровне ферментов, был подтвержден.

Выводы: Клинические проявления болезни Вольмана носят неспецифический характер, но признаки накопления липоидных субстанций в тканях больного, в частности, поражение надпочечников, могут выявляться при УЗИ и КТ исследованиях, что следует учитывать клиницистам в своей практике.

Описанный случай служит демонстрацией трудностей диагностики редких генетических болезней и диктует необходимость проведения специальных исследований для выявления возможных наследственных нарушений метаболизма у пробанда и его ближайших родственников.

Библиографический список

1. Lysosomal acid lipase deficiency--an under-recognized cause of dyslipidaemia and liver dysfunction / Željko Reiner, Ornella Guardamagna, Devaki Nair, Handrean Soran, Kees Hovingh // Atherosclerosis. – 2014. – Т. 235, вып. 1. – С. 21–30.

2. Frequency of the Cholesteryl Ester Storage Disease Common LIPA E8SJM Mutation (c. 894G>A) in Various Racial and Ethnic Groups / Stuart A. Scott, Benny Liu, Irina Nazarenko, Suparna Martis, Julia Kozlitina // Hepatology (Baltimore, Md.). – 2013. – Т. 58, вып. 3. – С. 958–965.

3. Wolma, M. Primary familial xanthomatosis with involvement and calcification of the adrenals. Report of two more cases in siblings of a previously described infant / M. Wolman, V. V. Sterk, S. Gatt, M. Frenkel: (англ.) // Pediatrics, Evanston, Illinois. – 1961. – № 28. – P. 742–757.

4. Assigment of lipase A (LIPA) to human chromosome 10. (Abstract) Cytogenet / G. A. Koch, M. Mc Avoy, S. L. Naylor, et al. // Cell Genet. – 1979. – № 25. – P. 174.

5. Genetic and biochemical evidence that CESD and Wolman disease are distinguished by residual lysosomal acid lipase activity / C Aslanidis., S. Ries, P. Fehringer, et al. // Genomics. – 1996. – № 33. – P. 85–93.

6. Руководство по педиатрии / под ред. А. А. Баранова, Б. С. Каганова, Р. Р. Шиляева. – Т. Врожденные и наследственные заболевания / под ред. П. В. Новикова. – М. : Династия, 2007. – С. 127.

7. Харрисон, Т. Р. Внутренние болезни : в 10 кн. Кн. 8 ; пер. с анг. / Т.Р. Харрисон. – М. : Медицина, 1996. – 320 с.

8. Cholesteryl ester storage disease: review of the findings in 135 reported patients with an underdiagnosed disease / D. L. Bernstein, H. Hülkova, M. G. Bialer, et al. // J Hepatol. – 2013. Vol. 58, № 6. – P. 1230–1243.

9. Jones, S. Poster presented at: Lysosomal Disease Network WORLD Symposium (February 11–13, 2014) / S. Jones. – San Diego, California, 2014.

ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРИТЕЛЬ-ОГРАНИЧИТЕЛЬ

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, Д. Г. Колчин, А. Г. Семенов

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. Для выполнения баугинопластки по разработанному способу необходимы объективные параметры подвздошной и восходящей ободочной кишки. Одним из существенных недостатков баугинопластики является субъективность и неточность подбора длины окружности формируемого каркасного кольца из сосудистого протеза. Длину окружности каркасного кольца на стенках восходящей ободочной кишки и подвздошной кишки оперирующий хирург определяет эмпирическим способом. Это создает возможность послеоперационных осложнений.

Цель: разработать и внедрить в практику новый хирургический инструмент «измеритель-ограничитель».

Материалы и методы. С целью оптимизации технического выполнения баугинопластики нами разработан хирургический инструмент «измеритель-ограничитель» (рис. 1), интраоперационное применение которого позволяет

точно измерить диаметр и толщину стенки подвздошной кишки, диаметр восходящей ободочной кишки, что позволяет контролировать длину окружности каркасного кольца при его формировании (рис. 2, 3).

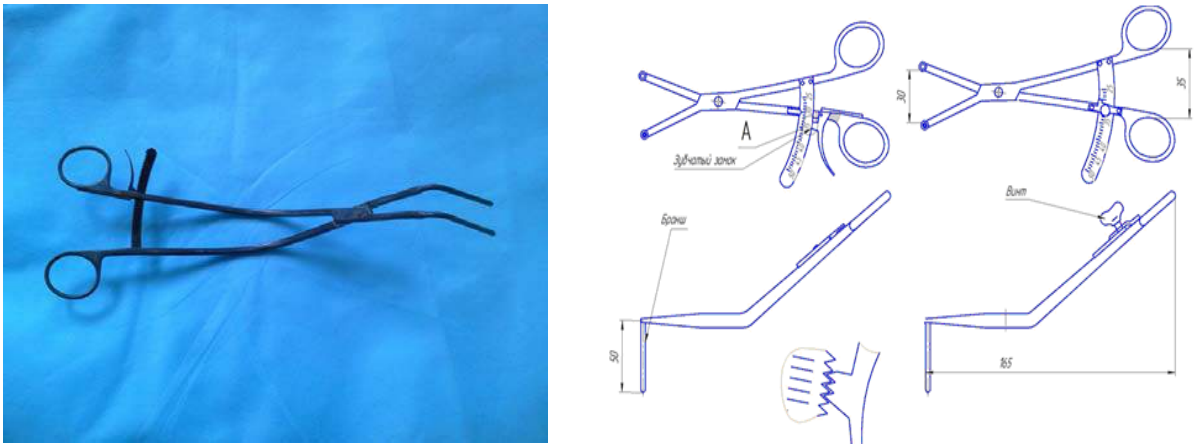


Рис. 1. Хирургический инструмент «измеритель-ограничитель»

Инструмент «измеритель-ограничитель», выпускаемый промышленно ООО «Производственная Медицинская Компания» (г. Павлово, Нижегородская область), выполнен из нержавеющей медицинской стали и в полной мере отвечает требованиям, предъявляемым к хирургическим инструментам: подвергается предстерилизационной обработке, стерилизуется, физически и химически инертен, не теряет своих стато-динамических свойств, предназначен для многократного использования. С помощью полукружной линейки, установленной на браншах и фиксируемой зубчатым замком, инструментом можно измерять и фиксировать расстояние между рабочими поверхностями. Указанная особенность позволяет на рабочих поверхностях связывать концы лигатурно-сальниковой ленты и, таким образом, формировать каркасное кольцо заданной длины окружности.

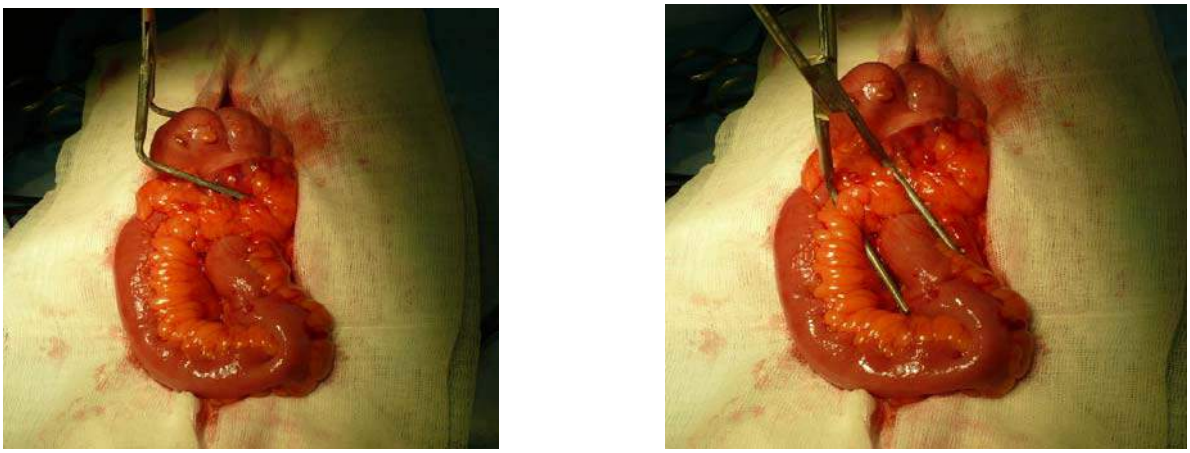


Рис. 2. Этап баугинопластики: интраоперационное измерение диаметра подвздошной и слепой кишок «измерителем-ограничителем»

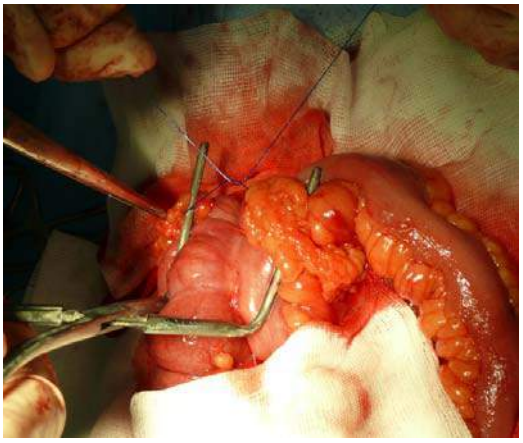


Рис. 3. Этап баугинопластики: концы лигатуры лигатурно-сальниковой ленты связывают между собой на фиксированных браншах «измерителя-ограничителя», образуя кольцо необходимой длины окружности

Выводы

1. Разработанный инструмент многоразового использования, подвергается любой обработке и стерилизации.
2. Использование хирургического инструмента «измеритель-ограничитель» позволяет точно определить необходимые для расчета размеры восходящей ободочной и подвздошной кишок, участвующих в формировании арефлюксности илеоцекального перехода.
3. «Измеритель-ограничитель» позволяет контролировать длину окружности каркасного кольца при формировании арефлюксного механизма.
4. Инструмент может быть использован в других разделах хирургической практики.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ И РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. В настоящее время, практической медициной, крайне мало уделяется внимания значению недостаточности баугиниевой заслонки (НБЗ) и синдрома избыточного бактериального роста (СИБР), как факторов приводящих к формированию рака толстой кишки. Одной из теорий канцерогенеза является теория Вирхова, суть которой заключается в постоянном патологическом раздражении органов и тканей. В этиопатогенезе рака толстой кишки с указанной позиции рассматривается НБЗ и желчные кислоты, особенно вторичные образующиеся в большом количестве в результате СИБР. Избыточное количество желчных кислот, увеличение времени их контактирования со сли-

зистой оболочкой толстой кишки и рассматривается как одно из звеньев развития рака толстой кишки.

В норме 80–90 % желчных кислот всасывается в дистальных отделах подвздошной кишки. При НБЗ в условиях рефлюкс-энтерита эта функция подвздошной кишки ухудшается и значительная часть пула желчных кислот переходит в толстую кишку и оказывает на нее патологическое действие.

С позиции НБЗ именно микрофлора в подвздошной кишке является пусковым моментом в развитии рефлюкс-энтерита, что может в дальнейшем вести к канцерогенезу толстой кишки.

Цель. Выявить взаимосвязь наличия недостаточности илеоцекального клапана и развития опухолевых заболеваний толстой кишки.

Материалы и методы. При НБЗ, доказанной ирригоскопией, нами проведено изучение биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, что позволило установить различные степени воспаления с инфильтрацией лимфоидными клетками почти во всех случаях (96 %), гистиоцитами (46 %) и плазматическими клетками (24 %). Явления отека имели место в 92 % наблюдений, фиброза – в 56 %. Кроме того, были обнаружены кровоизлияния, полнокровие сосудов, а также пролиферация кишечного эпителия (27 %), повышенное слизеобразование и атрофия слизистой. При фиброколоноскопии у 86 % пациентов имелись признаки колита, у более чем половины больных (53 %) он носил тотальный характер, у 33 % – регионарный. Баугиниева заслонка оказалась сомкнутой в 16 % случаев, зияющей – в 46 %. При ирригоскопии до операции явления колита отмечены у 87 % пациентов, при контрольном обследовании после операции – лишь у 16 %. При ректороманоскопии до операции в 100 % случаев обнаружены явления проктосигмоидита, после операции явления невыраженного колита отмечены лишь в 25 %. Всем больным была выполнена хирургическая коррекция НБЗ – баугинопластика по авторской методике проф. Мартынова (патент РФ № 2225173). В данной работе мы не анализируем технические детали операции. Клинические проявления НБЗ выявлены нами у 106 пациентов с гистологически доказанным раком толстой кишки (табл. 1).

Из таблицы видно, что значительная часть пациентов с онкологическим процессом в толстой кишке имеет клинику НБЗ, что подтверждает участие НБЗ в канцерогенезе толстой кишки.

При контрольной фиброколоноскопии явления колита выявлены у 47 % пациентов, у 26 % – сегментарного, у 21 % – диффузного. В подвздошную кишку после операции провести аппарат не удалось. Явления фиброзклероза зарегистрированы в 39 % случаев, круглоклеточная инфильтрация – в 35 %, инфильтрация плазматическими клетками – в 4 %, инфильтрация лимфоидными клетками – в 39 %, отек – в 8 %, пролиферация кишечного эпителия – в 35 %, что показывает снижение степени колита.

Таблица 1

Симптомы при НБЗ и с-г толстой кишки

Симптомы	Клинические проявления НБЗ и ХНДП				Рак толстой кишки, %. n = 101
	До операции	После операции, %			
		Да	Меньше, реже	Нет	
Боли в животе	100	17	25	58	59
Тяжесть в животе после еды	88	4	13	83	33
Отрыжка воздухом	87	8	22	70	34
Срыгивание пищей	62	2	4	94	10
Изжога в эпигастрии	59	8	0	94	41
Изжога за грудиной	58	8	2	94	44
Горечь во рту	95	4	2	95	45
Тошнота	83	4	8	88	20
Запоры	71	6	10	84	50
Поносы	65	4	6	90	38
Послабление стула	86	14	24	62	46
Непереносимость молока	55	18	4	76	23
Утомляемость	92	17	17	66	80
Снижение веса	58	20	0	80	75
Запах изо рта	79	8	14	78	29
Вздутие живота	79	10	10	80	36
Урчание в животе	95	14	39	47	54

Выводы

1. Хирургическая коррекция НБЗ открывает перспективные возможности хирургической профилактики возникновения предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки.

НОВАЯ БАНОЧНАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ АВИТАМИНОЗА «С»

В. Л. Мартынов, А. А. Чесноков, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. Известно, что состояние микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) оказывает значительное влияние на все органы и системы организма, в том числе на обмен витаминов и минералов. При дисбиозе кишечника развиваются нарушения электролитного обмена, мембранного транспорта, процессов детоксикации, окислительного фосфорилирования и конкурентного поглощения витаминов, извращение иммунологических реакций, что, в свою очередь, оказывает опосредованное влияние на состояние кожных покровов. По современным данным, патологические изменения тонкокишечной

микрофлоры развиваются вследствие рефлюксной болезни и является наиболее частой причиной нарушения всасывания пищевых веществ. В результате нарушения всасывания в тонкой кишке создается дефицит многих веществ, в частности витамина С. Патология ЖКТ является этиологическим фактором для возникновения гиповитаминоза – С, который можно представить в следующем виде:

1) угнетение кишечной микрофлоры, продуцирующей витамины, при возникновении болезни желудочно-кишечного тракта;

2) нарушения ассимиляции витаминов;

3) повышенная потребность в витаминах за счет активного клеточного метаболизма, расхода витамина в системе электронного транспорта, антиоксидантной системе, системе элиминации ксенобиотиков при хроническом воспалении.

Цель: разработать и внедрить методику скрининг диагностики степени (табл. 1) гипо- и авитаминоза «С».

Таблица 1

Степень С-витаминного статуса

Показатель	Степень прочности капилляров	Состояние С – витаминного питания
До 15 мелких геморрагий	1	Нормальное
15–30 мелких и средних геморрагий	2	Пре- и гиповитаминозное
от 30 и больше мелких, средних и крупных геморрагий до сплошного сливного кровоизлияния	3	Гипо- и авитаминозное

Материалы и методы. Баночная проба (проба на капиллярорезистентность) с использованием медицинской силиконовой вакуумной банки (рис. 1–3).

Рис. 1. Банка силиконовая вакуумная

Рис. 2. Этапы постановки баночной пробы

Рис. 3. Больной Х., Результат баночной пробы.
Количество петехий – 63

Условия постановки: внутренний диаметр воронки – 15,8 мм, отрицательное давление – 240 мм рт. ст., экспозиция – 3 мин, участок кожи ладонной поверхности предплечья, отступя на 1,5–2 см от локтевого сгиба.

Пациент при опросе подтверждал наличие у себя симптомов гиповитаминоза С (кровоточивость десен, долго незаживающие дефекты кожи). Основной диагноз: распространенный, эксудативный псориаз.

Выводы.

1. Предложенный новый баночный способ диагностики авитаминоза «С» неинвазивен, общедоступен, прост в исполнении.

2. Способ может быть использован в качестве скриниг-диагностики авитаминоза «С».

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

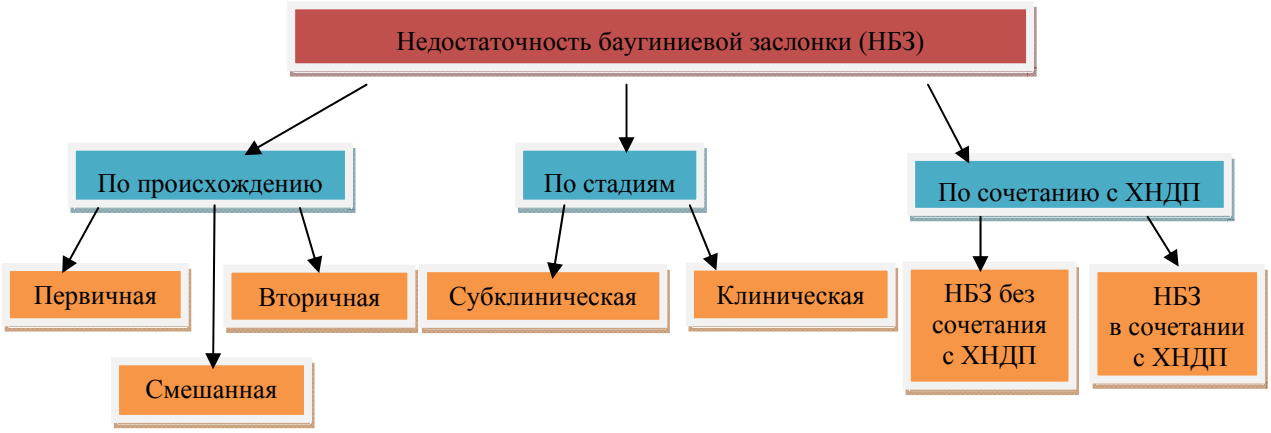
В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. Недостаточность баугиниевой заслонки (НБЗ) является частью рефлюксной болезни и принимает участие в развитии каскада восходящих рефлюксов пищеварительного тракта.

Цель: разработать клинически значимую, эффективную классификацию НБЗ.

Материалы и методы. Анализируя полученные результаты проведенных исследований, нами разработана рабочая классификация НБЗ с позиции ее хирургической коррекции:



I. **По происхождению** НБЗ:

1. **Первичная** – в основе лежит дисплазия соединительной ткани;

2. **Вторичная** – после аппендэктомии, дизентерии с локализацией процесса в области илеоцекального перехода, воспалительных процессах и операций на органах малого таза, после частого употребления антибиотиков;

3. **Смешанная**

II. **По стадиям**:

1. **Субклиническая** (компенсированная) – при доказанной НБЗ ирригоскопией клинических проявлений не отмечается. Мы в своей практике не встречали лиц с НБЗ без клинических ее проявлений. Однако, по данным некоторых авторов (С. А. Филлипович, 1963; Е. А. Дыскин,1965; Г. А. Александрович и А. Г. Росляков, 1974; Б. А. Вицин, М. К. Благитко, 1977; В. Д. Федоров и соавт., 1980) у ряда лиц при ирригоскопии обнаруживается заброс рентгеноконтрастного вещества в подвздошную кишку, и это явление не со-

провождается никакими субъективными ощущениями, а при углубленном обследовании таких лиц отмечаются лишь нерезко выраженные признаки энтероколита. В существовании подобной формы НБЗ не приходится сомневаться.

2. **Клиническая –** все случаи доказанной при ирригоскопии НБЗ с клиническими проявлениями и соответствующими жалобами. Клиническая стадия с учетом выраженности проявлений и хронической интоксикации условно разделяется на две стадии:

2.1. **Субкомпенсированная** – характерны лишь местные «кишечные» симптомы – симптомы илеита и колита. Качественная реакция мочи на индикан отрицательная. Таких больных у нас наблюдалось 5 %.

2.2. **Декомпенсированная** – помимо «кишечных» симптомов определяется клинически хроническая аутоинтоксикация в виде синдрома вегетативной дистонии. Качественная реакция мочи на индикан положительная. Из содержимого желудка, 12 – ПК, из желчи, высевается микрофлора, персистирующая в толстой кишке.

К данной стадии относятся пациенты с патологией кожи в виде дерматозов, пищевой аллергией, бронхиальной астмой, заболеваниями суставов, которые зависят от наличия хронической аутоинтоксикации. Подавляющее количество обследованных нами больных (95 %) относились к данной группе.

III. **По сочетанию с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП):**

1. **НБЗ без сочетания с ХНДП** – таких больных в наблюдаемой нами группе отмечено в 2 % случаев.

2. **НБЗ в сочетании с ХНДП** – 98 % пациентов мы отнесли к этой группе.

По нашему мнению, лица с начальной, компенсированной, субклинической стадией НБЗ вряд ли дадут согласие на операцию, направленную на устранение НБЗ. Они подлежат диспансерному наблюдению и консервативному лечению. Больным с клинической стадией показана выполнение баугинопластики.

При сочетании НБЗ с клиническими проявлениями ХНДП при расстоянии между аортой и верхней мезентериальной артерией на уровне нижнегоризонтальной части 12 – ПК 20 мм и менее баугинопластика должна быть дополнена дуоденоеюностомией, при расстоянии более 20 мм коррекция ХНДП при дистальном перидуодените и проксимальном периеюните должна заключаться в операции Стронга и рассечении спаек.

Выводы

1. Предложенная классификация НБЗ удобна для выработки показаний для изолированной баугинопластики или в сочетании с коррекцией ХНДП

РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», г. Нижний Новгород

Введение. Баугиниевая заслонка (илеоцекальный клапан) – анатомическая клапанная структура, разделяющая тонкую и толстую кишки. Она пропускает химус из подвздошной кишки в слепую кишку, при этом не допуская рефлюкса обсеменённого бактериями толстокишечного содержимого. Ведущим рентгенологическим методом диагностики несостоятельности баугиниевой заслонки (НБЗ) является ирригоскопия.

Цель: обратить внимание на особенности выполнения ирригоскопии при диагностике НБЗ.

Материалы и методы. Нами была выделена группа из 415 обследованных при ирригоскопии которых выявлена НБЗ. Возраст обследованных пациентов от 7 до 67 лет. Среди них было 142 (34 %) мужчины и 273 женщины (66 %).

Тшательное опорожнение толстой кишки перед проведением ирригоскопии является обязательным условием, так как наличие кишечного содержимого в виде замазкоподобной массы может препятствовать прохождению рентгеноконтрастного вещества в подвздошную кишку при НБЗ. Это может привести к ложноотрицательному заключению. Необходимо тугое наполнение слепой кишки рентгеноконтрастным веществом. Нагнетание бария заканчивается, когда пациент уже не может держать клизму, что бывает при 100-150 мм рт. ст.

Нижегородским хирургом д.м.н. профессором А. Э. Клецкиным установлено, что при пробе Вальсальвы внутрипросветное давление в прямой кишке повышается до 350–500 мм рт. ст. Напряжение передней стенки живота, аналогично повышающее внутрипросветное давление в прямой кишке, часто возникает в процессе жизненной двигательной активности, что при НБЗ сопровождается рефлюксом толстокишечного содержимого в тонкую кишку.

При повышении этого давления лишь до уровня 50–100 мм рт. ст. можно получить ложноотрицательный результат.

Принципиально важным является повторное рентгенологическое исследование после дефекации, когда в кишке создается максимальное давление, что при НБЗ будет сопровождаться выраженным забросом рентгеноконтрастного вещества в подвздошную кишку.

Обследование толстой кишки и илеоцекальной области до операции.

Из 415 обследованных, а затем оперированных нами больных с НБЗ, рефлюкс рентгеноконтрастного вещества в подвздошную кишку четко определялся у 97 % (рис. 1,*а*). У остальных больных рефлюкс при интерпретации

рентгенограмм вызывал сомнение. После более тщательного опорожнения кишечника повторная ирригоскопия позволила подтвердить и у этих больных наличие НБЗ, а при ревизии илеоцекального соустья во время операции определялось его расширение до 3,5–4 см. Диагностическим критерием НБЗ являлся заброс контраста (бария) из слепой кишки в тонкую кишку.

Обследование толстой кишки и илеоцекальной области у пациентов с РБ после операции.

При ирригоскопии, выполненной 127 пациентам спустя год и более после баугинопластики, рефлюкс контрастного вещества обнаружен у 9 пациентов, хотя высота и интенсивность заброса были менее выражены, чем до операции. У остальных 118 пациентов рефлюкса не отмечено. Наличие рефлюкса контраста в подвздошную кишку у 9 пациентов объясняется неадекватной методикой проведенной операции. У больных, оперированных по более совершенной методике, заброса бариевой массы из слепой кишки в тонкую не зарегистрировано (рис. 1,*б*).

а) *б*)

Рис. 1. До операции определяется заброс контрастного вещества в подвздошную кишку (*а*).
Заброса контрастного вещества в подвздошную кишку не отмечено (*б*)

Выводы.

1. Илеоцекальный запирательный аппарат (баугиниевая заслонка) создан природой, важно знать состояние его запирательной функции.

2. Тугое наполнение слепой кишки, выполнение снимка сразу после дефекации – обязательные условия рентгенодиагностики НБЗ.

3. При забросе контраста в подвздошную кишку при ирригоскопии запись «органической патологии не выявлено» не корректна.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Э. В. Матиева, В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, З. В. Тотиков

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ

Введение. Проблема лечения больных с огнестрельными ранениями кишечника на сегодняшний день остается актуальной, в связи с высокими показателями летальности и частотой послеоперационных осложнений, составляющими по данным литературы 6,8–60 % и 40–65 % соответственно [1, 2, 3, 4]. Это свидетельствует о не решенных вопросах хирургической тактики у данного контингента пациентов [2, 3, 4]. Наличие особенностей оказания специализированной помощи гражданскому населению не позволяет в целом использовать боевой опыт лечения ранений, в связи, с чем гражданские хирурги не имеют четко выработанной концепции в решении вопросов хирургической тактики при огнестрельных ранениях кишечника, в частности прямой кишки [1, 3, 4].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента с огнестрельными ранениями прямой кишки, находившихся на лечении в хирургических стационарах г. Владикавказа. Мужчин было 32, женщин – 2. Все пациенты поступали в клинику в экстренном порядке, не позднее 5 ч с момента ранения.

Результаты. Из 34 (100,0 ‰) больных у 17 (50 %) пациентов отмечено поражение только внутрибрюшной части прямой кишки (ПК), у 3 (8,8 %) больных анального сфинктера и в 2 (5,9 %) случаях ранение только внебрюшного отдела прямой кишки. У 6 (17,6 %) пациентов имелось сочетание ранения внутри- и внебрюшного отделов прямой кишки, у 3 (8,8 %) больных поражение внебрюшинного отдела (ПК) и анального канала. В 3 (8,8 %) наблюдениях имелись ранения всех отделов прямой кишки. У всех пострадав-ших огнестрельные ранения прямой кишки сочетались с поражением других органов брюшной полости и малого таза. У 2 (5,9 %) женщин ранения прямой кишки были произведены выстрелом картечью в промежность с близкого расстояния, в 1 (2,9 %) наблюдении ранение (ПК) имело минно-взрывной характер. В остальных 31 (91,2 %) случаях ранения (ПК) были произведены нарезным оружием. Сквозные ранения (ПК) были диагностированы у 21 (61,8 %) пациента, у остальных 13 (38,2 %) больных – слепые. Шок первой степени был выявлен у 4 (11,8 %) больных, второй – у 10 (29,4 %) пациентов, третьей – в 16 (47,1 %) случаях, четвертой – в 4 (11,8 %) наблюдениях. При огнестрельных ранениях только внутрибрюшного отдела прямой кишки – 8 (23,5 %) больных, были выполнены резекции пораженного участка (ПК)

по типу операции Гартмана. Ушивание раны с наложением петлевой сигмостомы и дренированием брюшной полости произведено в 8 (23,5 %) случаях со слепыми или касательными ранениями (ПК). Формирование проксимальной сигмостомы было выполнено 4 (11,8 %) больным, из них 2 (5,9 %) пациентам с повреждением только внебрюшного отдела прямой кишки, а также 2 (5,9 %) больным с ранением анального канала. Проксимальные петлевые колостомы были наложены еще 3 (8,8 %) пациентам с ранением внебрюшного ампулярного отдела (ПК) и анального канала. В 4 (11,8 %) случаях с огнестрельными повреждениями внутри- и внебрюшинного отдела прямой кишки произведено ушивание ран брюшного отдела, дренирование брюшной полости с формированием проксимальной петлевой колостомы. У 2 (5,9 %) больных с аналогичными ранениями выполнены операции Гартмана. В 3 (8,8 %) наблюдениях, у больных с ранением ампулярного одела и анального канала также производилось ушивание раны прямой кишки, наложение первичного шва на сфинктер с формированием петлевой сигмостомы и дренирование параректальной клетчатки. Всем пациентам с повреждением анального жома проводилась первичная хирургическая обработка раны с наложением первичного шва на сфинктер, что способствовало в последующем быстрому восстановлению его функции в кратчайшие сроки.

Послеоперационные осложнения были у 12 (35,3 %) пациентов. Во всех случаях осложнения носили гнойно-воспалительный характер, которые были купированы консервативными мероприятиями. Летальность составила – 11,8 % (4 пациента). Во всех случаях причиной летального исхода был тяжелый комбинированный шок.

Заключение. Непосредственные результаты свидетельствуют о том, что при огнестрельных ранениях внутрибрюшинного отдела прямой кишки, целесообразным является выполнять резекцию пораженного участка прямой кишки по типу операции Гартмана. При поражении внебрюшинного отдела прямой кишки предпочтение следует отдавать, наложению проксимальной колостомы через мини доступ, интубации прямой кишки и дренированию раневого канала. При ранении сфинктера проводится первичная хирургическая обработка с наложением первичного шва анального жома и прямой кишки с формированием проксимальной колостомы.

Библиографический список

1. Гуманенко, Е. К. Огнестрельные ранения мирного времени / Е. К. Гуманенко // Вестник хирургии. – 1998. – Т. 157, № 5. – С. 62–67.

2. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях прямой кишки В. З. Тотиков, Э. В. Матиева, М. Н. Сипова, М. З. Тотиков, З. В. Тотиков // Колопроктология. – 2011. – № 2. – С. 38–41.

3. Тотиков, В. З. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях ободочной кишки / В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, Х. В. Дзгоев, Е. Г. Миндзаева // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 40–43.

4. Тотиков, В. З. Хирургические лечение огнестрельных ранений ободочной кишки / В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, С. А. Какабадзе, Х. В. Дзгоев // Вестник хирургии. – 2002. – Т. 161, № 2. – С. 66–70.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ В ПЕНЗЕ И ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О. В. Мельникова, О. Ю. Костромина, Д. Ю. Курмаева

ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Пенза

Актуальность темы. Только за 1-е полугодие 2016 г. по Пензенской области зарегистрирован рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями на 17 % по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Среди заболевших 63 % детей в возрасте до 14 лет. Статистика Пензенской области при этом не сильно отличается от общероссийской: нарушения в работе пищеварительной системе стоят на втором месте, из них у 40 % выпускников российских школ заболевания выявляются уже в хронической форме.

Материал и методы исследования. Источником исследования послужили 62 человека, находившиеся на лечении в ПОКЦСВМП с диагнозом ПТИ в период с января по июнь 2016 года. Среди исследованных встречались как лица мужского (59 %), так и женского пола (41 %), в возрасте от 5 мес до 83 лет. Превалирующим большинством среди госпитализированных были дети до 17 лет (88,7 %), при этом наибольшее число заболевших было зарегистрировано в возрастной группе от 0 до 5 лет (49,2 %), .32,78 % в возрасте от 5 до 14 лет, а также 6,56 % в возрасте от 14 до 18 лет. Из 55 случаев детской заболеваемости выявлено: 7 случаев (14,55 %) средне-тяжелого течения, 13 случаев (27,27 %) с тяжелым течением заболевания.

В 18 % случаев общей заболеваемости, среди которых все оказались пациенты детского возраста, лечение было прекращено по инициативе пациента (или его законного представителя) еще до полного выздоровления, при этом срок госпитализации таких пациентов не превышал 2 сут, а в ряде случаев сразу после первой положительной динамики лечения заболевания, независимо от тяжести заболевания. Особую настороженность в этой связи вызывает возраст и тяжесть заболевания детей, а именно: дети до года – 4 случая (36,36 %), до 5 лет – 3 случая (27,27 %), до 10 лет – 4 случая (36,36 %). В случае отказа от дальнейшего лечения производится оповещение участкового врача (педиатра), для контроля за состоянием ребенка.

Эпидемиология. Чаще всего факторами передачи служили: мясные продукты, как готовые (котлеты, голубцы, шаурма) – 16,36 %, так и полуфабрикаты (фарш, беляши, пицца, котлеты, тефтели, пельмени, блинчики) – 25,45 %, молоко и молочные продукты – 10,91 %, кондитерские изделия –

9,09 %, салаты, овощные продукты – 12,73 %, консервы – 5,45 %, фрукты – 7,27 %, некипяченая питьевая вода – 3,64 %, и др. Пищевая токсикоинфекция (ПТИ) регистрируется как в виде вспышек, особенно среди посетителей предприятий общественного питания и как показал опыт августа 2014 года – ларьков реализующих полуфабрикаты и мясные «блюда» быстрого приготовления. Причем вспышки носят как взрывной характер, так и в виде спорадических случаев, которые, однако, при тщательном проведении эпидемического расследования часто оказываются связанными между собой употреблением одного и того же продукта. Ранее считалось, что заболевания регистрируются в теплое время года, наше исследование показало, что строгой зависимости между временем года и частотой заболеваемости нет. Причиной может служить хорошо развитая сеть крупных супермаркетов, где проводить контроль качества продуктов более затруднительно, чем в мелкой торгово-розничной сети, и безопасность за свое здоровье и здоровье близких ложится целиком и полностью на самих покупателей. Несмотря на это просматривается некая закономерность некоторого увеличения частоты заболеваемости и госпитализации в больницу случаев ПТИ с тяжелым и средне-тяжелым течением в праздничные и предпраздничные дни, будь то новый год, майские праздники, и т.д. когда снижается уровень пищевой культуры, наблюдается погрешности в питании. Кроме того в это же время увеличивается количество пациентов с отказом от дальнейшего лечения после даже незначительного улучшения состояния, особенно лиц детского возраста.

Клиника. Клинические проявления ПТИ зависят от вида возбудителя, вызвавшего заболевание, степени патогенности и вирулентности штамма, дозы токсина и количества возбудителей, попавших в организм, индивидуальных особенностей человека. Именно поэтому даже при возникновении групповой вспышки тяжесть течения, выраженность отдельных клинических проявлений и даже длительность инкубационного периода у каждого из заболевших будут отличаться. Кроме того, нередко ПТИ протекают как микст-инфекция в результате попадания в организм двух и более возбудителей (ассоциации возбудителей). В таких случаях течение заболевания будет более тяжелым, клинические симптомы более пестрыми. Нередки случаи, когда даже пути передачи инфекции при этом различны: например, присоединение воздушно-капельной инфекции на ослабленный организм – ОРВИ 18 случаев (29,5 %), 1 случай инфекционного мононуклеоза (1,64 %), что, несомненно, увеличивает количество койко-дней и соответственно стоимость лечения пациента.

Клинические проявления ПТИ различной этиологии имеют много общего: короткий инкубационный период, острое (нередко бурное) начало, боль в животе (95,08 %), тошнота (100 %), нередко интоксикационный синдром (слабость (77,05 %), головная боль), кратковременное (преимущественно) течение, диарея (4,92 %).

При стафилококковых ПТИ на первое место выходит действие экзотоксина, лишь у маленьких детей возможны тяжелые водно-электролитные нарушения. Стабилизация состояния, согласно нашим данным в среднем происходила в течение первых 2-х суток после начала лечения, реже в течение – 3–4 суток при тяжелом течении ПТИ.

Степень нарушений желудочно-кишечного тракта в значительной мере определяется тяжестью перенесенной ПТИ, преморбидным состоянием макроорганизма и характером предпринятой терапии (в первую очередь антибактериальной). При ПТИ нарушаются барьерные функции желудка и кишечника, а это может привести к генерализации инфекции (в первую очередь у ослабленных лиц и маленьких детей). Кроме того установлено, что нередки случаи (16,39 %) возникновения вторичного реактивного панкреатита на фоне ПТИ, что значительно удлиняет время лечения и восстановления пациентов.

Лечение. Если рассматривать тактику лечения больных в стационаре можно сказать что проведение желудочно-кишечного диализа не проводится в виду поздней обращаемости (в более половины случаев время от появления первых клинических признаков до госпитализации составляет более 2-х суток, что значительно увеличивает срок госпитализации и лечения пациентов, что соответственно увеличивает затраты на лечение).

Пероральная регидратация проводится в 100 % случаев. Препаратом выбора в данном случае является регидрон, в виду низкой стоимости и высокой эффективности. Согласно нашим данным пероральная регидратация сочитается с внутривенной редратационной терапией (глюкозо-солевми растворами) в случае средне-тяжелого и тяжелого течения ПТИ, что характеризуется дефицитом ОЦК более 5 % массы тела у детей до 5 лет, и более 3 % у детей старше 5 лет, и проводилась в 97,73 % случаев в связи с тяжестью гиповолемии, интоксикации, учитывая объемы патологических потерь.

Согласно клиническим рекомендациям по инфекционным болезням проводить антибактериальную терапию в первые сутки и больным с легкой и средней степенью тяжести ПТИ не целесообразно, однако в 2013 г. среди госпитализированных с января по июнь из 62 больных антибактериальная терапия проводилась в 93,44 % случаев, что также связано с поздней обращаемостью, тяжестью течения заболевания, наличием сопутствующих инфекционных заболеваний. Из применяемых антибиотиков наиболее часто использовались: цефалоспорины I–III поколений (63,93 % случаев), нитрофураны (19,67 % случаев), пенициллины (3,28 %).

Кроме антибактериальных препаратов для лечения ПТИ используются бифидум и лактобактерий содержащие пробиотики (45,9 %), особенно у детей до 14 лет, что связано с профилактикой побочных явлений, развивающихся в результате использования антибактериальных препаратов и восстановления нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта; энтеросорбенты (78,69 %), используемые в качестве элеминатора эндо- и экзотоксинов, образующихся в результате жизнедеятельности и распада патологических микро-

организмов; противовирусные препараты (40,98 %), используемые в основном в качестве профилактики присоединения вторичной вирусной инфекции у наиболее ослабленных пациентов, а также с лечебной целью у пациентов с сопутствующими инфекционными заболеваниями (ОРВИ и др.).

Выводы:

1) заболеваемость ПТИ в детском возрасте выше, что связано с меньшей устойчивостью желудочно-кишечного тракта, особенно у детей грудного и дошкольного возраста. В связи с этим, особенно важны мероприятия по профилактике данных заболеваний в этой возрастной группе, что обязательно должно быть связано с выработкой правильной пищевой культуры и пищевых привычек у населения. Данным видом профилактики обязательно должны заниматься участковые педиатры с момента первого патронажа. Кроме того, в Пензе с 2005 г. работают 11 реабилитационных центров, расположенных в школах, основным направлением деятельности которых является восстановление и профилактика заболеваний детей школьного возраста, что несколько снижает нагрузку на участково-педиатрическое звено. Однако, если учесть, что уровень заболеваемости ПТИ не снижается, можно говорить о их недостаточной санитарно-просветительской работе в рамках профилактики. И все же основная задача по профилактике ПТИ должна проводится в рамках семьи по выработке «правильного пищевого поведения»;

2) беспокойство вызывает отказ родителей или законных представителей детей от дальнейшего лечения еще до полного выздоровления. Особую настороженность в этой связи связана с возрастом и тяжестью заболевания детей. В случае отказа от дальнейшего лечения производится оповещение участкового врача (педиатра). Что увеличивает нагрузку на педиатрическое звено здравоохранения и несет за собой дополнительные затраты в лечении пациентов, а также увеличивает сроки полного выздоровления, не говоря уже о возможности развития осложнений. При этом родители несут «условную» ответственность, и при возникновении осложнений нередки случаи жалоб и обращений в связи с неудовлетворенностью лечения в стационаре или «неполной» информированностью о возможных последствиях.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ № 1 ГБУЗ КБ № 6

А. В. Миронов, И. И. Хальметов, К. Ю. Олейниченко, В. С. Миронов

ГБУЗ «Клиническая больница №6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Нестабильность плечевого сустава – это широкий спектр патологических изменений в нем, сопровождающихся движением головки плеча относительно суставной впадины лопатки. Плечевой сустав наиболее функционально активный из всех крупных суставов. Суставная впадина лопатки (СВЛ),

мелкая по отношению к крупной головке плечевой кости (ГПК), обеспечивает большой объем движений и высокую степень их свободы, являясь в то же время причиной низкой стабильности плечевого сустава. Существуют статическиеи динамические стабилизаторы плечевого сустава. Понимание взаимодействий статических и динамических стабилизаторов плечевого сустава при их различных функциональных позициях является ключом к лечению пациентов с нестабильностью плечевого сустава. Традиционная классификация нестабильности плечевого сустава основана на таких параметрах как этиология, направление, степень, частота и величина смещения ГПК. Привычный вывих является наиболее тяжелой формой нестабильности, нуждающейся в хирургическом лечении и относящейся к травматической непроизвольной однонаправленной (передней) нестабильности III степени. Сегодня ни у кого не вызывает сомнений, что в большинстве случаев успешно лечить нестабильность в плечевом суставе можно артроскопически, а доля неудач не превышает таковой при открытых оперативных вмешательствах. Однако не всегда удается обойтись путем восстановления только мягких тканей. Со временем стало очевидно, что большинство неудачных артроскопических стабилизаций плечевого сустава были проведены у пациентов со значительной потерей костной массы элементов, составляющих плечевой сустав. У подавляющего количества пациентов с повторными вывихами плеча всегда имеет место значительная потеря костной массы (костное повреждение Банкарта, повреждение Хилла-Сакса), при которой необходима костная пластика. Исходя из вышесказанного успех хирургического лечения напрямую зависит от адекватной оценки объема повреждения, подбора фиксаторов, и четкого выполнения следующих задач: оценка потери костной массы; анатомическое восстановление тканей; подготовка костного ложа; надежная фиксация; контролируемое послеоперационное ведение.Привычный вывих плеча в 100 % случаев сопровождается повреждением Хилла-Сакса а потеря костной массы суставной поверхности гленоидав 96 % случаев превышает 25 %. Подобное сочетание повреждений после артроскопического восстановления мягкотканых стабилизаторов плечевого сустава в 67 % случаев приводит к рецидиву вывиха, что считается неприемлемым. В связи с этим подобные пациенты нуждаются в открытом восстановлении стабильности плечевого сустава с использованием костной пластики дефекта гленоида. Среди множества открытых методик стабилизации плечевого сустава в настоящее время наиболее надежной и обоснованной считается операция Латарже.

Впервые клювовидный отросток лопатки был использован для пластики дефекта лопатки доктором Бристоу в 1939 г., однако предложенное им использование чрескостных швов не создавало необходимой стабильности и не сыскало широкого применения. В 1954 г. Латарже усовершенствовал методику, используя винты для фиксации трансплантата, однако клювовидный отросток в неизменном виде выступал над суставной поверхностью, нарушая так

называемую «суставную арку». В 2003 г. Бурхардом была предложена модификация операции Латарже, где клювовидный отросток разворачивался так, что его нижняя вогнутая поверхность являлась продолжением суставной поверхности лопатки, не нарушая конгруентности суставных поверхностей; капсула сустава фиксировалась шовными анкерами так, что костный трансплантат находился вне сустава и не контактировал с хрящом головки плеча. Показания к операции: первичная коррекция однонаправленной передней нестабильности с наличием костного дефекта переднего края гленоида более 25 % его поперечника; отсроченное восстановление стабильности плечевого сустава после костного повреждения Банкарта; вторичная реконструкция СВЛ после неудачного хирургического лечения рецидивирующей нестабильности.

За 2016–2017 г. в КБ № 6 выполнено 16 операций Латарже пациентам в возрасте от 18 до 43 лет (16 мужчин, 2 женщины). Все операции выполнены по поводу привычного переднего вывиха плеча (более 3-х эпизодов). 11 пациентам в предоперационом периоде выполнено КТ плечевого сустава для оценки потери костной ткани суставного отростка лопатки. Всем пациентам первым этапом лечения выполнена артроскопия плечевого сустава с целью решения вопроса о выборе метода восстановления стабильности. Среднее время нахождения в стационаре составило 6 койкодней. 13 пациентов находились под динамическим наблюдением 6 месяцев после операции для коррекции реабилитационных мероприятий. Послеоперационных осложнений и рецидивов у наблюдаемой группы пациентов не отмечено. Все пациенты, находящиеся под наблюдением, оценили результат операции как хороший и довольны своим функциональным состоянием.

Выводы.

1. Операция Латарже наиболее приемлема для лечения привычного вывиха плеча, сопровождающегося разрушением переднего края суставной поверхности лопатки.

2. Необходимым условием хороших результатов лечения нестабильности плечевого сустава является наличие надежных современных фиксаторов, чему способствует активное введение квот для пациентов ортопедического профиля.

3. Динамическое наблюдение оперирующего врача – обязательное условие послеоперационного ведения, позволяющее своевременное поэтапное восстановление функции конечности.

СКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ И ПОПЫТКИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ

Е. И. Миронова, А. П. Сайфуллин

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Введение. По статистике, при обследовании больших популяций частота встречаемости сколиоза 0,3–15 % (С. В. Колесов, 2014). У школьников основным видом деятельности является учеба. Гиподинамия и длительное нахождение в вынужденном положении являются предрасполагающими факторами развития сколиоза. Сколиозы регистрируется у 28,4 на 1000 первоклассников и в 3,5 раза чаще (90,6 на 1000) у выпускников школ. В результате исследования здоровья школьников г. Нижний Новгород по данным углубленных профосмотров в динамике многолетних наблюдений (1980–2011 гг.) было выявлено, что заболевания костно-мышечной системы (КМС) занимают лидирующие места в структуре заболеваемости. Среди основных нозологических форм КМС вне зависимости от возраста детей преобладали: из морфо - функциональных нарушений – сколиотическая осанка и уплощенные стопы; из хронических заболеваний – сколиоз и плоскостопие разной степени выраженности (Н. Г. Чекалова, 2011). За последнее пятнадцатилетие отмечено выраженное ухудшение состояния опорно-двигательного аппарата школьников, что связывают с уменьшением объема профилактической деятельности в здравоохранении и образовании.

Цель. Выявление распространённости сколиоза у детей и изучение его структуры путём анализа статистических данных медицинских осмотров, а также оценка эффективности проведённых профилактических мероприятий (ПМ) в школе путём динамического анкетирования.

Материалы и методы. Статистические данные динамики заболеваемости КМС по данным мониторинга (1980–2005 гг.) у детей в возрасте 7–15 лет в Нижнем Новгороде. Динамическое анкетирование 270 школьников (n = = 125 – мальчиков, n = 145 – девочек) пгт Кильмезь (Кировская область) в 2015–2016 гг. до профилактических тренингов и лекций, а также после них через 1, 6 и 12 месяцев.

Результаты. Из основных нозологических форм заболеваний КМС на протяжении динамического наблюдения, вне зависимости от возраста детей, преобладали сколиотическая осанка и сколиоз разных степеней выраженности. Сколиотическая осанка и сколиоз в 1980 г. – 714,3 и 41,1 соответственно (n = 875); в 1991 г. – 590,3 и 240,3 (n = 1977); в 2005 – 361,6 и 265,5 (n = 4666). Сколиозы обычно выявляли у старшеклассников (у девочек чаще, чем у мальчиков). В 2005 г. по форме чаще встречался С-образный (46,7 %) и S-образный (44,3 %) (рис. 1). По степени сколиоза: 1 ст. – 70,7 %, 2 ст. – 28,1 %, 3 ст. – 1,1 %. У всех детей с возрастом уменьшалась доля сколиозов 1

ст. и С-образных, наряду с увеличивалась доли 2 ст. (реже 3 ст.) и S-образных.

Рис. 1. Структура видов сеолиозов у школьников в зависимости от пола, %

Первое анкетирование выявило, что учащиеся серьёзно нарушают правила работы за компьютером (81 % работают за компьютером более 2 час/день, 90 % из них – редко/не делают перерыв). Среди этих школьников наиболее часто выявляются те, кто жалуется на боли в спине. В целом 26 % детей имеют жалобы на боли в спине. При этом девочки в 2 раза чаще, чем мальчики отмечают данный факт. Однако школьники активно занимаются физкультурой. Интересен факт, что только 49 % детей делает зарядку по утрам (мальчики чаще, чем девочки). Современные школьники имеют фрагментарные представления о проблеме формирования правильной осанки. Было выявлено, что на уроках практически не делают «физкультпаузы» и не проводят какие-либо ПМ на протяжении учебного дня.

После была организована и проведена серия тренингов и лекций по сохранению правильной осанки, которые оказались чрезвычайно востребованными (рис. 2).

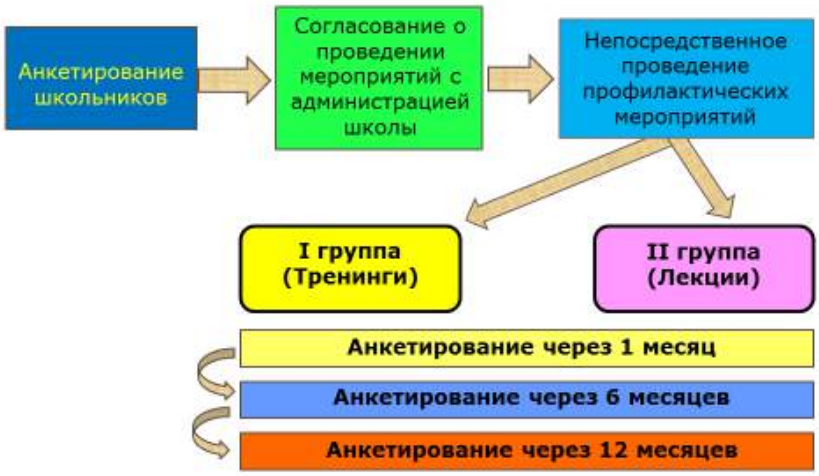


Рис. 2. Ход эксперимента

В рамках занятий школьникам рассказывали о строении и функциях позвоночника, о неблагоприятных факторах, которые могут нанести вред здоровью, показывали элементы гимнастики. Мероприятия охватили школьников с 5 по 11 класс. Для эксперимента, школьники были разделены на две группы: в 1 группе были проведены тренинги (n = 120), а во 2 (n = 150) – лекции. Через месяц обратная связь путём анкетирования показала, что по целому ряду показателей (контроль за своей осанкой, выполнение зарядки и др.) проведение тренингов оказалось эффективнее лекций, подтверждая в очередной раз знаменитую пословицу: «Скажи мне – и я забуду, покажи мне – и я могу запомнить, позволь мне сделать – и это станет моим навсегда».

Через шесть месяцев было выявлено, что учителя стали чаще проводить физкультминутки на уроках (на 10 %); увеличилось количество детей на 13 %, которые занимаются физкультурой и спортом; на 4 % снизилось количество жалоб на боли в спине. Через двенадцать месяцев было обнаружено снижение достигнутых показателей. Из школьников помнили показанные упражнения только 43 % (через 1 месяц – 73 %). 80 % детей отметили, что нуждаются в памятке, к которой они могли бы обращаться для закрепления пройденного материала после тренингов и лекций.

Выводы. Среди видов сколиозов преобладают С-образные и S-образные I степени. По мере взросления у детей увеличивалась доля S-образных сколиозов, наряду с уменьшением числа С-образных, а также уменьшалась доля сколиозов I степени на фоне увеличения доли сколиозов II степени. Для изменения сложившейся ситуации необходимо не только диспансерное наблюдение, но и проведение ПМ в формате тренингов ежеквартально. Существует необходимость разработки памятки по профилактике сколиоза для детей и их родителей с внедрением её в школьную практику.

ПРИМЕНЕНИЕ «МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА» ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

А. Н. Митрошин, А. С. Кибиткин, А. К. Абдуллаев

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Актуальность. Современная тканевая биоинженерия может быть весьма полезной при лечении хронических разрывов сухожилия. Пластика сухожилий и связок остаётся одной из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Актуальность обусловлена продолжающимся поиском оптимального материала для замещения дефектов [1, 2]. Использование синтетических протезов связок и сухожилий сопряжено с рядом возможных осложнений, таких как разрывы вследствие «усталостных» нагрузок материала, грубое перифокальное рубцевание и прочее, а использование их для пла-

стики сухожилий пальцев кисти вообще невозможно [3, 4]. Поиск оптимальных биологических материалов для пластической и реконструктивной хирургии по-прежнему остается актуальной задачей теоретической и практической медицины [4, 5].

Однако анатомически обусловленные размеры сухожилий являются существенным лимитирующим фактором, не позволяющим применять их при восстановлении обширных по площади или объему тканевых дефектов и повреждений [6].

Цель: обосновать применение модифицированного ксеноперикарда для пластики сухожилий и связок человека в эксперименте и клинике.

Материал и методы исследования. Тип исследования: простое открытое контролируемое исследование. Работа состоит из экспериментального и клинического разделов.

В исследованиях использовались ксеноперикардиальные пластины фирмы ООО «Кардиоплант». Перикард телят подвергали химико-ферментативной обработке с целью снижения антигенности биоматериала. На первой стадии обработки проводили механическую очистку, затем использовался фермент, позволяющий полностью разрушить и удалить клеточные элементы и гликозаминогликаны межклеточного вещества как основные носители антигенности. Волокнистые белки – коллаген и эластин – сохраняли структуру, а структурная стабилизация превращала биологическую ткань в биополимер.

В отделение биомеханики на базе образовательно-научного института наноструктур и биосистем Саратовского государственного университета им. Н. Г. Чернышевского выполнены экспериментальные сравнительные полициклические испытания прочностных характеристик нового биоматериала. В исследование включены сухожилия сгибателей кисти и сухожилия полусухожильной мышцы, так как они считаются донорским материалом для пластики сухожилий и связок. Выполнены два эксперимента (по 40 исследований в каждой серии) на разрывных машинах INSTRON-3342 и INSTRON-5944 BIO с заданной постоянной скоростью зажима 50 мм/мин. Данная методика позволяла получить диаграмму деформирования образцов модифицированного ксеноперикарда и секционного материала сухожилия человека. В результате определялись модуль упругости, максимальное напряжение и максимальное относительное удлинение на линейном участке диаграммы.

Эксперимент выполнялся на кроликах породы «шиншилла». В условиях асептики и антисептики под общим наркозом выполнялось иссечение ахиллова сухожилия на протяжении 1 см и пластика дефекта ксенотрансплантатом из нового материала. В эксперименте участвовало 20 животных. Выведение животных из эксперимента производили на сроках 3 недели, 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев после операции. Область пластики сухожилия изучалась макро- и микроскопически.

Выявлена следующая гистологическая картина. На третьей неделе послеоперационного периода наблюдалась лимфоцитарная и макрофагальная

инфильтрация вокруг биоматериала. На сроках в три месяца отмечено активное прорастание новообразованных фибробластов в материал с частичным нарушением структуры его коллагеновых волокон. Через шесть месяцев после имплантации биоматериал полностью прорастал соединительной тканью, образовывались новые кровеносные сосуды. Коллагеновые волокна материала фрагментированы и замещены тканями животного. При изучении срезов через год после операции отмечено полное замещение дефекта сухожилия новообразованной тканью с почти полным рассасывание биоматериала.

Клиническое исследование. Имплантация с применением модифицированного ксеноперикарда выполнена 63 пациентам с застарелыми повреждениями сухожилий и связок, наблюдавшимся в период с 2009 по 2015 г. в травматологическом отделении ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» (табл. 1). Использовали ксеноперикард производства ООО «Кардиоплант», г. Пенза, по разработанной методике (патент на изобретение № 2449736 от 11.03.2011).

Таблица 1

Распределение пациентов по виду оперативного вмешательства и количеству

Название операции	Количество пациентов
Пластика ахиллова сухожилия	37
Пластика сухожилия четырехглавой мышцы бедра	8
Пластика при привычном вывихе плеча	10
Пластика собственной связки надколенника	1
Пластика передней крестообразной и боковых связок коленного сустава	7
Всего	**63**

В методику обследования пациентов входили: объективный осмотр, оценки повреждения сухожилия, определение объема активных движений в суставе, рентгенография, УЗИ, МРТ, гистоморфология.

Характер проводимого исследования не противоречил этическим нормам. От всех пациентов было получено письменное добровольное согласие на оперативное лечение с применением биопротеза из ксеноперикарда. На данный биоматериал получены также Регистрационное удостоверение № ФСР 2010/07629, ГОСТ ISO 9001 и ГОСТ ISO 13485; Сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ 0001.13ФК 73; Международный сертификат качества DIN EN ISO 13485 для применения в медицинской практике. Возраст пациентов – от 18 до 55 лет. Временные сроки от получения травмы составляли в среднем 2,5 месяца.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех больных протекал гладко, осложнений не отмечено. При УЗИ и МРТ от 2 до 4 месяцев после

операции отмечена полная биоинтеграция ксенотрансплантатов и замещение их тканями пациента. Достигнут хороший результат. Ни в одном случае удаления имплантатов не потребовалось. Получены положительные функциональные результаты в сроки от 1 до 6 лет наблюдений у всех пациентов. Летальных исходов не было.

Выводы. В результате исследования биоматериала на основе модифицированного ксеноперикарда выявлена возможность его использования для реконструктивно-восстановительных операциях при повреждениях сухожилий и связок с механическими и биосовместимыми свойствами.

Библиографический список

1. Базылев, В. В. Применение ксеноперикардиальной заплаты «Кардиоплант» при реконструкции корня аорты по методике Nicks-Nunez / В. В. Базылев, Е. В. Немченко, В. А. Карнахин, А. С. Коциенко // Инновационные имплантаты в хирургии : сб. тр. – М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2014. – Ч. 3. – С. 84–91.

2. Ксеноперикардиальная герниопластика: возможности и перспективы / А. А. Венедиктов, А. Н. Лембас, А. В. Баулин, С. А. Середин, В. А. Баулин, А. Н. Митрошин, Д. В. Никишин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011 – Т. 1, № 5. – С. 11–15.

3. Восстановительная хирургия повреждений опорно-двигательного аппарата / М. В. Казарезов, А. М. Королева, В. А. Головнев и др. – Новосибирск : НГМА, 2004. – С. 56–63.

4. Грицюк, А. А. Ахиллово сухожилие / А. А. Грицюк, А. П. Середа. – М. : РАЕН, 2010. – 314 с.

5. Особенности регенеративных процессов при пластике костно-хрящевых дефектов комбинированными трансплантатами на основе аутологичных и аллогенных культур клеток из реберной хрящевой ткани / Г. П. Котельников, Л. Т. Волова, М. А. Тертерян и др. // Морфология. – 2014. – Т. 146, № 4. – С. 47–52.

6. Исследование биомеханических свойств ксеноперикарда и сухожилий человека / С. В. Сиваконь, А. Н. Митрошин, А. И. Кислов, А. К. Абдуллаев, С. В. Сретенский, А. А. Голядькина, А. О. Щукина, А. С. Сиваконь // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 2 (22). – С. 19–25.

ПАРА ТРЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ИЗ ПИРОУГЛЕРОДА

А. Н. Митрошин, А. С. Кибиткин, М. А. Ксенофонтов

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

С ростом частоты ревизионных эндопротезирований тазобедренного сустава растет и число послеоперационных осложнений [1, 2]. Наиболее частой причиной ревизионного эндопротезирования является развивающаяся

потеря костной массы вокруг эндопротеза, которая является причиной асептической нестабильности [3, 4].

В здоровом суставе коэффициент трения составляет 0,01–0,06. При использовании современных материалов, к которым относится металл, керамика, полиэтилен, достичь таких показателей не удается [5].

Для решения проблемы асептической нестабильности нами был предложен материал – изотропный пиролитический углерод (пироуглерод), трибологические свойства которого наиболее близки к здоровому тазобедренному суставу человека и превосходят современные материалы применяемые в парах трения эндопротезов тазобедренного сустава.

Цель работы – экспериментальное обоснование преимуществ пары трения из пироуглерода.

Для определения запаса прочности узла подвижности из пироуглерода использовалось математическое моделирование, которое проводилось методом конечных элементов в среде «ANSYS 5.7».

Расчет выполнялся при условии ее приложения под углом 45^{o}, под нагрузкой 2500 Н. Согласно полученным данным, максимальное напряжение, возникающее при нагрузке, не превысило предел прочности материала и составило 450 МПа. Определение крутящего момента пары трения эндопротеза тазобедренного сустава проводилось в соответствии с ГОСТ Р 52640-2006.

Испытания проводились на установке ElectroPuls E10000, предназначенной для проведения испытаний механических и трибологических свойств компонентов эндопротеза тазобедренного сустава. Скорость вращения чаши составляла 0,5 об/с, осевая нагрузка 2250 Н. Графическую регистрацию крутящего момента производили на протяжении 600 с, в течение которых чаша совершала 300 полных оборотов. Параметры нагрузки и перемещения компонентов пары трения соответствовали ГОСТ Р ИСО 14242-1-2012. В результате этого испытания крутящий момент составил 1,1 Нм, на поверхности образцов отсутствовали свободные продукты износа, коэффициент восстановления подвижности сустава составил 134 %, что соответствует требованиям ГОСТа Р 52640-2006.

Выводы:

1. Предел прочности материала равен 450 Мпа, что превышает возможные нагрузки на пару трения в суставе.

2. Крутящий момент составил 1,1 Нм, что на 26,6 % ниже предельно допустимого показателя.

Библиографический список

1. Fevang, B.T. Improved results of primary total hip replacement / B. T. Fevang [et al.] // Acta Orthop. – 2010. – Vol. 81, № 6. – P. 649–659.

2. The response of macrophages to titanium particles is determined by macrophage polarization / J. Pajarinen, V. P. Kouri, E. Jamsen, J. Li T. F. Mandelin, Y. T. Konttinen // Acta Biomater. – 2013. № 9. – P. 9229–9240.

3. Jafari, S. M. Revision hip arthroplasty: infection is the most common cause of failure / S. M. Jafari [et al.] // Clin. Orthop. – 2010. – № 468. – P. 2046–2051.

4. Role of the toll-like receptor pathway in the recognition of orthopedic implant wear-debris particles / J. I. Pearl, T. Ma, A. R. Irani, Z. N. Huang, W. H. Robinson, R. L. Smith, S. B. Goodman. – Biomaterials. – 2011. – № 32. – P. 5535–5542.

5. Gu, Q. The role of TLR and chemokine in wear particle-induced aseptic loosening / Q. Gu, Q. Shi, and H. Yang // Journal of Biomedicine and Biotechnology. – 2012. – Article ID 596870. – 9 p.

ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ОБРАБОТАННЫХ ЛИНЕЙНО-ЦЕПОЧЕЧНЫМ УГЛЕРОДОМ

А. Н. Митрошин, Д. В. Смоленцев, Д. А. Космынин

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Введение. Современные тенденции стимулирования остеоинтегративного потенциала имплантатов, связаны с несколькими направлениями: улучшение геометрии контактной поверхности имплантатов, и совершенствование технологий формирования биосовместимых покрытий с материалами нового поколения [1, 2, 3].

Цель исследования. Проанализировать остеоинтегративные свойства лазерной поверхности титановых имплантов, покрытых с целью стимуляции их поверхностного остеокондуктивного эффекта линейно-цепочечным углеродом с титановыми имплантатами, подвергшимися лазерной обработке.

Материалы и методы исследования. В экспериментах, для оценки остеинтегративных процессов, использовали 36 образцов титановых спиц длиной 30 мм, диаметром 0,9 мм с лазерной технологией обработки поверхности, дополнительно покрытые линейно-цепочечным углеродом в опытных образцах.

В качестве экспериментальной модели исследования были выбраны 18 крыс-самцов линии Wistar массой 200–250 г, которые были разделены на 2 группы, по 9 особей в каждой, в соответствии с образцами имплантируемых титановых штифтов. Штифты вводили ретроградно, добиваясь плотной посадки: в левую большеберцовую кость имплантировались контрольные титановые спицы с лазерной обработкой поверхности, а в правую опытные, титановые спицы с лазерной обработкой, дополнительно покрытые линейно-цепочечным углеродом. Животных выводили из опыта в сроки 30, 60 и 90 суток посредством передозировки эфирного наркоза.

Компьютерно-томографическое исследование проводили на микротомографе SkyScan 1178 на 30, 60 и 90 сутки после операции.

Гистоморфометрический анализ микропрепаратов завершался математической обработкой данных с помощью программ Exel 2007, Statistica for Windous 7.0.

Результаты исследования. Гистологическое исследование ткани вокруг титанового имплантата к 90-м сут. показало,что в контрольной группе (титановые спицы с лазерной обработкой поверхности) почти на всем протяжении зоны контакта имплантата с костным ложем визуализировалась различной степени выраженности грубоволокнистая соединительнотканная про-слойка, в свою очередь в опытной группе (титановые спицы с лазерной обработкой поверхности с нанесением линейно-цепочечного углерода) отмечалось образование прямого контакта между имплантатом и незрелой костной тканью без интерстициальной соединительнотканной прослойки.

При морфометрическом исследовании ткани вокруг титанового имплантата: в контрольной группе определяется незначительное увеличение доли костного компонента с 30 сут (41,32±1,1 %) до 90 сут (48,41±2,2 %), в то время как в опытной группе отмечается достоверное двукратное увеличение доли костного компонента с 30 сут (42,89±1,8 %) до 90 сут. (82,74±2,6 %).

Компьютерно-томографическое исследование зоны интереса с 3D реконструкцией, выявило полную консолидацию переломов обоих образцов, с плотностью костного регенерата в периимплантационной области титановых имплантатов, подвергшихся лазерной обработке ~900 HU, а у титановых имплантатов, подвергшихся лазерной обработке с последующим нанесением линейно-цепочечного углерода ~1300 HU

Вывод. Полученные гистоморфологические и рентгенологические данные свидетельствуют о том, что поверхности титановых изделий, подвергшиеся модифицированной лазерной обработке, с последующим нанесением линейно-цепочечного углерода, обладают высоким остеокондуктивным потенциалом, способствуя активизации процессов остеоинтеграции, и обеспечивая создание полноценной системы «имплантат-кость».

Библиографический список

1. Калмин, О. В. Особенности остеогенеза при вживлении титанового имплантата, подвергшегося микродуговому оксидированию, с использованием «КоллапАн-гель» и без него / О. В. Калмин, М. А. Розен, Д. В. Никишин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – № 3 (27). – С. 115–125.

2. Mitroshin, A. N. Experimental Evaluation of the Modes of Laser Processing Of the Surface of Implants and Prostheses / A. N. Mitroshin, S. I. Gerashchenko, S. M. Gerashchenko et al. // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2015. – Vol. 6, № 1. – P. 1862–1868.

3. Митрошин, А. Н. Сравнительная оценка остеоинтеграции винтовых конических и цилиндрических титановых имплантатов, обработанных методом микродугового оксидирования / А. Н. Митрошин, П. В. Иванов, А. Е. Розен и др. // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9–3. – С. 447–451.

ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Б. А. Молотилов

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Первичные иммунодефицитные состояния (ПИДС) включают в себя группу тяжелых генетически обусловленных заболеваний, связанных с необратимыми дефектами в том или ином звене иммунной системы.

В настоящее время описано около 300 форм ПИДС и более 250 генов определяющих развитие ПИДС. Симптомы ПИДС, характер и глубина дефектов широко варьируют.

По классификация 2015 г., предложенной Международным союзом иммунологических обществ (International Union of Immunologic Societies-IUIS), выделяют 9 основных групп ПИДС:

1. Дефекты клеточного и гуморального звена (в том числе варианты тяжелой комбинированной иммунной недостаточности (ТКИН)).

2**.** Комбинированные ПИДС, ассоциированные с синдромальными проявлениями (в том числе дефекты репарации ДНК и др.).

3. Преимущественно гуморальные дефекты (с отсутствием, снижением или нормальным числом В-лимфоцитов).

4. ПИДС с иммунной дисрегуляцией (наследственные гемафагоцитарные синдромы, дефекты Т-регуляторных клеток, аутоиммунные лимфопролиферативные синдромы, иммунная дисрегуляция с поражением кишечника, интерферонопатии 1-го типа).

5. Количественные и качественные дефекты фагоцитов (врожденные нейтропении, дефекты подвижности фагоцитов, дефекты респираторного взрыва).

6. Дефекты врожденного иммунитета.

7. Аутовоспалительные заболевания.

8. Дефекты системы комплимента.

9. Фенокопии ПИДС, вызванные соматическими мутациями.

В большинстве случаев клинические признаки болезни появляются в раннем детском возрасте. Однако все больше регистрируется больных с ПИДС, возраст которых превышает 18 лет. Так недавние исследования на основе Бразильского регистра показали, что число больных с ПИДС старше 20 лет составляет около 30 %, Европейский регистр за 2012 г. включал 692 пациента старше 65 лет, что составило 8 % от общего числа больных с ПИДС. Это связано с улучшением диагностики и специализированной помощи больным с ПИДС.

Ранняя диагностика и адекватная терапия ПИДС позволяет в большинстве случаев полностью вылечить эти заболевания или добиться стабильного общего состояния и нормального качества жизни больных.

Вот почему важна настороженность врачей различных специальностей в отношении этих заболеваний, ранняя их диагностика на местах и преемственность в передаче их в отделения иммунологического профиля.

Проблема ПИДС в нашей стране имеет свои особенности. Слабая осведомленность врачей в отношении ПИДС усугубляется отсутствием единого регистра. Отсутствует адекватная система учета, так как коды ПИД по (МКБ-10) могут использоваться только для детей до 18 лет.

Как известно, в 1980 г. на базе ФГБУ «ГНЦ Института иммунологии» ФМБА России в нашей стране было открыто первое отделение иммунодефицитов, которое затем разделилось на педиатрическое и взрослое подразделение. На 2015 г. в институте наблюдались 192 взрослых пациента, из них 51 % с нарушением гуморального звена иммунитета и 34 % с наследственным ангионевротическим отеком, остальные с более тяжелыми формами ПИДС.

Говоря о ранней диагностике ПИДС следует, прежде всего, учитывать настораживающие признаки ПИДС (табл. 1).

Таблица 1

Маски первичных иммунодефицитных состоянии

№ п/п	Настораживающие признаки
1	Более 4 отитов в год
2	Более 2 синуситов в год
3	Более 2 мес. антибактериальной терапии с минимальным эффектом, необходимость назначения внутривенных антибиотиков для разрешения инфекции
4	Более 2 пневмоний в год
5	Повторные абсцессы кожи и внутренних органов
6	Упорная молочница у лиц старше 1 года
7	Более 2 тяжелых инфекционных процессов (сепсис, остеомиелит, менингит и др.)
8	Оппортунистические инфекции (вызываемые Pneumocystis carinii и другими возбудителями)
9	Отставание младенца в весе на фоне повторных эпизодов диареи
10	Наличие в семейном анамнезе смертей в раннем возрасте, с клиникой инфекционных заболеваний или выявленного иммунодефицитного состояния
11	Наличие тяжелых реакций при вакцинации

Безусловно, очень важным моментом для постановки диагноза ПИДС, является тщательно собранный семейный анамнез (болезни родителей, наличие в семье аутоиммунных процессов, летальных случаев от инфекционных заболеваний и т.п.). В то же время надо помнить, что часто клинические проявления при ПИДС могут иметь «стертую» картину и проявляться во взрослом возрасте.

При физикальном осмотре может наблюдаться отставание в физическом развитии ребенка, как следствие частых инфекций или синдрома мальабсорбции.

Гипоплазия периферических лимфатических узлов, миндалин, указывает на наличие дефектов со стороны гуморального звена иммунитета. В то же

время при некоторых ПИДС (аутоиммунный лимфопролиферативный процесс) может иметь место выраженная лимфопролиферация.

Отсутствие тени тимуса при радиологическом обследовании грудной клетки свидетельствует о дефекте Т-системы иммунитета.

Для окончательной верификации диагноза ПИДС необходимо использование иммунологических тестов в специализированных лабораториях.

Но даже на амбулаторном этапе простейшие лабораторные методы позволяют заподозрить ПИДС.

Так стойкая лимфопения (количество лимфоцитов менее $1{,}5 \cdot 10^9$/л), особенно у детей является признаком ПИДС с поражением клеточного звена иммунитета.

Значительное снижение γ-фракции глобулинов (5–8 % и менее) при проведении электрофореза общего белка указывает на вероятность нарушения синтеза IgG.

Генетическое обследование необходимо для окончательного подтверждения диагноза и определения прогноза течения ПИДС. Оно так же важно для проведения семейного консультирования и перинатальной диагностики.

В лечении больных с ПИДС следует выделить следующие подходы:

1. Трансплантация тимуса и гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)
2. Генная терапия, как реальная альтернатива ТГСК
3. Заместительная терапия препаратами иммуноглобулинов.

Библиографический список

1. Латышева, Е. А. Федеральные клинические рекомендации по ведению первичных иммунодефицитов у взрослых: предпосылки для создания, проблемы, пути решения / Е. А. Латышева, Н. И. Ильина // Аллергологический журнал. – 2015. – № 1. – С. 38–42.

2. Щербина, А. Ю. Маски первичных иммунодефицитных состояний: проблемы диагностики и терапии / А. Ю. Щербина // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2016. – № 1. – С. 3–9.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А. В. Мочалова, В. И. Лимонова, Г. А. Постникова

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Киров

Цель исследования – изучить частоту, выраженность и причины острого повреждения почек (ОПП) у больных терапевтического стационара.

Материалы и методы. Исследованы амбулаторные карты и истории болезни 280 больных терапевтического отделения многопрофильной городской

больницы города Кирова, пролеченных в течение сентября-декабря 2016 г. Возраст пациентов составлял от 15 до 95 лет, средний – 68,2±14,1 лет. Женщин было 145 (52 %), мужчин 135 (48 %). ОПП диагностировали согласно критериям KDIGO 2012 г.: при выявлении нарастания уровня сывороточного креатинина ≥ 50 % в течение менее 3 предшествующих месяцев. ОПП 1 степени определяли при нарастании сывороточного креатинина в 1,5–1,9 раз; 2 степени – в 2–3 раза; 3 степени – более чем в 3 раза от исходного уровня. Исходным считали минимальный уровень сывороточного креатинина в пределах последних 3 месяцев до исследования. Была проанализирована предшествующая лекарственная терапия пациентов и другие факторы, способные спровоцировать развитие ОПП. У пациентов с ОПП рассчитывали индекс коморбидности по Charlson. Сравнивали длительность госпитализации больных с сопутствующей ОПП со средней длительностью госпитализации по отделению. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы БиоСтат 2009 Professional 5.8.4.3, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. ОПП различной степени тяжести выявлено нами у 32 (11,4 %) пациентов терапевтического стационара, госпитализированных по поводу различных заболеваний. Нами выявлено, что ОПП 1 стадии имело место у 24 пациентов, что составило 75 % всех случаев ОПП. ОПП 2 стадии выявлено у 4 пациентов, ОПП 3 стадии (с нарастанием уровня сывороточного креатинина ≥ 3 раз от исходного) – у 4 пациентов. Возраст пациентов с ОПП составлял от 45 до 90 лет, медиана 71,5 лет, средний возраст 69,3±11,6 лет. Женщин с ОПП было 19 (59 %), мужчин – 13 (41 %). Достоверной зависимости ОПП от возраста и пола нами не обнаружено. Индекс коморбидности по Charlson у пациентов с ОПП составил от 2 до 10 баллов. Нами выявлено, что более тяжелые ОПП – 2 и 3 стадии - достоверно ассоциировались с индексом коморбидности более 4 баллов ($\chi^2 = 3,97$; $p = 0,046$). При анализе анамнеза пациентов с ОПП, наличия и характера лекарственной терапии, нами были выделены следующие факторы, способные спровоцировать ухудшение функции почек и развитие ОПП: применение нефротоксичных лекарственных препаратов (НПВС в высоких дозах, цитостатические химиопрепараты) – у 8 пациентов (25 %); эпизоды выраженной гипотензии, развившейся по разным причинам (ИТШ, острая кровопотеря, передозировка нитратов) – у 4 (12 %); декомпенсация сердечной недостаточности (ХСН 2 Б) – у 9 (28 %); острое отравление суррогатами алкоголя – у 1 (3 %); обострение калькулезного пиелонефрита – у 3 (9 %); диабетическая нефропатия, декомпенсация сахарного диабета – у 2 (6 %). У 4 пациентов причиной ОПП могли быть сразу несколько вышеперечисленных факторов. При анализе медицинской документации пациентов удалось выяснить, что в 14 случаях (44 %) ОПП развилась на фоне предшествующей хронической болезни почек (пиелонефрита, гипертонической и диабетической нефропатии). У большинства пациентов (82 %) ОПП носило кратковременный транзиторный характер, с улучшением

функции почек к концу госпитализации. У двух пациентов с ОПП исход был летальным; причиной смерти являлись онкологические заболевания 4 клинической группы. Нами выявлено, что длительность госпитализации пациентов с ОПП 1 стадии не имела достоверного отличия от средней по терапевтическому отделению. Наличие у больных ОПП 2 и 3 стадии достоверно ассоциировалось с длительностью госпитализации выше средней ($\chi^2 = 4{,}38$; $p = 0{,}008$).

Выводы. ОПП встречается у пациентов терапевтического отделения с достаточно высокой частотой (11,4 %), и в большинстве случаев носит транзиторный характер. Применение нефротоксичных препаратов имеется в анамнезе 25 % больных с ОПП. Почти половина случаев ОПП развивается на фоне уже имеющейся хронической болезни почек. Большое количество и тяжесть сопутствующих заболеваний (высокий индекс коморбидности) достоверно увеличивают риск развития тяжелого ОПП и длительность госпитализации пациентов.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО 3-D МОДЕЛИРОВАНИЯ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Р. М. Назаров, С. Е. Каторкин, С. А. Быстров, Е. В. Шестаков, П. М. Зельтер

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

Известно, что одной из актуальной проблемы в разделе хирургии брюшной полости является лечение пациентов гематологического профиля, которым при неэффективности консервативной терапии показана спленэктомия, дающая стойкий клинический эффект у 65–85 % больных. Однако традиционная спленэктомия сопровождается длительным пребыванием больных в стационаре, высоким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими результатами. Наиболее частыми хирургическими осложнениями спленэктомии являются внутрибрюшное кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс, острый панкреатит. Одной из причин такого высокого процента развития осложнений является – отсутствие метода предоперационного 3-D моделирования органа, артерий, вен, патологических образований и добавочной селезенки, способствующей смоделировать возможную операцию, выявить тип васкуляризации селезенки, взаимосвязь с хвостом поджелудочной железы и тем самым избежать потенциальные осложнения.

Цель. Изучить эффективность предоперационного 3-D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии при выполнении лапароскопической спленэктомии по поводу первичной иммунной тромбоцитопении.

Материал и методы. Пациентка Д., 55 лет с диагнозом идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, рецидивирующее течение. В течение 10 лет она наблюдалась и проходила неоднократные курсы консервативного лечения, принимала ежедневно до 60 мг преднизолона. Уровень тромбоцитов крови снижался ниже 30×10^9/л. В связи с неэффективностью консервативного лечения была показана спленэктомия. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием. На основе полученных данных в системе «Автоплан» была построена цветная 3-D модель области оперативного вмешательства. Система по планированию оперативного вмешательства объединяет медицинское оборудование, внутристационарную сеть архивирования и обмена данными с рабочими станциями врачей с возможностью использования на компьютерах и мобильных устройствах непосредственно в операционной. Пациентке выполнена лапароскопическая гибридная спленэктомия.

Результаты. Согласно 3-D модели, у пациентки выявлен магистральный тип васкуляризации селезенки. Дистальная часть хвоста поджелудочной железы не доходила до ворот селезенки на 1,5 см. Добавочные селезенки и перипроцесс отсутствовали. Данные модели 3-D подтвердились интраоперационно и позволили выполнить лапароскопическую гибридную спленэктомию без технических трудностей прецизионно с минимальной кровопотерей. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии. Показатели уровня тромбоцитов достигли референтных значений (356×10^9/л).

Заключение. Предоперационное 3-D моделирование позволяет хирургу заранее планировать оперативное вмешательство с учетом знания индивидуальных топографо-анатомических особенностей области предстоящей операции. Знание индивидуальных особенностей васкуляризации селезенки и топографии поджелудочной железы в ее воротах позволяет прецизионно выделять и легировать сосуды, что повышает качество гемостаза, а также уменьшает вероятность травмы поджелудочной железы. Дооперационная визуализация добавочных селезенок повышает радикальность операции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. В. Насыров, С. Е. Каторкин, М. А. Мельников

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

Методы медицинской реабилитации пациентов с венозными трофическими язвами (ТЯ) нуждаются в дальнейшем совершенствовании [1, 2, 3, 5, 6, 9]. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из интенсивно развивающихся и перспективных направлений лазерной медицины [7, 10].

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с заболеваниями вен С6 клинического класса путем применения ФДТ.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 112 пациентов С6 класса. Средний возраст – 62,3 ± 2,4 лет. Преобладали женщины – 73 (65,2 %). Анамнез ТЯ составлял от 1 до 25 лет. Обследование включало: УСДГ, КТ [4], контактную планиметрию размеров ТЯ, классический микробиологический и цитологический методы.

В группе I (n = 67) пациентам применяли ФДТ на область ТЯ. В II группе (n = 45) лечение проводилось по стандартным методикам. Площадь ТЯ в обеих группах была достаточно вариабельна – от 5 до 130 $см^2$. В 97 (86,6 %) наблюдениях размер ТЯ не превышал 20 $см^2$. Использовали фотосенсибилизатор «Радахларин»-гель дозе 0,2 мл/$см^2$ и полупроводниковый лазер «Кристал-2000». Флебэктомия сочеталась с аутодермопластикой [8] у 59 (88,1 %) пациентов I и 43 (95,6 %) – II группы. Отдаленные результаты оценивались в срок до 3 лет. Различия между величинами считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95 % и более ($p < 0,05$).

Результаты исследования. После ФДТ на 4 сутки отмечалось большее снижение роста микробной флоры в I группе ($p < 0,05$). Статистически значимо снижался и уровень микробной обсемененности ТЯ в I группе ($p < 0,05$), а в II группе – менее выражено ($p > 0,05$). У пациентов I группы на 4 сутки отмечена статистически значимая смена цитограммы с дегенеративно-воспалительного типа на воспалительно-регенераторный, соответственно – с 65,8 и 1,6 % на 4,2 и 73 % наблюдений ($p < 0,05$). У пациентов II группы аналогичных статистически значимых изменений не наблюдалось. В II группе на 10 сутки отмечено статистически значимое ($p < 0,05$) превалирование воспалительного типа цитограммы – 56,8 % наблюдений. В то же время воспалительно-регенераторный тип цитограммы выявлен только у 5 (11,1 %) пациентов. На 20 сутки лечения в II группе отмечено положительная статистически значимая динамика – увеличение воспалительно-регенераторного типа цитограммы до 76 % наблюдений, при ее воспалительном типе у 11 (24,4 %) пациентов ($p < 0,05$). Дегенеративно-воспалительный тип цитограммы не выявлялся.

Флебэктомия и аутодермопластика пациентам I группы проводилась в среднем на 5,1±0,8 сутки, в II – на 17,2±1,3 сутки. Рецидив ТЯ в I группе выявлен у 9 (18,8 %) пациентов, а в группе контроля – у 14 (34,1 %).

Заключение. ФДТ является эффективным, патогенетически обоснованным, неинвазивным методом лечения ТЯ у пациентов с ХЗВ С6 клинического класса. ФДТ оказывает бактериостатический и бактерицидный эффекты, улучшает микроциркуляцию и реэпителизаци.

Библиографический список

1. Асхадулин, Е. В. Комбинированная лазерная терапия у больных трофической язвой нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности / Е. В. Асхадулин, А. В. Гейниц, С. В. Москвин // Лазерная медицина. – 2016. –Т. 20, № 3. – С. 21.

2. Жуков, Б. Н. Опыт восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных с заболеваниями вен нижних конечностей / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, В. Е. Костяев // Флебология. – 2009. – Т. 3, № 3. – С. 26–32.

3. Жуков, Б. Н. Современные аспекты консервативного лечения больных с лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей / Б. Н. Жуков, Г. В. Яровенко, С. Е. Каторкин, П. Н. Мышенцев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 38–40.

4. Каторкин, С. Е. Значение компьютерной томографии в диагностике хронического компартмент синдрома у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. С. Осадчий, А. А. Жуков, Е. С. Исаева // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 2. – С. 330–334.

5. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение вазотрофических язв при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 701–709.

6. Каторкин, С. Е. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии / С. Е. Каторкин, А. А. Жуков, М. А. Мельников, М. Ю. Кушнарчук // Лазерная медицина. – 2015. – Т. 19, № 3. – С. 23–28.

7. Каторкин, С. Е. Применение фотодинамической терапии в местном лечении и предоперационной подготовке трофических язв венозной этиологии / С. Е. Каторкин, М. В. Насыров // Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, № 2. – С. 182–188.

8. Эффективность применения послойной дерматолипэктомии (shave therapy) в комплексном лечении пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей / С. Е. Каторкин, М. А. Мельников, П. Ф. Кравцов, А. А. Жуков, М. Ю. Кушнарчук, А. А. Репин // Новости хирургии. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 255–264.

9. Москвин, С. В. Эффективность новой комбинированной лазерной терапии больных с трофическими язвами нижних конечностей и хронической венозной недостаточностью / С. В. Москвин, А. В. Гейниц, Е. В. Асхадулин // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23, № 1. – С. 96–101.

10. Katorkin, S. Photodynamic therapy in the treatment of trophic leg ulcers / S. Katorkin, Y. Sizonenko, M. Nasyrov // Vasomed. – 2015. – Vol. 27, № 2.– P. 82–84.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А. В. Никишин[1], С. В. Евстигнеев[1], В. В. Васильев [1,2,3]

[1]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[3]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Важной составляющей качества медицинской помощи является ее безопасность для пациентов, что зависит как от организации всей работы медицинского учреждения, так и от качества оказания медицинской помощи.

Целью исследования явилась оценка мнения медицинского персонала об обеспечении безопасности медицинской деятельности (БМД) в условиях многопрофильного крупного медицинского учреждения.

Материалы и методы. Исследование проведено в феврале 2017 г на базе Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко путем анонимного опроса 225 врачей и 456 средних медицинских работников (СМР). Респондентам были заданы вопросы по основным направлениям внутреннего контроля качества и БМД в медицинской организации (МО). Полученные данные обработаны методами математической статистики. Критическим уровнем значимости был принят $p = 0,05$. Обе выборки репрезентативны численности соответствующих групп медицинского персонала.

Результаты исследования и обсуждение. Подавляющее большинство врачей (98,9 %) и средних медицинских работников (96,5 %) основным направлением внутреннего контроля назвали эпидемиологическую и хирургическую безопасность. Профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и состояние эпидемиологической безопасности в МО считают хорошим 63,1 % врачей и 70,6 % СМР ($p < 0,05$), плохим – соответственно 1 и 1,6 %, часть респондентов – 35,9 и 27,8 % ($p < 0,05$) отнеслись к этому вопросу нейтрально. Состояние хирургической безопасности в МО и профилактику рисков, связанных с оперативными вмешательствами хорошей назвали 55 % врачей и 63,4 % СМР, плохой – соответственно 2,8 и 0,7 %, ответили нейтрально 42,2 и 35,9 % респондентов. В ответах на вопрос о состоянии хирургической безопасности, достоверных различий в зависимости от профиля отделения, где трудятся респонденты, не выявлено.

Каждый второй опрошенный врач (53 %) и две третьих СМР (69,1 %) ($p < 0,01$) оценили лекарственную безопасность как хорошую, соответственно 3,7 и 1,1 % – как плохую, 43,3 и 29,8 % – нейтрально ($p < 0,01$). Безопасность обращения медицинских изделий в МО как хорошую указали 53,3 % врачей и 62,2 % СМР ($p < 0,05$), как плохую – 1,9 и 0,7 %, нейтральным был отзыв 44,8 % врачей и 37,1 % СМР ($p < 0,05$).

Хотя мнение врачей и СМР в оценке безопасности среды для пациентов и персонала МО совпадает (хорошей среду назвали соответственно 59,2 и 63,2 %, плохой – 2,7 и 1,6 %, ответили нейтрально – 38,1 и 35,2 %), имеются значительные различия в характеристике отдельных аспектов больничной среды. Так, только третья часть опрошенных врачей (35 %) и почти каждый второй (47 %) СМР ($p < 0,01$) считает профилактику падений пациентов в МО как хорошо поставленную, соответственно 13,8 и 15,2 % – как плохо поставленную, 51,2 и 36,9 % ($p < 0,01$) отозвались нейтрально. Профилактика пролежней по мнению 49,1 % врачей и 66,3 % СМР ($p < 0,01$) осуществляется хорошо, соответственно 2,8 и 1,1 % респондентов полагают, что плохо, а мнение 48,1 и 32,6 % ($p < 0,01$) опрошенных нейтральное.

Организацию экстренной и неотложной помощи в стационаре, работы приемного отделения положительно оценили 54,1 % врачей и 70,8 % СМР ($p < 0,01$), отрицательно – соответственно 6,4 и 2,8 %, нейтрально – 39,5 и 26,4 % ($p < 0,01$) опрошенных. Преемственность медицинской помощи, перевод пациентов в рамках МО и трансфер в другие МО только половина опрошенных врачей (49,1 %) и две третьих (61,6 %) СМР ($p < 0,01$) считают положительным, 5,6 и 2 % соответственно – отрицательным, 45,3 и 36,4 % ($p < 0,01$) респондентов относятся к оценке нейтрально. Профилактику рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови считают хорошо налаженной 67,4 % врачей и 68,3 % СМР, у 32,6 и 30,8 % респондентов соответственно мнение нейтральное и только у 1 % СМР мнение отрицательное. Систему идентификации пациентов в МО считают положительной 64,6 % врачей и 59,2 % СМР, отрицательной – соответственно 1 и 0,7 %, нейтральной – 34,4 и 40,1 % опрошенных.

В завершении респондентам предлагалось оценить обеспечение БМД в собственном отделении и в целом в МО. Оценка врачей обеспечения БМД в отделении была несколько выше, чем в целом в МО, но различия статистически недостоверные. Так, 70,9 % врачей оценили обеспечение БМД в собственном отделении как хорошее, 2,7 % – как плохое, 26,4 % – как нейтральное, в целом по МО соответственно 67,6; 29,7; 2,7 %. В отличие от врачей, в выборке СМР выявленные различия оказались значимыми. Так, обеспечение БМД в собственном отделении как хорошее оценили 72,3 % СМР, в целом по МО – 65,3 % ($p < 0,05$), как плохое – соответственно 2 и 2,5 %, на нейтральную оценку указали 25,7 и 32,2 % ($p < 0,05$).

Таким образом, несмотря на достаточно высокую оценку системы БМД в целом в МО, по отдельным направлениям только половина опрошенных врачей оценивают обеспечение БМД как хорошее. Значительна доля ответов с нейтральной оценкой. Врачи более объективны в оценке БМД.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ПСИХИАТРИИ

В. М. Николаев[1], Ю. Б. Баженова[2], В. В. Орлов

[1] ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2] ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова»,
г. Пенза

Эмоциональным выгоранием называют своеобразную реакцию организма человека на длительное воздействие профессиональных стрессов, которая проявляется в умственном, физическом и психоэмоциональном истощении. Подобное состояние являет собой некий механизм психологической защиты на стрессы, возникающие в трудовой сфере, что может привести к потере профессиональной эффективности, снижению коммуникативных качеств работника, развитию нервно-психической дезадаптации вплоть до необратимых изменений личности.

Эмоциональному выгоранию особенно подвержены люди помогающих профессий, чья деятельность имеет непосредственную связь с общением с другими людьми. Среди них специалисты сферы психического здоровья, работающие с пациентами стационара, более часто подвергаются синдрому выгорания, так как их работа предполагает ежедневное тесное общение с людьми, страдающими различными недугами и требующими повышенной заботы и внимания [5, 6, 7, 8]. В таких условиях медицинский персонал испытывает сильное эмоциональное напряжение и является очень уязвимой категорией.

Наше исследование проводилось на безе психосоматического отделения №3 «Областной психиатрической больницы имени К. Р. Евграфова». В нём приняли участие 20 медицинских работников в возрасте от 20 до 65 лет, 30 % которых составил высший медицинский персонал, 40 % средний медицинский персонал и 30 % младший медицинский персонал. Целью нашей работы явилось изучение особенностей синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала психиатрической больницы в зависимости от стажа работы и уровня образования.

Проведённое экспериментально-психологическое обследование включало следующие методики: опросник измерения профессионального выгорания К. Маслача и С. Джексона (MBI) в адаптации Н. Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой. Опросник «Утомление-Монотония-Пресыщение-Стресс» адаптированный А.Б. Леоновой (BMS II), предназначенный для оценки выраженности вышеперечисленных компонентов актуального функционального состояния. Шкала психологического стресса (PSM-25) Лемура-Тесье-Филлиона (Lemyr, Tessier & Fillion, 1991), в адаптации Н. Е. Водопьяновой для определения интегральных показателей психической напряженности и психологической адаптивности к рабочим нагрузкам.

Для реализации цели исследования все респонденты были разделены на три группы. Первую группу (6 чел.) составили специалисты с высшим образованием (врачи, психологи). Во вторую группу (8 чел.) вошли специалисты со средним медицинским образованием (палатные и процедурные медсёстры). И третья группа (6 чел.) была представлена младшим медицинским персоналом (сестра хозяйка, санитарки).

По результатам опросника измерения профессионального выгорания К. Маслача и С. Джексона были выявлены следующие особенности, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние показатели по шкалам «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессионализма»

Шкалы / Стаж работы	1 группа (n = 6)		2 группа (n = 8)		3 группа (n = 6)
	До 10 л.	Более 10 л.	До 10 л.	Более 10 л.	До 10 л.
Эмоциональное истощение	22*	14	15,6	24,4*	26**
Деперсонализация	12**	12**	12,6**	15,2**	9,6*
Редукция профессионализма	39	33*	36*	31,2*	31*

* – средний уровень (имеется тенденция к развитию данного признака)
** – высокий уровень (признак ярко выражен)

Высокие показатели эмоционального истощения наблюдаются у младшего медицинского персонала со стажем работы менее 10 лет. Средний уровень эмоционального истощения выявился у специалистов высшего звена со стажем работы менее 10 лет, у среднего и младшего медицинского персонала со стажем более 10 лет.

Эмоциональное истощение, как правило, проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, а также утрате интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущении «пресыщенности» работой и неудовлетворенностью жизнью в целом [Маслач].

Высокий уровень деперсонализации в равной степени наблюдается у высшего и среднего медицинского персонала, при этом стаж работы влияния на результаты не оказал. Тенденция к развитию деперсонализации выявляется и у представителей младшего медицинского персонала.

Деперсонализация характеризуется эмоциональным отстранением и безразличием работника, формальным выполнением профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – негативизмом и циничным отношением. На поведенческом уровне

деперсонализация проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков [Маслач].

Тенденция к развитию редукции профессионализма имеется у среднего и младшего медицинского персонала в независимости от стажа и у высшего медицинского персонала со стажем работы более 10 лет.

Редукция профессиональных достижений отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом. Неудовлетворительное значение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, – снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы сначала психологически, а затем физически [Маслач].

Степень выраженности компонентов актуального функционального состояния была диагностирована с помощью опросника «Утомление-Монотония-Пресыщение-Стресс». Полученные результаты занесены в табл. 2.

Таблица 2

Средние показатели по шкалам «Утомление», «Монотония», «Пресыщение», «Стресс»

Шкалы / Стаж работы	1 группа (n = 6)		2 группа (n = 8)		3 группа (n = 6)
	До 10 л	Более 10 л	До 10 л	Более 10 л	До 10 л
Утомление	19,3*	15	17,3	19,2*	18,3*
Монотония	17	13,3	17	21,8*	21,3*
Психическое пресыщение	15,3	11,3	14,6	16,8	25*
Стресс	23*	16	19*	23,6*	22,6*

* – средний уровень (имеется тенденция к развитию данного признака)

Средний уровень утомления имеется у высшего и младшего медицинского персонала со стажем до 10 лет и у среднего медицинского персонала со стажем более 10 лет. Утомлением называют функциональное состояние организма, сопровождающееся чувством усталости, снижением работоспособности, которое вызывается интенсивной или длительной деятельностью и выражается в ухудшении показателей деятельности [Панченко].

Тенденция к развитию состояния монотонии была обнаружена у среднего медицинского персонала со стажем более 10 лет и у младшего медицинского персонала в независимости от стажа работы.

Состояние монотонии характеризуется снижением тонуса и восприимчивости, ослаблением сознательного контроля, ухудшением внимания и памяти, стереотипизацией действий, появлением ощущений скуки и потерей интереса к работе. Продуктивность деятельности может лишь на некоторое время восстановиться за счет включения особых волевых усилий. В ответ на монотонные условия работы могут развиваться и явления психического пресыщения [Панченко]. Именно такую тенденцию мы наблюдаем у младшего медицинского персонала, у которого помимо среднего уровня монотонии выявляется и средний уровень психического пресыщения.

Средние показатели стресса были выявлены у представителей всех трёх групп со стажем работы менее 10 лет и у среднего медицинского персонала со стажем работы более 10 лет.

Так же средний уровень стресса по результатам методики Шкала психологического стресса (PSM-25) Лемура-Тесье-Филлиона был диагностирован у 37,5 % представителей среднего медицинского персонала и у 50 % младшего медицинского персонала.

Библиографический список

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб., 2005. – 258 с. (PSM-25)

2. Психодиагностика стресса : практикум / сост.: Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина ; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. – Казань : КНИТУ, 2012. – 212 с.

3. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М., 2002. – С. 360–362.

4. Панченко Л. Л. Диагностика стресса : учеб. пособие / Л. Л. Панченко. – Владивосток, 2005. – 35 с.

5. Olkinuora, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians / M. Olkinuora // Social psychiatric epidemiology. – 1990. – Vol. 25. – P. 81–86.

6. Юрьева, Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование профилактика коррекция / Л. Н. Юрьева. – Киев : Сфера, 2004. – С. 34–49, 242–254.

7. Юрьева, Л. Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы / Л. Н. Юрьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 91–96.

8. Winefield, H R. Job stress in general practice, practitioner age, sex, and attitudes as predictors / H. R. Winefield, T. J. Anstey // Family practice. – 1991. – Vol. 8. – P. 140–144.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНЫХ ПЛАСТИН ДЛЯ ПЛАСТИКИ БУЛЛЁЗНО-ИЗМЕНЕННОГО УЧАСТКА ЛЁГКОГО

В. И. Никольский, С. Н. Логинов, Е. В. Титова, С. В. Фролов

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Причиной развития спонтанного пневмоторакса часто является буллёзная болезнь. Существует несколько методов лечения данного заболевания, например: атипичная резекция буллёзно-измененного участка лёгкого; пластика буллёзно-измененного участка лёгкого с помощью париетальной плевры. Атипичная резекция лёгкого представляет собой высоко травматичную манипуляцию с частыми осложнениями. Аутопластика париетальной плеврой после традиционной резекции булл уменьшает частоту рецидивирования спонтанного пневмоторакса, хотя манипуляция не менее травматична в связи с тем, что после выделения париетальной плевры остается большая раневая, кровоточащая поверхность.

Цель работы: Улучшить результат лечения больных с буллёзной эмфиземой лёгких, осложненной спонтанным, рецидивирующим пневмотораксом.

Из известных наиболее близким по технической сущности является способ лечения буллезной болезни осложненной спонтанным пневмотораксом, с использованием листа париетальной плевры предложенный И. С. Фунлоэр, Б. К. Жынжыровым. После традиционной резекции булл на рану-ложе удаленных булл накладывается выкроенный лоскут париетальной плевры большего размера и фиксируется П-образными швами на рану легкого, тем самым плевризуя эту раневую поверхность на легком после удаления булл. Этот лоскут также выполняет функции гемостаза и аэростаза.

Однако при пластике по способу И. С. Фунлоэр, Б. К. Жынжырову отмечен ряд недостатков. Использование париетальной плевры, крайне травматично, так как при выкраивании лоскута невозможно избежать кровотечения, так же формируется раневая поверхность в месте выкраиваемого лоскута на грудной клетке, что в свою очередь может привести к гнойным осложнениям, отторжению аутотрансплантата. Толщина париетальной плевры достаточно мала, составляет (±) 0,3 мм, при форсированном дыхании велика вероятность разрыва лоскута париетальной плевры, соответственно возникновению рецидива спонтанного пневмоторакса.

Техническим результатом предлагаемого способа является пластика буллёзно-измененного участка лёгкого ксеноперикардиальным лоскутом «Кардиоплант». За счет чего достигается повышение эффективности лечения за счет получения более устойчивого лечебного эффекта, сокращения числа осложнений, снижения числа рецидивов, снижения травматичности.

Предварительно проведенные экспериментальные исследования при помещении ксеноперикардильных лоскутов в плевральную полость кроликов

1) шероховатой стороной на лёгкое, гладкой стороной к париетальной плевре; 2) гладкой стороной к лёгкому, шероховатой стороной к плевре, выполненные на 5 кроликах самцах в течение 5 месяцев указали на следующее:

– соединение ксеноперикарда шероховатой стороной с париетальной плеврой было плотное (фиброз), а гладкой стороной к лёгкому соединения не было;

– соединение ксеноперикарда гладкой стороной к плевре – соединения не было, а шероховатая сторона была плотно сращена с тканью лёгкого;

– отсутствовала реакция отторжения во всех представленных образцах, воспалительная реакция со стороны окружающих тканей отсутствовала;

– ответная реакция организма заключалась не в прорастании ксеноперикарда соединительной тканью, а в формировании вокруг него мягкой фиброзной ткани;

– ни в одном из представленных образцов не присутствовали признаки инфекционного воспаления в окружающих тканях;

– ксеноперикард со временем сохранял свою структуру.

Таким образом считаем, что применение предлагаемого способа, включающего выполнение ксенопластики буллёзно-измененного участка лоскутом «Кардиоплант» у больных с буллёзной эмфиземой, осложненной спонтанным пневмотораксом, является высокоэффективным способом лечения. Применяемый ксеноперикардиальный лоскут не имеет тенденции к миграции и прорастанию соединительной тканью, следовательно не образуется шварт в месте соприкоснования ксеноперикардиальной пластины и париетальной плевры, соответственно сохраняется экскурсия лёгкого. Использование предлагаемого способа более доступно и безопасно, чем применение аналогичного метода пластики париетальной плеврой.

Библиографический список

1. Sahn, S. A. Spontaneous pneumothorax / S. A. Sahn, J. E. Heffner // The New England Journal of Medicine. – 2000. – URL: http://critical.onego.ru

2. Фунлоэр, И. С. Новый метод хирургического лечения буллезной болезни лёгких, осложненной спонтанным пневмотораксом / И. С. Фунлоэр, Б. К. Жынжыров // Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 7.

3. Изучение IN VIVO свойств ксеноперикарда, прошедшего различную обработку химико-ферментным методом / О. В. Калмин, Л. В. Живаева, А. А. Венедиктов, Д. В. Никишин, В. К. Фуки, М. Т. Генгин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – Т. 26. – № 2.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

В. И. Никольский, Е. В. Титова, Я. Е. Феоктистов

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель. Изучить качество жизни пациентов, перенесших протезирующую герниопластику с применением модифицированного ксеноперикарда через год и восемь лет после операции.

Материал и методы. Был разработан и внедрен в клиническую практику способ протезирующей герниопластики срединных вентральных грыж, заключающийся в формировании передних листков влагалищ прямых мышц живота и белой линии ксеноперикардиальной пластиной.

Качество жизни пациентов изучали с помощью модифицированного опросника EQ-5D-5L спустя один год и восемь лет после операции.

Отдаленные результаты герниопластики исследовали на основании контрольных осмотров и анкетирования пациентов по почте. В случае отказа пациентов от контрольных осмотров, смены места жительства и номера контактного телефона пациентов исключали из исследования. Отдаленные результаты прослежены у 23 пациента (53,4 %).

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакетов программного обеспечения Statistica 6.0 StatSoft (StatSoft, Inc.Tulsa USA) и SPSS версии 21 (SPSS, Chicago, IL, USA). Все данные методом случайной выборки были распределены на II группы: соответственно, данные о качестве жизни спустя один год (I группа) и восемь лет (II группа), в лечении которых применяли разработанный способ герниопластики (43 пациента). Для сравнения полученных результатов между группами высчитывали среднеарифметическое значение ($M = \Sigma/n$), стандартное отклонение от генеральной совокупности (SD). Средние величины представлены в виде M±SD. Оценку значимости различий между двумя группами проводили с помощью критерия Стьюдента. Критический уровень значимости был взят за 0,05.

Результаты. При статистической оценке результатов анкетирования пациентов с помощью модифицированного опросника по здоровью EQ-5D-5L спустя восемь лет были выявлены достоверные различия по параметру «наличие боли/дискомфорта, чувства инородного тела в зоне операции». В I группе 12 пациентов (37,5 %) не отмечали боли в зоне операции, 16 пациентов (50,0 %) отмечали небольшую боль в месте проведения операции, четверых пациентов (12,5 %) беспокоила умеренная боль, ощущение инородного тела в зоне операции.

Спустя 8 лет после операции данные анкетирования II группы показали, что 17 пациентов (73,9 % $p = 0,01$) не ощущали дискомфорта в зоне операции, в то же время 4 пациентов (17,3 % $p = 0,015$) отмечали небольшую боль в месте проведения операции и лишь двое пациентов (8,7 % $p = 0,04$) охарактери-

зовали свое состояние как «умеренная боль, ощущение инородного тела в зоне операции».

По показателям «подвижность», «возможность ухода за собой», «способность выполнять привычную повседневную деятельность», «наличие тревоги/депрессии» разница между группами статистически не значима.

Оценка пациентами своего самочувствия по визуально-аналоговой шкале показала, что спустя 8 лет, оперированные по разработанной методике, оценивали свое качество жизни та же как и через год после операции (разница статистически не значима ($p > 0,05$)).

Заключение. Проведенное исследование подтвердило, что применение разработанного способа герниопластики срединных вентральных грыж достоверно снижает частоту возникновения у пациентов чувства боли, ощущения инородного тела в месте операции, тем самым улучшая их физическое и эмоциональное самочувствие.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Е. М. Новиков, Е. С. Соболев, А. Н. Булатников

ФГБОУ РМАНПО Минздрава России,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии»
Департамента здравоохранения города Москвы,
г. Москва

Развитие и внедрение в медицинскую практику инновационных технологий, в частности, методов терапии, основанных на использовании информационных аналогов обычных аллопатических средств, получаемых с помощью крайне высокочастотных излучений (КВЧ), позволило получить волновые аналоги ряда препаратов. В течение ряда лет на значительном клиническом материале (больные, зависимые от ПАВ) нами были созданы и применены на практике волновые информационные аналоги таких препаратов, как гептрал, лидокаин гидрохлорид, налтрексон гидрхлорид, инертный газ ксенон. Для получения волновых информационных аналогов технологически в качестве генератора КВЧ излучения был использован аппарат «Стелла-1» (регистрационный номер 42/97-436-0459 от 20 ноября 1997 г.), а в качестве информационного носителя мы использовали устройство на основе диода Ганна, предложенное Кожемякиным А. М., Брандтом И. Л., Михайловым В. И., патент № 2141304 от 20.09.1999 г.

Выбор информационных аналогов носил не случайный характер, а диктовался практической необходимостью воздействия на основные звенья болезни. При этом мы исходили исключительно из выверенных современных данных о механизмах формирования зависимости от ПАВ, и той патологии,

которая им сопутствовала. В контексте сказанного, наше внимание привлёк препарат – блокатор опийных рецепторов налтрексон гидрохлорид «Ревиа», который по данным ряда исследователей значительно улучшает качество ремиссий, больных зависимых от психоактивных веществ. В процессе исследования волнового аналога «Ревиа» у больных с зависимостью к ПАВ были изучены две группы больных – больные с алкоголизмом и больные с героиновой наркоманией. В данной публикации представлены результаты лечения больных только с алкогольной зависимостью. Среди исследуемых больных – 76 человек преобладали лица со 2 ст. заболевания в возрасте от 25 до 38 лет, с длительностью заболевания от 7 до 12 лет без грубых психических и соматоневрологических расстройств. Изучение эффектов волнового информационного аналога «Ревиа» проводилось в амбулаторных условиях, в состоянии ремиссий методом наложения носителя информации на биологически активные точки P_1, VG_{14}, используемые в рефлексотерапии. Исследовательский интерес вызвали его эффекты при актуализации патологического влечения. Патологическое влечение к алкоголю (ПВА), как синдром, рассматривался с клинических позиций с учетом наличия в его структуре пяти компонентов: аффективного, вегетативного, поведенческого, идеаторного и сенсорного. В подавляющем большинстве наблюдений у 64 больных (84 %) патологическое влечение к алкоголю проявлялось аффективно-вегетативными расстройствами в виде чрезмерной раздражительности, эмоциональной лабильности, сниженного фона настроения, тревоги, в более тяжелых случаях в виде дисфорий и клинически очерченных депрессий, мало отличимых от эндогенных. Эти состояния больные расценивали, как состояния психического дискомфорта, которое крайне тяготило их. В процессе терапии скорость редукции болезненных проявлений зависела от их выраженности. Так у 62 больных уже спустя 10-15 минут исчезала раздражительность, эмоциональная лабильность, сниженный фон настроения выравнивался. При этом больные становились контактными, довольно объективно оценивали и свое состояние, и возникающие те или иные ситуации. Что касается вегетативных проявлений в структуре (ПВА), то они, как правило, сосуществовали с аффективными расстройствами и так же быстро редуцировались. Несколько медленнее, и не всегда в полной мере, происходил регресс тяжело протекающих дисфорий и клинически очерченных с эндогенным компонентом депрессий. Касаясь эффектов волнового аналога «Ревиа» на поведенческий и идеаторный компоненты патологического влечения к ПАВ, следует отметить его высокую эффективность, у 73 больных (96 %) полученные результаты свидетельствовали о значительной положительной динамике. Так больные без каких-либо наводящих вопросов об их психическом состоянии заявляли, что «мысли об алкоголе куда-то исчезают, словно растворяются», а «голова наполняется другим, более важным, нужным, полезным». Следует отметить, что при этом менялось и отношение к болезни, довольно критически оценивались ее последствия, а также собственное поведение в периоды обострения заболевания. Заметно меня-

лось и поведение, исчезала суетливость, рассеянность, гиперактивность, общая взбудораженность, моторика приобретала осмысленность, движения становились целенаправленными, гармоничными. В работе появлялась продуктивность и законченность. Больные переставали пессимистично и негативно воспринимать информацию о проводимом лечении. Кроме того уже после первого сеанса заметно улучшался сон, особенно фаза засыпания, пропадали кошмарные сновидения, а также сновидения с алкогольной тематикой. Следует подчеркнуть, что у подавляющего большинства больных – 65 человек, появлялся позитивный настрой на лечение, уверенность в своих силах, твердая убежденность в положительном результате проводимого лечения. Подавляющее большинство больных заявляло, что в процессе терапии у них повышался жизненный тонус, появлялась физическая и умственная активность, желание продуктивно работать.

Таким образом, применение информационно-волнового аналога налтрексона гидрохлорида «Ревиа» в лечебно-реабилитационном процессе больных зависимых от ПАВ свидетельствует о сохранении аналогом основных лечебных эффектов оригинала. Вместе с тем эффекты информационно-волнового аналога по времени проявляются достаточно быстро, оказывают более эффективное и выраженное влияние на психическое состояние в виде седативного, психогармонизирующего и упорядочивающего поведения действия. Кроме того, сама методика проста в применении и экономически доступна.

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Е. А. Олюшина, О. А. Санникова, А. С. Киселева

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

При эпидемиологических исследованиях состояния питания и здоровья различных групп населения целесообразным представляется оценка пищевого статуса, особая важность в формировании которого принадлежит характеру питания (Конь И. Я., 2009; Боровик Т. Э., 2011; Вагайцева Е. А., 2013). Оценка пищевого статуса индивида или коллектива с выявлением нарушений в состоянии питания и отклонений показателей здоровья в условиях воздействия комплекса факторов среды обитания является важным этапом первичной профилактики и оздоровления.

Цель работы – гигиеническая оценка состояния питания студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Объект исследования – 372 студента 2–5 курсов Нижегородской государственной медицинской академии (106 юношей, 266 девушек). Проведены антропометрические измерения длины тела, массы

тела с последующим расчетом индекса массы тела, а также измерения окружностей талии, бедер, толщины кожно-жировых складок в стандартных точках по схеме Я. Паржизковой (1977). Также определяли компонентный состав тела методом биоэлектрического импеданса с помощью анализатора водных секторов организма АВС-01 «Медасс». Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statgraphics Plus 5.1. Для определения силы и направления связей между признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования. На основании результатов антропометрического исследования и оценки компонентного состава тела выявили следующие особенности морфологических показателей пищевого статуса студентов: нормальное содержание жировой массы отмечено у 74,2 % обследованных. Представительство студентов с превышением данного компонента массы тела составило 13,7 %, из которых доля девушек – 8,2 %, юношей – 19,4 %. Недостаточное содержание жировой массы тела отмечено у 12,1 % студентов (15,3 % девушек и 8,7 % юношей).

Содержание других компонентов тела, к которым относятся активная клеточная масса, скелетно-мышечная масса, общая вода, у подавляющего большинства обследованных находится в пределах нормы.

Корреляционный анализ выявил прямую сильную связь между показателями рассчитанного индекса массы тела и долей жировой массы ($r = 0,82$, $p = 0,0000$).

Установили структуру пищевого статуса студентов медицинского вуза, используя критерии ВОЗ по оценке индекса массы тела. 70,9 % обследованных студентов имеют нормальный пищевой статус. Признаки избыточного питания выявлены у 16,3 % студентов, среди которых выше доля юношей (24,5 % против 12,8 % девушек). При этом доля обследованных с избыточной массой тела – 11,9 %, ожирение I степени выявлено у 3,3 %, II степени – у 1,07 %.

Недостаточный пищевой статус отмечен у 12,8 % студентов, из которых доля девушек в 2 раза больше, чем юношей (17,0 и 8,5 % соответственно). Среди них у 2,7 % отмечена недостаточность массы тела II степени и у 0,4 % – III степени.

Заключение. На основе анализа отдельных антропометрических параметров и результатов биоимпедансного исследования выявили структуру нарушений состояния питания студенческого коллектива медицинского вуза.

Нормальное состояние питания отмечено у 70,9 % обследуемых.

Среди студентов с отклонениями в состоянии питания в связи с характерными особенностями их образа жизни (недостаток сна, гиподинамия), нарушениями качественной и количественной составляющих рационов и режима питания (недостаточное потребление полноценных белков, растительных жиров, сложных углеводов, витаминов, минералов, минорных компонентов; перекусы, отсутствие возможности полноценного приема пищи),

эмоциональным фоном (частые стрессы), преобладают лица с избыточным пищевым статусом – 16,3 % студентов, из которых почти в 2 раза больше юношей. Данное нарушение пищевого статуса обусловлено как особенностями малоподвижного образа жизни студентов, недостатком физической активности, так и нарушением их питания: предпочтение высококалорийных продуктов, бедных по содержанию эссенциальных нутриентов, продуктов быстрого приготовления, сдвиг приема пищи на позднее время, калорийный ужин.

Недостаточность питания выявлена у 12,8 % студентов, среди которых превалируют девушки, что, вероятно, связано с психофизиологическими аспектами, а именно соблюдением диеты с целью стремления соответствовать стереотипам красоты и стройности.

Таким образом, можно рекомендовать следующие способы оптимизации состояния питания студентов: введение в регламент всех студентов обеденного перерыва; организация качественного и сбалансированного питания; увеличение ассортимента продуктов и блюд, реализуемых на предприятиях общественного питания при вузах с учетом состояния здоровья студентов; оптимизация двигательной активности; проведение разъяснительной работы по вопросам важности и необходимости соблюдения в повседневной жизни принципов рационального питания и рекомендаций специалистов по выбору пищевых продуктов представителями данной категории населения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

Е. В. Орешников, Э. Н. Васильева, Т. Г. Денисова, Т. С. Лялина

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», г. Чебоксары

В мире проведение региональной анестезии получило широкое распространение при родовспоможении, так как при этом уменьшается риск материнской смертности, создаются оптимальные условия для плода, удовлетворяются социальные требования со стороны матерей, которые хотят «присутствовать» в процессе операции.

С целью объективной оценки данного метода нами проведен статистический анализ собственного материала за 2009–2015 гг.

Материал и методы. Анализ эффектов ЭА при кесаревом сечении проведен в рандомизированной выборке из 102 женщин.

Методика проведения анестезии. Вначале объясняли пациентке суть процедуры, получали ее согласие. Затем осматривали спину, верхние дыхательные пути для исключения проблем при интубации, устанавливали кубитальный внутривенный катетер и начинали в/в инфузию 0,9 % раствора

NaCl. В асептических условиях, в избранном межпозвонковом промежутке инфильтрировали 0,5–1 % р-ром лидокаина кожу и подкожную клетчатку. Для исключения субарахноидального или внутрисосудистого расположения катетера вводили тест-дозу: 2 мл 1–2 % р-ра лидокаина, контролировали основные витальные показатели матери и частоту сердечных сокращений плода. Введение местного анестетика осуществляли медленно, дробно, по 2–3 мл, с интервалами по 30–60 с до достижения расчетной дозы. Оценку болевого синдрома проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Мониторирование витальных функций осуществляли ежеминутно в первые 5 мин, затем – каждые 5 мин в течение 20 мин и, наконец, каждые 15 мин. Через 20 мин после первого введения определяли уровень блока с обеих сторон, чтобы убедиться в достижении адекватного двустороннего уровня (~T10). После этого роженицам эпидурально вводили по 25–50 мкг фентанила в 5–10 мл 0,9 % NaCl. Если получали двусторонний, но не симметричный блок с неадекватной анестезией одной из сторон (например, до T12), вводили 5–10 мл 0,05–-0,15 % р-ра ропивакаина в положении пациентки на боку с недостаточным уровнем анестезии. Затем использовали повторное введение по 5–10 мл 0,05–0,15 % ропивакаина, обеспечивающее блок до уровня T10, при возникновении болей. При отборе пациенток для проведения ЭА мы придерживались рекомендаций Всемирной Федерации Обществ анестезиологов. Статистическую обработку данных проводили методами параметрической и непараметрической статистики, для сравнения результатов в исследуемых группах использовали критерии Стьюдента, Вилкоксона, Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни.

Результаты. В основной группе и группе сравнения мы сгруппировали рожениц с различными диагнозами по основным направлениям в тактике ведения беременности и родов (табл. 1, 2).

Таблица 1

Распределение способов родоразрешения в изучаемых группах

Анализируемые группы	Метод обезболивания	Общее количество рожениц	Кесарево сечение	Роды
1. Тяжелые формы преэклампсии	ЭА	34	26	8
	Без ЭА	33	29	4
2. Экстрагенитальная патология	ЭА	39	15	24
	Без ЭА	40	20	20
3. Практически здоровые женщины	ЭА	29	5	24
	Без ЭА	29	10	19

Эпидуральная анальгезия является эффективным, безопасным и достаточно физиологичным методом обезболивания при кесаревом сечении этот метод обеспечивает достоверно более раннюю двигательную активность

в послеоперационном периоде, раннее прикладывание к груди (на операционном столе – до окончания операции), лучшие показатели гемограммы, сопровождается меньшей периоперационной кровопотерей.

Таблица 2

Анализируемые показатели при оперативных родах

Анализируемые группы	Метод обезболивания	Длительность операции, мин	Кровопотеря, мл	Некоторые параметры гемограммы на следующий день после оперативных родов					Период от окончания операции до вставания с постели, ч	Период до прикладывания к груди, ч	Оценка по шкале Апгар, баллы	
				Hb, г/л	Er, $*10^{12}$/л	СОЭ, мм/час	Le, $*10^{9}$/л	Tr, $*10^{9}$/л			на 1 мин	на 5 мин
Тяжелые формы преэклампсии	ЭА	37±5	410±12	115±5	3,7± 0,3	35±3	10,1± 0,3	180± 12	25±2	5±1	6,6± 0,4	8,9±0,4
	без ЭА	39±4	415±14	112±4	3,5± 0,3	35±4	11,1± 0,5	150±5	36±3	26±4	6,2± 0,3	8,5± 0,3
Экстрагенитальная патология	ЭА	36±4	411±16	115±3	3,7± 0,2	37±3	11,2± 0,4	215±4	23±2	2±0,5	7,0± 0,5	8,6± 0,4
	без ЭА	38±6	413±15	114±4	3,5± 0,4	34±4	12,0± 0,6	205±6	28±3	13±2	6,5± 0,5	8,1± 0,5
Практически здоровые женщины	ЭА	34±6	400±12	116±5	3,8± 0,4	36±3	11,8± 0,5	210±8	15±1	2±0,4	7,4± 0,4	9,3± 0,3
	без ЭА	37±7	405±14	114±6	3,8± 0,5	38±4	11,6± 0,4	205±7	18±0,5	12±5	6,8± 0,6	8,8± 0,6

При использовании в оперативных родах эпидуральной анальгезии новорожденные имеют достоверно лучшие витальные показатели.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Д. В. Осинькин, В. Н. Маринчев, В. Г. Васильков

ПИУВ – ФГБОУ ДПО РМАНПО 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 первично? 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, проведённых 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, SpO_2, концентрация CO_2 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.

Материал частично должен на 13 конгрессе «Евроанестезия, 2013», Барселона.

ТЕРМОЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОХЛАЖДЕНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ

К. О. Осипов[1], А. И. Сафронов[2]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный технологический университет»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Локальная абдоминальная гипотермия занимает особое место в интенсивной терапии тяжелого течения разлитого гнойного перитонита. 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; Усенко Л. В. и соавт., 2009; Шевелёв О. А. и соавт., 2010). Локальная абдоминальная гипотермия 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 причина, 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. 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 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 процессе исследования была разработана принципиальная схема аппарата, выработаны требования к конструкции, учитывающие безопасность для больного, уровень мониторинга температурных режимов, получен патент на полезную модель.

ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Е. В. Осипова[1], Л. В. Мельникова[1], Л. В. Куршева[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 5», г. Пенза

Цель исследования: изучение параметров внутрипочечной гемодинамики в зависимости от группы риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Материалы и методы. Обследовано 117 больных артериальной гипертензией (53 мужчины и 64 женщины, средний возраст 40,6 ± 8,4 лет).

Критерий включения: эссенциальная артериальная гипертензия 1–3 степени (установленная согласно Национальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2015).

Критерии исключения: неудовлетворительная ультразвуковая визуализация почечных артерий, нарушения сердечного ритма, острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения.

Пациенты были разделены на четыре группы согласно критериям стратификации риска Национальных клинических рекомендаций по артериальной гипертензии (2015). К первой группе относились больные с низким риском (16 человек, из них 7 мужчин и 9 женщин, средний возраст 38,8±7,1 лет), во вторую группу – со средним (47 человек, из них 22 мужчины, 25 женщин, средний возраст 43,9±6,5 лет), к третьей – с высоким (37 человек, из них 17 мужчин, 20 женщин, средний возраст 43,1±8,1 лет) и к четвертой – с очень высоким риском ССО (17 человек, из них 7 мужчин, 10 женщин, средний возраст 46,1±5,3 лет). По возрасту и полу достоверных различий между группами выявлено не было.

Измерение артериального давления в плечевой артерии производилось в положении лежа на правой руке по стандартной методике непосредственно перед началом ультразвукового исследования после 15-минутного отдыха пациента и в течение первой минуты после перехода его из горизонтального положения в вертикальное.

Дуплексное сканирование почечных артерий выполнялось на аппарате Vivid 7 Dimension (США), в одинаковое время суток. Перед проведением исследования пациент в течение 15 мин находился в положении лежа. С целью изучения внутрипочечного кровотока определялся допплерографический спектр кровотока междолевой артерии верхнего полюса правой почки. Анализировались: индекс резистентности (RI), время ускорения (AT).

Результаты исследования. При анализе полученных данных выяснилось, что наблюдается увеличение индекса резистентности по мере возрастания группы риска сердечно-сосудистых осложнений. Так, в группе с очень высоким риском ССО RI – 0,61±0,06 был достоверно выше, чем в группе с низким 0,54±0,05, умеренным 0,52±0,05 и высоким риском – 0,57±0,05 ($p < 0,05$ при сравнении четвёртой со всеми остальными группами). Также, значимый рост величины RI наблюдался в третьей группе по сравнению с группой низкого и умеренного риска ССО ($p < 0,05$ при сравнении третьей с 1 и 2 группами). Существенных различий в величинах индекса резистентности между группами низкого и среднего риска ССО обнаружено не было ($p > 0,05$).

Значения времени ускорения кровотока в группе очень высокого риска оказались существенно выше 131,3±50,2 мсек по сравнению с первой – 99,2±10,1 мсек и второй – 101,4±30,4 мсек группами ($p < 0,05$ при сравнении четвёртой с 1 и 2 группами); также более высокими показателями AT характеризовалась группа высокого риска 123,2±26,7 мсек в отличие от первой группы ($p = 0,0013$). Значимых различий в значениях времени ускорения кровотока между группами низкого и умеренного, умеренного и высокого, высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений выявлено не было ($p > 0,05$).

Вывод. У больных эссенциальной гипертензией в группе с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений наблюдалось достоверное увеличение значений индекса резистентности и величин времени ускорения внутрипочечного кровотока по сравнению с группами низкого и умеренного риска ССО.

СТЯГИВАЮЩИЕ ПАЛЬЦЫ И ЛАДОНЬ РУБЦЫ ИЛИ КОНТРАКТУРА ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА (КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА) – ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

А. П. Панифёдова, В. В. Марков

ГБУЗ «Городская поликлиника», г. Пенза

Чаще всего причина появления сморщивания кожи ладони в плотные тяжи-рубцы с последующим сведением 5 и 4 пальцев кисти является хроническая травма ладони. При осмотре на ладони наблюдаются плотные рубцы (тяжи), спаянные с апоневрозом и сухожилиями сгибателей пальцев, значительное ограничение функции кисти, вплоть до инвалидности. Чем раньше начать физиотерапевтическое лечение, тем быстрее появится положительный эффект, тем больше шансов на полное выздоровление.

Чаще всего при этом заболнвании назначаются разволокняющие средства (мазь контрактубекс). Домашнее лечение отодвигает сроки начала курса физиотерапии. Физиотерапевтическое лечение же начинают с процедур электрофореза лекарственных средств.

По нашим наблюдениям физиолечение начинать необходимо с первых дней обнаружения уплотнений кожи ладони и проводить более интенсивную физиотерапию в сочетании с курортными факторами.

В частности: теплолечение в виде грязевых препаратов, озокерита-парафина с последующим ЛФК, стараясь при этом сильно не охлаждать кисть, сохранять тепло. Затем массаж и ультрафонофорез с лидазой и гидрокортизоновой мази. Через 8 часов, дома сделать ванночку при *t* 38–40 °С. Во время приема ванночки необходимо проделать лечебные упражнения и самомассаж кисти, стараясь размять плотные тяжи, растянуть сморщенную кожу и разогнуть согнутые пальцы. И только тпосле этого использовать втирание рассасывающих мазей (контрактубекс). Контрактубекс и лидаза дают ощутимый эффект.

Не стоит забывать и про улучшение проводимости по нервному волокну. Для этого необходимо использолвать дарсонваль-терапию, электрофорезы соответствующих лекарственных средств. На втором этапе можно использовать магнитотерапию, в частности от аппарата «АЛМАГ» для улучшения условия питания тканей кисти для улучшения крово-лифообращения, а также лазеротерапию.

АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОМ ЗМЕЙ И ПАУКОВ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ

О. Е. Пескова, И. В. Пугачева, Р. И. Кувакова

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

В Пензенской области единственно ядовитой змеей является гадюка степная обыкновенная. Чем раньше наступают жаркие дни, тем раньше появляются пострадавшие от укусов змей. Количество случаев отравлений змеиным ядом с 2000 г. постоянно увеличивается. В 2016 г. за медицинской помощью обратились 33 пациента, пострадавших от укусов змей

Змеиный яд сложный комплекс веществ – альбумины, глобулины, пептоны, ферменты, неорганические соли, хлориды. Яд разрушает стенки тонких кровеносных сосудов, растворяет белки, эритроциты, образуя тромбы. Возникают местные реакции (боль, отек, кровоизлияния, пузыри, отек) в результате поражения и гибели тканей в месте укуса и общие симптомы (головокружение, слабость, тошнота, рвота,потливость, одышка, гипотония, тахикардия, возбуждение, судороги, диарея, боли животе, потеря сознания) в результате резорбтивного действия яда. Развитие шока наиболее угрожающий патологический процесс.

По степени тяжести распределение поступивших больных на следующие группы легкая 23 % больных,тяжелая 11 %, самая большая группа со средней степенью тяжести 66 % от общего количества больных. Прием алкоголя утяжеляет степень тяжести, так как обладает сосудорасширяющим эффектом и яд быстрее распространяется по организму. В группе пациентов 2016 г., которых было 33 наблюдалось 3 случая экзотоксического шока, 5 случаев лимфангоита и лимфаденита, 1 случай флеботромбоза.

Основные принципы лечения: 1) восстановление объема циркулирующей крови, ее свертывваемости и осмотического давления; 2) купирование тромбогеморрагического синдрома; 3) восстановление микроциркуляции.

Введение специфической противозмеиной сыворотки при лечении данных отравлений за все время работы токсикологического центра не проводилось.

Не менее актуальной проблемой становятся укусы ядовитых пауков. С 2012 г. в связи с жаркой погодой в нашем регионе выросла активность ядовитых членистоногих, особенно следует опасаться желтосумного колющего паука.

Яд данного насекомого не представляет опасности для жизни человека, но его укусы весьма болезненны. Боль сравнивают с болью от прокола гвоздем, держится она от 12 до 24 ч после укуса и «горит как после ожога». В месте укуса различимы 2 прокола кожи на расстоянии 2–3 мм, имеется отек, локальная гиперемия. Может быть слабость, вялость. Состав яда – полипептидный токсин, который вызывает сокращение гладкой мускулатуры за счет

усиления входа в миоплазму кальция, как это происходит при действии гистамина, брадикинина. Первый пациент, пострадавший от укуса паука, обратился за медицинской помощью в августе 2012 г., всего за период с 2012–2016 гг. обратилось 11 человек. В лечении применялись анальгетики, антигистаминные, гормоны, иногда антибактериальная терапия, местно холод.

Защита от укусов – не прихлопывать на себе паука, так как он кусает только при самообороне, насекомого нужно просто смахнуть.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ МУЖСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Е. В. Петрова[1], Е. В. Хрусталева[1], О. А. Петров[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Городская поликлиника», г. Пенза

Если раньше основной причиной сексуальных дисфункций у мужчин считали проблемы психогенного характера, то на сегодняшний день установлено, что нарушения в половой сфере, в частности, эректильная дисфункция (ЭД) в большей степени имеет органическую и смешанную природу. При этом сопутствующие тревога и депрессия отягощают течение как сексуальных, так и соматических нарушений.

Клинические исследования указывают на тесную связь ЭД с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По данным F.A. Giuliano (2004), ЭД выявляется почти у 70 % гипертензивных мужчин, при этом тяжелая степень ЭД обнаруживается у 45,2 % мужчин с артериальной гипертензией (АГ) против 10 % в общей популяции. Важнейшим патогенетическим звеном как АГ, так и ЭД является дисфункция эндотелия и недостаточная продукция им оксида азота (NO) – основного модератора системного и органного кровотока. Повышенное артериальное давление приводит к нарушению эндотелиально-зависимой вазодилатации с последующим структурным ремоделированием, развитием атеросклероза и стенозом кровеносных сосудов, обеспечивающих кровоток во время эрекции. Утяжелению эндотелиальной дисфункции и возникновению ЭД также способствует хроническое сосудистое воспаление. Повышенные уровни воспалительных маркеров и медиаторов (С-реактивный белок, молекула межклеточной адгезии 1 типа, интерлейкин 6 (IL-6), IL-10, IL-1β, фактор некроза опухолей α) и эндотелиальных / протромботических факторов (фактор фон Виллебранда, тканевой активатор плазминогена, ингибитор активатора плазминогена – 1, фибриноген) отмечены у больных с ЭД.

Доказано, что ЭД является ранним маркером или предшественником сердечно-сосудистых заболеваний. В своих работах Montorsi P. и соавт. показали, что в большинстве случаев ЭД предшествует развитию острого коронарного синдрома и стенокардии напряжения. Причем интервал между этими

событиями в среднем составляет 12–36 месяцев. Это объясняется тем, что диаметр пенильных артерий в 2–3 раза меньше коронарных сосудов и в 3–4 раза – сонных артерий, а потому клинические проявления эндотелиальной дисфункции или атеросклеротическое поражение сосудов полового члена становятся очевидными гораздо раньше, чем те же патологические нарушения в более крупных коронарных или периферических сосудах.

Еще одним важным патогенетическим звеном ассоциированной патологии является низкий уровень андрогенов (гипогонадизм). На сегодняшний день обнаружено, что тестостерон и его активные метаболиты не только контролируют адекватное сексуальное функционирование, но и определяют риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и сердечно-сосудистой смертности. Тестостерон оказывает вазо- и кардиопротективное действие через NO, влияния на эндотелий и маркеры воспаления, а его дефицит проявляется нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы в виде плохо корректируемой стандартными гипотензивными препаратами артериальной гипертензии, ухудшения метаболизма липидов и углеводов, прогрессированием атеросклеротического ремоделирования сосудов. К тому же недостаток андрогенов способствует снижению психофизической активности и либидо, углублению ЭД и психоэмоциональных расстройств – тревоги и депрессии, что соответствует лабораторным показателям общего тестостерона (Тобщ) на уровне 15 нмоль/л и ниже. Международное общество по сексуальным расстройствам и Американская Ассоциация сексуальной медицины настоятельно рекомендовала определять уровень Т общ у пациентов с ЭД и/или сниженным либидо.

Сопутствующие депрессивные расстройства существенно снижают приверженность к соматической терапии. Такие пациенты не соблюдают режим лечения, реже придерживаются здорового образа жизни в отношении диеты, отказа от курения, увеличения физической активности, ограничения приема алкоголя. В Европейских и Российских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний депрессия и тревога рассматриваются как значимые препятствия в модификации образа жизни пациентов в желаемом направлении, требующие проведения психокоррекционной работы.

Следует помнить, что отрицательную роль в развитии ЭД играют и сами лекарственные препараты – неселективные β-адреноблокаторы, тиазидные диуретики, а также психотропные средства - антидепрессанты и транквилизаторы. Признаками медикаментозно-индуцированной ЭД являются относительно быстрое развитие, наличие временной связи возникновения с приемом лекарственного средства, а также уменьшение выраженности расстройства или полное его исчезновение после отмены препарата. Именно поэтому пациенты с кардиоваскулярной патологией нуждаются в назначении как адекватной гипотензивной терапии с применением ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА), так и в психотропной коррекции атипичными антидепрессантами, например,

бупропионом – селективным ингибитором обратного захвата норадреналина и дофамина, тразодоном – антагонистом серотониновых рецепторов 5-HT2A/2C, агомелатином – агонистом мелатонинергических рецепторов MT_1 и MT_2. Перечисленные выше препараты, не только не вызывают ухудшения эректильной функции, но и оказывают положительное действие на неё.

КЛИНИКО-ФОРМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНЫХ ДИСГАРМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Е. В. Петрова[1], Е. А. Абрамичева[2], М. Г. Сарайкина[2], И. В. Рыжова[2], Е. В. Хрусталева[1]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2] ФКУЗ МСЧ МВД России по Пензенской области, г. Пенза

Важными показателями качества жизни человека является благополучие и устойчивость в сфере семейных и интимных отношений. Наличие семейной и сексуальной дисгармоний затрудняет реализацию позитивной жизненной программы, осознание себя как полноценного члена общества, отрицательно влияет на душевное равновесие и работоспособность, способствует возникновению и углублению невротических расстройств, приводит к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами, а также асоциальному поведению.

Известно, что лица, находившиеся в экстремальных военных действий, подвергающиеся ряду болезненных воздействий на психику, а именно: опасность смерти, или тяжелого увечья, необходимость выполнять долг, несмотря на тяжелые психологические переживания (смерть или увечье сослуживцев, окружающих, мирных жителей), и экстремальные условия существования (отдаленность от близких, разлука с семьей, невозможность осуществлять близкие, интимные отношения с супругой или возлюбленной), иные территориальные климатические условия, требующие дополнительных включений резервных сил организма налагающие серьезные трудности для функционирования в необходимом оптимальном режиме физической, социальной, психологической, сексуальной сферы военнослужащего.

Целью настоящего исследования было изучение клинико-формирующих факторов развития семейных дисгармоний у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

Группы больных и методы. Нами было исследовано 47 больных, все мужчины от 21 до 37 лет, военнослужащие, находящиеся на лечении в условиях госпиталя МВД с диагнозом ПТСР. Помимо клинико-психопатологического исследования проводилось психологическое изучение личностных особенностей пациента с использованием метода МИЛ (MMPI), уровня тревоги и депрессии с помощью шкалы (HADS).

Нами было показано, что у 52 % больных с ПТСР были обнаружены дисгармоничные семейные отношения. Анализ личностных особенностей у 25 % больных позволил выявить легкую акцентуацию характера с преобладанием возбудимости, ригидности, эмоциональной лабильности. У подавляющего большинства (75 %) определялись лишь специфические личностные особенности с повышением по первой, второй, седьмой шкалам выше 75 % т-баллов и снижением по 9-й шкале в соответствии с MMPI, что говорило о преобладании тревоги, беспокойства, озабоченности собственным здоровьем.

Пациенты наряду с типичными жалобами характерными для ПТСР, а именно: «тревожные сны, воспоминания о боевых действиях, подавленность, упадок сил», говорили о нежелании поддерживать длительные стабильные семейные или сексуальные взаимоотношения, не переживали о возможном распаде семьи, предполагали о возможности дальнейших свободных взаимоотношениях с сексуальными партнерами. У ряда пациентов наблюдалась повышенная раздражительность, склонность к импульсивным вспышкам гнева, что приводило к серьезным семейным конфликтам. К этой группе относилось максимальный процент разводов (до 30 %), неустойчивое отношение в так называемых «гражданских браках», где не соблюдались взаимообязательства и ответственность (53 %).

Заключение. Таким образом у больных с ПТСР часто наблюдаются семейная и сексуальная дисгармония, что ведет к нарушению их социально-психологической адаптации и увеличивает риск развития конфликтного и адиктивного поведения. Учитывая, что мы регистрируем данные расстройства стандартными, установленными методиками, которые являются лишь косвенным отражением состояния семейно-сексуальной сферы, следует применять более тонкие сексолого-психологические тесты для раннего выявления и профилактики семейных дисгармоний у этого контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО, БЕЛКОВОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

И. С. Попова[2], М. Ф. Купцова[1], В. Г. Васильков[1], А. В. Аракчеев[2], А. В. Бикташева[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Введение. 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. Несмотря на успехи в лечении больных с ТСТ, летальность оста-

ется высокой, варьирует от 30 до 85 % (Ярошецкий А. И. с соавт., 2007). Во многом это обусловлено масштабом разрушения тканей, объем и длительностью кровотечения, тяжестью и продолжительностью течения травматического шока (Габдулхаков Р. М. с соавт., 2009).

Любая патология, а тем более острая, затрагивает в своем патогенезе практически весь организм, все звенья регуляции (от общих управляющих систем до клетки). Причиной такой реакции организма и, следовательно, повреждений «нетравмированных» внутренних органов является гиперкатехоламинемия, гипоксия, активация свободно-радикального окисления, ПОЛ, эндотоксикоз, ДВС-синдром и сложнейшие метаболические расстройства синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма и белково-энергетическая недостаточность тяжёлым нарушениям метаболизма в виде синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма.

В последние годы сложилось представление о том, что в условиях критических состояний, 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, холестерина (ХС), сывороточной концентрации липопротеинов (ЛПВП ЛПНП), триглицеридов (ТГ) в развитии генерализации системного воспаления, связывании и нейтрализации бактериальных токсинов (Щербакова Л. Н. и соавт., 2008; Grion C. M.C.et al., 2010).

Цель работы: выявить закономерности расстройств липидного, углеводного и белкового обмена у пациентов с сочетанной травмой в процессе интенсивной терапии для прогнозирования течения травмы.

Материал и методы. В исследование было включено 172 пациента с тяжелой сочетанной травмой, тяжестью по шкале APACHE II более 17 баллов, 109 выживших пациентов (1 группа) и 63 умерших пациента (2 группа), в возрасте от 20 до 75 лет, 98 мужчин (56 %) и 74 (43 %) женщин. Средний возраст пациентов составил 47,7±11 лет.

В процессе интенсивной терапии (1, 3, 5, 7 и 10-е сутки) проведено исследование: показателей липидного (ХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП), углеводного (уровень гликемии крови), и белкового обменов (общий белок крови, альбумин, мочевина и креатинин крови, суточные потери азота, азотистый баланс).

Результаты и их обсуждение. Индекс массы тела при поступлении в стационар составил в первой группе 25,5±2,4 кг/м^2, во второй группе 25,02±2,2 кг/м^2. (норма 20 – 25,9 кг/м^2 в возрасте 25 до 72 лет).

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). Висцеральный пул белка характеризовался гипопротеинемией (общий белок составлял 58±2,8 г/л, альбумин – 30±3,4 г/л).

В первой группе катаболизм легкой степени тяжести (до 7±2,6 г/сут.) на 3 сутки был выявлен, только у 8 % пострадавших, у 73 % пациентов катаболизм достигал средних значений (13,1±4,4 г/сут). Средние потери азота составили 10,1±3,4 г/сут.

Во 2-й группе уровень катаболизма к 3–5 сут. был тяжелой степени, потери суточного азота были до 23,5±3,8 г/сут., что соответствовало потерям более 145 г белка в сутки.

Средние показатели концентрации белков в сыворотке крови, составили в первой группе на 3–5 сутки: общий белок – 58,1±7,4 г/л, альбумин 29,4±4,7 г/л, тогда как во 2-й группе эти показатели были достоверно ($p < 0,05$) ниже и составили в среднем: общий белок – 48,3 ± 4,5 г/л, альбумин – 24,2 ± 4,1 г/л.

В первой группе к 7–10 суткам общий белок достигал нормальных величин 63,3±2,3г/л, альбумин крови – 33,6±2,3г/л, во 2-й группе происходило прогрессивное падение показателей соматического пула белка, нарастала гипотрофия (ОП-19 – 23,5 см, ТКЖСК-8,6–10,4 мм) и снижение висцерального пула белка – общий белок 44,2±4,6 г/л, альбумин 24,4±1,7 г/л.

Полученные данные свидетельствовали о развитии выраженного белкового катаболизма у всех пациентов с тяжелой сочетанной травмой особенно в группе погибших пациентов, что подтверждалось отрицательным азотистым балансом.

Сравнительная 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.

Содержание триглицеридов в сыворотке крови повышалось от 1-х к 7-м суткам, а к 10-м суткам было достоверно выше в группе погибших на 28 %.

При анализе изменений липидных фракций отмечено, что уровень ЛПВП в обеих группах был ниже нормальных значений более чем в 3 раза, уровень ЛПНП – ниже нормальных значений более чем в 2 раза.

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.

Расстройства липидного обмена оказывают влияние на тяжесть течения тяжелой сочетанной травмы, полиорганной дисфункции и показатели клинического исхода.

Стрессовая гипергликемия тесно взаимосвязана с расстройствами липидного обмена и ухудшает клинический исход заболевания.

Выявленные особенности нарушений липидного обмена при тяжелой сочетанной травме позволяют рассматривать сывороточные уровни холестерина менее 2 ммоль/л, повышение сывороточного уровня триглицеридов более 2,3 ммоль/л, снижение ЛПВП, ЛПНП в качестве дополнительных критериев тяжести и возможных предикторов неблагоприятного клинического исхода тяжелой сочетанной травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ VAC-ТЕРАПИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

В. А. Потапов[1], Е. П. Кохан[2], О. Н. Асанов[1]

[1]Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва,
[2]ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» Минобороны России, г. Красногорск, Московская обл.

VAC-терапия (Vacuum-assisted closure, VAC-therapy), или лечение ран отрицательным давлением, показала высокую клиническую эффективность при лечении инфекционных осложнений стернотомной раны. Описано сокращение сроков заживления ран и длительности госпитализации, уменьшение летальности, ускорение реабилитации пациентов и повышение их качества жизни.

Цель работы: изучить результаты применения VAC-терапии в комплексном лечении больных с послеоперационным медиастинитом (ПМ).

В период с января 2010 по январь 2017 г. в отделении гнойной хирургии ФГБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» МО РФ находились на лечении 60 больных с инфекционными осложнениями стернотомной раны (ИОСР), мужчин – 98,3 % и женщин – 1,7 %. Средний возраст пациентов составил 65,2 лет (от 45 до 81 года). Клиническая картина зависела от типа и тяжести ИОСР, срок верификации которых после первичной кардиохирургической операции составил 23,9±11,2 дня. У 51 больных (85 %) при посеве раневого отделяемого выявлены возбудители инфекционных осложнений: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus (в том числе MRSA), Enterococcus faecalis, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus haemoliticus.

Согласно используемой классификации R. M. El Oakley и J. E. Wright (1996), глубокая стернальная раневая инфекция (послеоперационный медиастинит) выявлена у 52 (86,7 %) пациентов, которых распределили с учетом сроков манифестации осложнения, наличия факторов риска и неэффективных попыток хирургического лечения: I тип (11,5 % больных) – развивается в течение первых 2 недель после операции при отсутствии факторов риска; II тип (13,5 %) – развивается на 2–6 неделе при отсутствии факторов риска; III тип (28,8 %) – медиастинит I и II типов при наличии одного или более факторов риска (сахарный диабет, ожирение, применение иммуносупрессивной или гормональной терапии); IV тип (32,7 %) – медиастинит I, II, или III типа после одной и более неэффективных попыток лечения; V тип (свищевой) – развивается впервые более чем через 6 недель после операции (13,5 %).

У большинства больных (51, или 85 %) лечение было оперативным. В связи с рецидивирующим течением ПМ у 20 пациентов за время наблюдения потребовались повторные хирургические вмешательства. Всего выполнено 77 операций: в 29 (37,6 %) случаях – вскрытие гнойного очага, удаление стальных лигатур и фиксирующих систем грудины, в 19 (24,7 %) – резекция участков грудины и рёберных дуг с признаками хондрита или остеомиелита (у двух больных реконструктивным этапом являлась пластика мышечным лоскутом), в 10 (13 %) – реостеосинтез грудины с проточным дренированием переднего средостения, в 19 (24,7 %) – наложение вторичных швов. Удаление стальных лигатур и фиксирующих систем грудины - наиболее частый элемент хирургической обработки раны у больных со всеми типами ПМ. Патогенетическое значение этого этапа заключается в устранении источника инфекции. При ПМ IV-V типа также преобладала радикальная санация инфицированной раны с резекцией остеомиелитических участков грудины, рёберных дуг.

Была выделена проспективная группа – 20 больных с ПМ, в лечении которых применен современный метод лечения ран отрицательным давлением (VAC-терапия) с использованием синтетических пористых материалов и локального отрицательного давления. Ревизия и хирургическая обработка стернотомной раны завершались проведением вакуум-дренирования, длительность которого составила 11±5,2 дня. Критериями эффективности служило наличие минимум двух из следующих показателей: макроскопическое очищение раны с появлением «сочных» грануляций, снижение уровня С-реактивного белка плазмы, отрицательные результаты повторного посева отделяемого, отсутствие синдрома системной воспалительной реакции. При достижении положительного клинического результата выполняли реконструктивный этап хирургического лечения с иссечением стенок раны (за исключением дна); удалением стернальных очагов деструкции и передних отрезков рёбер, непосредственно контактировавших с раневой полостью; реостеосинтез грудины и пластику местными тканями. В проспективной группе, состоявшей из больных с ПМ, отмечено снижение частоты рецидивов с 45 до 20 % ($p < 0,01$) в первые два месяца по сравнению с ретроспективными результатами лечения

аналогичной группы из 20 пациентов с глубокой стернальной инфекцией без применения вакуум-дренирования. Отсутствие рецидивов ИОСР в течение первых месяцев позволяет завершить консолидацию шва грудины, тем самым снизить сроки пребывания в стационаре, уменьшить внутригоспитальную летальность.

Из всех лечившихся умерло 6 (10 %) пациентов. Трое – от тяжёлого сепсиса с полиорганной недостаточностью. Один больной – от острого трансмурального инфаркта миокарда и один – от обширного ишемического инсульта. В проспективной группе умер один пациент с декомпенсацией сахарного диабета, нарастанием острой почечной недостаточности на фоне диабетической нефропатии.

Выводы. Лечение послеоперационного медиастинита у кардиохирургических больных должно быть ранним, комплексным, с последовательным включением методик локального воздействия на раневой процесс.

Наши наблюдения подтверждают положительную роль метода VAC-терапии в снижении числа повторных хирургических вмешательств при постстернотомном медиастините. При этом вакуум-ассистированные повязки не доставляют пациентам значимого дискомфорта и позволяют сохранять мобильность.

ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ Д-ДИМЕРА В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

П. А. Прокаева, Е. В. Токарева, О. Л. Фурман, М. Н. Коньшина

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО), возникающие в артериальном и венозном руслах кровообращения, являются наиболее распространенными и опасными в клинической практике, часто приводящие к нарушению трудоспособности, инвалидизации и летальным исходам. Многие заболевания (сердечнососудистой системы, болезни печени, инсульты, онкологические заболевания, воспалительные процессы, ДВС-синдром и т.д.) сопровождаются нарушениями в системе гемостаза с повышением прокоагулянтной активности и изменениями реологических свойств крови (1–11). Формирование тромбов – это естественный физиологический процесс. В норме существует баланс между факторами свертывающей и противосвертывающей систем. Нарушение этого равновесия сопровождается патологическим тромбозом или кровотечением. Гемодинамические нарушения с гиперкоагуляцией, повышением агрегации эритроцитов и тромбоцитов, вязкости крови, будут усугублять течение любого заболевания, повышая риск тромботических событий и ограничивая реабилитационный потенциал пациента. Активация свертываю-

щей и фибринолитической систем в подавляющем большинстве случаев возникает сопряжено, в связи, с чем в плазме крови одновременно возрастает как количество продуктов протеолиза факторов свертывания крови, так и фибринолиза. Основным механизмом свертывания крови является образование тромбина, который превращает растворимый фибриноген первоначально в фибрин-мономер, который состоит из 2-х доменов Д и домена Е. В следующую стадию мономерные молекулы фибрина полимеризуются, соединяясь друг с другом, бок в бок и конец в конец, и формируют сеть растворимого фибрина. На этом этапе образуются водородные связи между Д-доменами одной молекулы и Е-доменом другой молекулы. Далее под действием XIIIа фактора свертывания крови образуется нерастворимый фибрин-полимер, отличающийся от растворимого тем, что в нем Д-домены соседних молекул фибрин-мономера ковалентно связаны между собой с образованием Д-ди-мерных комплексов. Волокна фибрина образуют основной каркас сгустка крови и тромба. В ответ на активацию свертывающей системы, активируется фибринолитическая система гемостаза, вызывающая гидролиз фибрина с образованием продуктов его деградации (ПДФ). В отличие от конечных продуктов расщепления фибриногена, которые представлены в виде отдельных фрагментов Д и Е, при расщеплении поперечно-сшитых фактором XIIIа волокон фибрина образуются более крупные фрагменты молекул Д-димера и тримера Д-Е-Д, поскольку плазмин не способен разрезать ковалентную связь между Д-доменами. Их концентрация пропорциональна активности фибринолиза и количеству лизируемого фибрина, поэтому они являются специфическими маркерами повышения гемостатического потенциала крови (1-11) (рис. 1, 2).

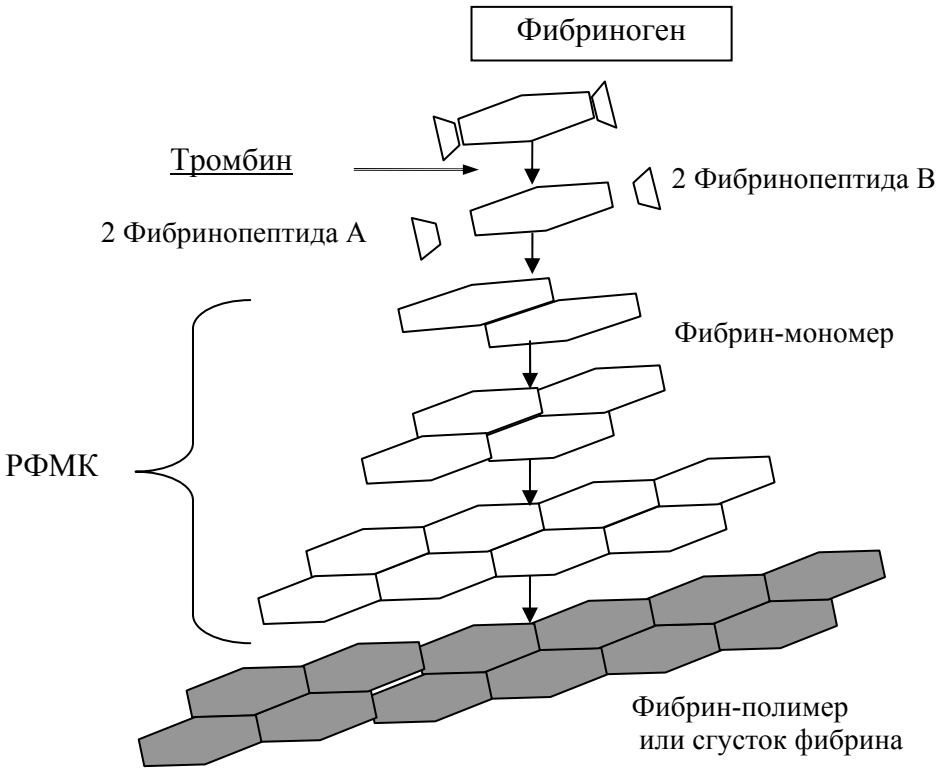


Рис. 1. Принципиальная схема превращения фибриногена в фибрин

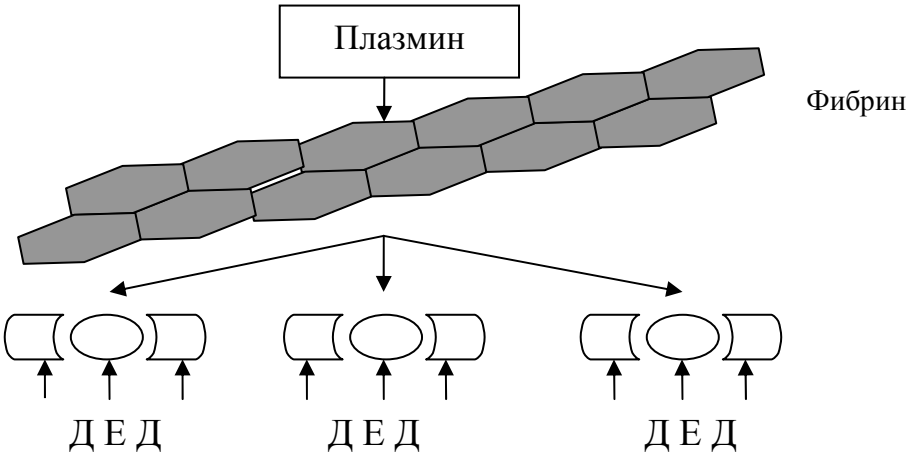


Рис. 2. Схема расщепления фибрина на Д-димеры

В настоящее время для определения Д-димера используются несколько методов диагностики (4–11). Во всех методах исследования Д-димера применяются моноклональные антитела к неоантигенным эпитопам на Д-димере, которые образуются при расщеплении нерастворимого фибрина плазмином, но их нет на фибриногене и растворимых фибрин-мономерах. Поскольку эти моноклональные антитела не реагируют с фибриногеном, исследования можно проводить как в плазме, так и в цельной крови (4–11). В своей лабораторной практике мы применяем для исследования Д-димера иммуноферментный анализ (ИФА) и методы латексной агглютинации (ЛА), количественный и полуколичественный. Принцип метода ИФА основан на одностадийном «сэндвич» варианте твердофазового иммуноферментного анализа. В лунки стрипированного планшета с иммобилизованными моноклональными антителами вносятся калибровочные и контрольный образцы с известными концентрациями Д-димера, исследуемые образцы плазмы и пероксидазный конъюгат антител к Д-димеру. Образовавшиеся иммунные комплексы «моноклональные антитела – Д-димер – конъюгат» после отмывания избытка конъюгата, выявляют ферментативной реакцией с перекисью водорода и раствором тетраметилбензидина. После остановки реакции стоп-реагентом измеряют оптическую плотность растворов, степень окрашивания пропорциональна концентрации Д-димера, которая рассчитывается по калибровочному графику. Полуколичественный тест ЛА основан на времени появления агглютинации на планшет-карте при добавлении к плазме, содержащий Д-димер, латексных шариков, покрытых моноклональными антителами против Д-димера. Суть количественного метода ЛА заключается в том, что при добавлении плазмы пациента, содержащий Д-димер, к реагенту происходит увеличение оптической плотности реагента, представляющего собой взвесь микролатексных частиц, покрытых моноклональными антителами против Д-димера. При этом наблюдается увеличение оптической плотности пропорционально концентра-

ции Д-димера в исследуемом образце (4–11). В своей практической деятельности мы используем все три метода, но при разных клинических ситуациях. ИФА мы применяем для больных, которым данное обследование проводится по стандартам оказания медицинской помощи населению, и нет клинических проявлений ТЭО. Методы ЛА – при ургентных ситуациях, когда время для постановки диагноза ограничено. ИФА проводится на серии образцов плазмы, поэтому он более длительный, а методы ЛА можно проводить индивидуально в течение нескольких минут, даже непосредственно у постели больных (4–11). Данные методы ничем не отличаются друг от друга по специфичности и чувствительности, кроме времени и стоимости исследования. Они имеют высокую чувствительность (90–96 %), но более низкую специфичность (52–60 %) (4–11). Стоимость одного анализа по нашей лаборатории методом ЛА количественного составляет – 980,56 руб., качественного – 229,76, а ИФА – 196,26. Низкие цены методом ИФА обусловлены стоимостью наборов АО «ВЕКТОР-БЕСТ» и серийностью постановки. Мы осуществляли постановки 2–3 раза в неделю по 10–12 человек, что не влияет на обследование пациентов, но уменьшает стоимость анализов.

Цель нашего исследования – обобщить опыт определения Д-димера данными методами, дать их диагностическую, прогностическую и экономическую оценку.

Материалы и методы. Материалом для исследования служит цитратная плазма. Исследования методом количественной ЛА проводились на автоматическом биохимическом анализаторе «OLYMPUS AU-400» (Япония) с реагентами фирмы BECKMAN COULTER, полуколичественный ЛА – на планшет-картах с использованием тест-наборов фирмы Diagnostics. ИФА – на анализаторе STAT FAX-3200 (США) с реактивами фирмы АО «ВЕКТОР БЕСТ» – «Д-димер – ИФА- БЕСТ».

Результаты исследования. Изучили показатели уровня Д-димеров у 2116 пациентов реанимационного, нейрохирургического, кардиологического и неврологического отделений, в возрасте от 40 до 83 лет. Всего исследований выполнено 6348, из них – методом ЛА – 3 456 (54,4 %), методом ИФА – 2892 (45,6 %). Определение показателей проводилось в первый день поступления в стационар, и при повышенных уровнях Д-димера на 3-8 сутки антикоагулянтной терапии. Из 3456 исследований, проведенных методом ЛА, полуколичественным тестом выполнено 1420 анализов, в основном по приемному и реанимационному отделениям. Положительных результатов – 568 (40,0 %), высокий процент обусловлен целенаправленным обследованием больных, с клиническими проявлениями ТЭО. Количественным методом ЛА проведено 2036 исследований, из них положительных – 788 (38,7 %). Из 2892 анализов, выполненных методом ИФА, положительных – 1108 (38,3 %). Положительные результаты сравнивали с инструментальными методами обследования больных: контрастной венографией (КВГ), ультразвуковой допплерогафией (УДГ) и ангиографией (АГ). В 16 % случаев венографии и 37 %

УДГ отмечены совпадения с повышенными результатами Д-димера у больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и 42 % при АГ легких с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА). Полученные данные свидетельствуют, что положительный результат теста на Д-димер не гарантирует 100 % подтверждения диагноза тромбоза или тромбоэмболии, что обусловлено недостаточной специфичностью метода. Повышение уровня Д-димера выявлялось и при многих других заболеваниях, не сопровождающихся тромбообразованием: сердечнососудистых, инфекционных, онкологических, воспалительных, сепсисах, болезнях печени, после хирургических вмешательств и т.д. (4–11). Уровень Д-димера также колебался в разных возрастных группах, он был выше нормы у всех лиц старше 80 лет и у 46 % пациентов старше 70 лет, без каких-либо тромботических осложнений. Причем у лиц более молодого возраста, процесс нормализациии концентрации Д-димера при адекватной антикоагулянтной терапии, наступал быстрее, чем у пожилых пациентов (4–11). Отмечено влияние на показатели Д-димера величины тромба, времени от начала клинических проявлений до назначения антикоагулянтной терапии и приема антикоагулянтов на догоспитальном этапе (4–11). Чем больше тромб и больше времени уходит до назначения тромболитической терапии, тем выше показатели Д-димера и прогноз неблагоприятный. При применении антикоагулянтов на амбулаторном этапе, хотя Д-димеры и выявляются, но уровень их не высокий. На определение Д-димера не влияют техника забора крови, примесь тромбоцитов, не требуется специфическая обработка исследуемой плазмы для удаления перекрестно реагируещего фибриногена, так как моноклональные антитела реагируют только с неоантигенными эпитопами Д-димера (4–11). Анализируя положительные результаты Д-димеров, выявлены пределы их колебаний. Так из 38,3 % положительных тестов, обнаруженных методом ИФА, при норме менее 285 нг/мл, отмечено повышение до 1000 у 20,5 % лиц; до 5000 – у 10,5 %; до 10 000 – у 4,5 % и более 10 000 нг/мл – у 2,8 %. Из 38,7 % положительных результатов латексной агглютинации, выявлено увеличение концентрации Д-димера до 5 мкг/мл (норма – до 0,5) у 20,8 % пациентов, до 10 – у 11,2 %, до 20 – у 4,6 % и более 20 мкг/мл – у 2,1 %. Неблагополучный исход отмечен у больных с высокими показателями Д-димера, более 10 000 нг/мл при методе ИФА и 20 мкг/мл ЛА. Отрицательный результат теста является более значимым для исключения тормбоза и ТЭО (4–11). В своей практике мы не сталкивались случаями, чтобы при нормальных показателях Д-димера, выявлялись какие либо осложнения со стороны системы гемостаза.

Таким образом. Определение Д-димера служит полезным тестом для исключения диагноза тромбоэмболизма (при отрицательных результатах), что позволяет избежать применения дорогостоящих методов инструментальной диагностики и необоснованного лечения антикоагулянтами, а также дает возможность судить об эффективности антикоагулянтной терапии (при положительных тестах). При положительных результатах нет 100 % гарантии под-

тверждения диагноза ТЭО. При высоких уровнях Д-димера отмечается всегда неблагоприятный исход. Наш опыт практической деятельности показывает, что при постановке теста 2–3 раза в неделю методом ИФА не влияет на качество обследования больных, но дает существенную экономическую выгоду, снижая стоимость одного исследования.

Библиографический список

1. Баркаган, З. С. Основы диагностики нарушений гемостаза / З. С. Баркаган, А. Л. Момот. – М. : Ньюдиамед АО, 1999.

2. Баркаган, З. С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З. С. Баркаган, А.Л. Момот. – М. : Ньюдиамед, 2001.

3. Момот, А. Л. Патология гемостаза / А. Л. Момот. – СПб. : Формат Т, 2006.

4. Комаров, А.В. Д-димер и тромбоцитов как предикторы тромботических осложнений с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей (результат пятилетнего наблюдения) / А. В. Комаров // Кардиология. 2000. – Т. 40, № 9. – С. 16–22.

5. Кузнецов, О. Е. Д-димеры в клинической практике. Пособие для врачей, стажеров и студентов / О. Е. Кузнецов, Р. Э. Якубцевич, П. П. Протасевич. – Гродно : ГрГМУ, 2009.

6. Воробьева, Н. М. Повышение Д-димера у больных с сердечнососудистыми заболеваниями без тромбоэмболических осложнений: с чем это связано и что делать / Н. М. Воробьева, Е. П. Панченко, А. Б. Добровольский, Е. В. Титаева // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – № 4. – С. 34–41.

7. Попова, О. А. Д-димер – тест выбора в диагностике нарушений системы гемостаза у больных с ишемической болезнью сердца / О. А. Попова, Г. Г. Чернышева, Е. Ю. Таращук // Тромбоз гемостаз и реология. – 2011. – № 1. – С. 69–76.

8. Орел, Е. Б. Д-димер – маркер диагностики, мониторирования и прогнозирования тромбозов / Е. Б. Орел, В. Л. Виноградов, А. С. Андреева, С. А. Васильев // Тромбоз гемостаз и реалогия. – 2012. – № 4. – С. 33–40.

9. Анализ прогностической значимости исследования уровня Д-димера фибрина у плановых нейрохирургических больных до госпитализации / Д. А. Мощев, А. Ю. Лубнин, А. В. Мошкин, Н. Н. Моченова, С. В. Мадорский, В. И. Лукьянов // Анестезиология и реаниматология. – 2013. – № 4. – С. 59–63.

10. Диагностическое значение Д-димера, гомоцистеина и мультидетекторной компьютерной томографии при тромбоэмболии легочной артерии / Ф. И. Тодуа, Г. Б. Цивцивадзе, А. М. Барамидзе, Е. О. Воробьева, М. В. Ахвледиани, Д. Г. Гачечиладзе // Тромбоз гемостаз и реология. – 2015. – № 3. – С. 75–78.

11. Папаян, Л. П. Д-димер в клинической практике : пособие для врачей / Л. П. Папаян, Е. С. Князева ; под ред. Н. Н. Петрищева. – М. : Инсайт полиграфик, 2002. – 20 с.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. В. Пугаев[1], М. Г. Негребов[1,2], М. Р. Ба[1], Л. В. Александров[1,2], А. А. Орлов[1], С. А. Кимпаев[1], О. А. Калачев[1,2], С. В. Калачев[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

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.

Клиническое исследование выполнено на 142 (100 %) больных с ОТМН, осложнённой некрозом кишки, на базе ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗ г. Москвы в период с 2009–2014 гг. Всем больным была выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. 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. 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. 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 основе результатов проведенных нами раннее 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.

АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАНОЛОМ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ за 2010–2016 гг.

Г. В. Пугачев, И. В. Пугачева, В. А. Бегунов, Н. Н. Васина

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Целью работы является определение структуры пациентов по тяжести состояния в группе умерших и выживших, определение летальности на большом массиве данных (по годам летальность колеблется от 30 до 80 %), уточнение основных источников метанола при отравлениях, выявление лабораторных критериев, в большей степени определяющих степень тяжести отравления и имеющих прогностический признак, определение наиболее оптимального сочетания методов детоксикации и характеристика осложнений в виде кровоизлияний и токсического поражения зрительного нерва и сетчатки.

Материалы и методы. Анализ историй болезни пациентов, которым была оказана медицинская услуга.

Результаты и обсуждения. За период с 2010 по 2016 гг. в отделении токсикологии пролечено 47 пациентов с острым отравлением метанолом, 27 из них умерло. Летальность составила 57 %.

Причиной отравлений в 26 случаях (55,5 %) явилась жидкость для омывания стекол автомобиля, в 12 случаях (25,5 %) – различные технические жидкости, содержащие метанол (строительный клей, растворитель, жидкость для разжигания костров, технический спирт), в 9 случаях (19 %) источник не выявлен (по причине отсутствия сознания у пациента и анамнеза).

В крайне тяжелом состоянии (декомпенсированный шок, декомпенсированный метаболический ацидоз, кома, ИВЛ) поступило 14 (30 %) пациентов. В тяжелом состоянии (компенсированный шок, декомпенсированный метаболический ацидоз, различная степень угнетения сознания (в том числе кома), ОДН (в том числе ИВЛ)) поступило 25 (53 %) пациентов. В состоянии средней тяжести (умеренно выраженный декомпенсированный метаболический ацидоз) поступило 6 (13 %) пациентов. В состоянии легкой степени тяжести (без признаков метаболического ацидоза, без клинических признаков отравления метанолом, но с содержанием метанола в крови) поступило 2 (4 %) пациентов.

Среди умерших пациентов в крайне тяжелом состоянии поступило 14 (52 %) пациентов, в тяжелом состоянии – 13 (48 %).

По лабораторным критериям степень тяжести пациентов однозначно не зависела от количества метанола в крови при поступлении. В случаях с высоким уровнем метанола (3–5 г/л и выше) – тяжесть состояния была велика и всегда сочеталась с выраженным декомпенсированным ацидозом, а в случаях с низким уровнем метанола (0,5–2 г/л), но при наличии выраженного метаболического ацидоза, тяжесть определялась именно нарушениями КЩС. Это являлось следствием длительной экспозиции метанола в организме, его метаболизма до опасных токсикантов, обеспечивающих метаболический ацидоз и летальность. Так, уровень pH у большинства умерших пациентов был ниже 7,0, а в группе выживших – у большинства выше 7,0. Также и уровень дефицита оснований (BE) у умерших был преимущественно больше (–25), а у выживших – меньше (–25)

Выведение метанола из организма осуществлялось гемодиализом, постоянной низкопоточной гемодиафильтрацией, форсированным диурезом. Применение гемодиализа позволяло обеспечивать максимальную скорость выведения яда и снижать уровень метанола в крови в 3–3,5 раза за сеанс длительностью 3–6 ч. Постоянная низкопоточная гемодиафильтрация снижала уровень метанола в крови в 3 раза за 12 ч, а проведение только форсированного диуреза – в 1,3–1,5 раз за 12 ч. Таким образом, наиболее оптимальным для скорости выведения метанола из организма явилось сочетание гемодиализа и постоянной низкопоточной гемодиафильтрации (в междиализном периоде), что позволяло за 1,5–2 сут. выводить пациентов из токсикогенного периода отравления.

Из осложнений актуальными оказались кровоизлияния в головной мозг и внутренние органы (по данным СКТ и судебно-медицинского вскрытия). Внутримозговые кровоизлияния (крупноочаговые) имели место в 9 случаях (19 % от всех пациентов, 33 % – среди умерших). В 6 случаях кровоизлияния осложнились прорывом в желудочковую систему мозга. В 2 случаях отмечались крупноочаговые кровоизлияния в строме поджелудочной железы

Нарушения зрения (от пелены перед глазами до полной потери зрения) имели место в 12 случаях из 47, однако эта цифра недостоверна, поскольку у большинства пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, эти данные, также как и анамнез, отсутствуют. Среди выживших нарушения зрения имели место в 7 случаях из 20 (35 %). У 12 пациентов при осмотре глазного дна были выявлены различные степени поражения диска зрительного нерва и сетчатки. У 2 пациентов наступила полная потеря зрения, при офтальмоскопии на момент выписки у них выявлена атрофия зрительного нерва.

Выводы. Острые отравления метанолом остаются актуальными и имеют высокую летальность. В 83 % случаев пациенты поступают в крайне тяжелой и тяжелой степени тяжести (с нарушением витальных функций). Источником метанола в Пензенской области чаще всего служит жидкость для омывания стекол автомобиля, употребляемая внутрь с целью опьянения. Нарушения КЩС (pH, BE) имеют решающее значение в интерпретации степени тяжести

и прогнозе отравления. Своевременность адекватной терапии имеет ключевое значение для исхода отравления. Лучшим способом выведения яда из организма является сочетание гемодиализа с постоянной низкопоточной гемодиафильтацией. В виду наличия высокой вероятности кровоизлияний в головной мозг требуют детального изучения вопросы коррекции гемостаза и применения антикоагулянтов при проведении диализно-фильтрационной терапии. Целесообразно проведение СКТ г/мозга во всех случаях коматозного состояния с целью раннего выявления осложнений.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ МАССОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ в 2016 г.

И. В. Пугачева, Р. И. Кувакова, Г. В. Пугачев

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

В ноябре 2016 г. в г. Кузнецк Пензенской области в результате острого отравления метиловым спиртом пострадало 18 человек. Из них 13 пациентов было пролечено в отделении токсикологии ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина г. Пенза. 5 пациентов умерло при оказании помощи в условиях Кузнецкой МРБ.

Отравление произошло в результате употребления рома «Bacardi», заказанного по интернету и содержащего метанол. Экспозиция действия яда составила чуть более суток.

Все умершие пациенты (мужчины трудоспособного возраста от 30-ти до 39-ти лет) поступили в крайне тяжелом состоянии с явлениями декомпенсированного экзотоксического шока, отека головного мозга, угнетения сознания (сопор,кома), ОДН, ОССН. Концентрация метанола в крови у пострадавших составила от 0,87 до 2,2 г/л. По КЩС отмечался выраженный декомпенсированный ацидоз (pH до 6,8, BE до – 28). В стационаре проводилась посиндромная терапия (ИВЛ, вазопрессорная поддержка), антидотная терапия, но в результате быстро прогрессирующей ОССН, в течение нескольких часов произошел летальный исход. Таким образом позднее обращение и крайнетяжелое состояние поступивших не позволили транспортировать их в отделение токсикологии для проведения экстракорпоральных методов детоксикации.

В отделении токсикологии ГБУЗ КБ № 6 им. Г. А. Захарьина было пролечено 13 пациентов. Из них 11 мужчин и 2 женщины, возраст которых составил от 23-х до 71-го года. 12 человек были переведены из Кузнецкой МРБ, один пациент обратился в приемное отделение самостоятельно. Все они поступили более, чем через сутки после приема рома «Bacardi».

Группу пациентов с тяжелыми отравлениями составили 5 человек. Клинически отмечались признаки энцефалопатии, диспептические явления. У одного из пациентов отмечалась «затуманенность» зрения. Количество принятого напитка варьировало от 100 до 500 мл. По лабораторным показателям при по-

ступлении количество метанола в крови составило от 0,23 г/л до 1,6 г/л, у всех отмечались признаки метаболического ацидоза (BE от –3,8 до –19).

Отравление средней степени тяжести было у 4-х пациентов. Количество принятого рома – от 150 до 350 мл. В клинике преобладали явления энцефалопатии (общая слабость, головокружение), у двоих отмечались диспептические расстройства. По лабораторным данным метанол в крови – от 0,08 г/л до 0,17 г/л. По КЩС у одного из пациентов отмечались признаки метаболического ацидоза (BE –7,7).

Группу пациентов с отравлением легкой степени составили так же 4 человека. Количество принятого ими рома было минимальным (от 60 до 100 мл). В клинике отмечались признаки невыраженной энцефалопатии. Метанол при поступлении в крови не обнаружен. Признаков метаболического ацидоза не наблюдалось.

Необходимо отметить, что примерно половина из поступивших пациентов как в день отравления, так и на следующий день употребляли различные виды этанолсодержащих напитков, что, по-видимому, снизило токсическое действие принятого метанола.

По биохимическим показателям крови отклонения наблюдались только у трех пациентов: небольшое повышение активности трансаминаз крови (АЛТ от 64,7 е/л до 120,2 е/л) и гипербилирубинемия (от 27,8 мкмоль/л до 50,7 мкмоль/л). Однако, у одного из пациентов в анамнезе был хронический персистирующий гепатит (у него отмечался максимальный подъем активности трансаминаз и билирубина), а у другого – синдром Жильбера (небольшое повышение билирубина крови при нормальной активности трансаминаз).

По УЗИ ГБЗ у двоих пациентов обнаружены УЗ-признаки диффузных изменений в паренхиме печени, что было связано с преморбидным фоном у данных пациентов. По УЗИ почек у двоих выявлен синдром выделяющихся пирамидок, однако по биохимическим показателям отклонений в функции почек не отмечалось.

Все пациенты дважды были осмотрены офтальмологом: при поступлении и перед выпиской. Изменений на глазном дне со стороны зрительного нерва и сетчатки не наблюдалось. Клинически нарушение зрения в виде «затуманенности» наблюдалась у двух пациентов.

Основным методом лечения у пациентов с тяжелой и среднетяжелой степенью отравлениябыли сеансы гемодиализа (2–3 сеанса в первой группе и по одному сеансу во второй). В промежутках между сеансами и у пациентов с легкой степенью отравления проводилась детоксикация методом форсированного диуреза с ощелачиванием плазмы с целью купирования метаболического ацидоза. С момента постановки диагноза и до лабораторного подтверждения отсутствия метанола в плазме крови проводилась антидотная терапия в виде постоянной в/венной инфузии 5–10 % раствора этанола, с учетом, чтобы в начале лечения концентрация этанола в крови превышала концентрацию метанола, а далее поддерживалась около 1 г/л. Всем пациентам назначались антиоксиданты, антигипоксанты (цитофлавин, мафусол), микроцирку-

лянты (пентоксифиллин), метаболики (вит. гр. В, С), спазмолитики, гепатопротекторы по показаниям, симптоматическая терапия.

После проведенного лечения все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с нормальными лабораторными показателями под наблюдение терапевта, офтальмолога. Сроки стационарного лечения в группе с легкой степенью отравления составили от 3-х до 4-х к/дней, в группах с тяжелой и среднетяжелой степенью – от 4-х до 7-ми к/дней.

Выводы

1. Летальность при о. отравлениях метанолом высокая. В данном конкретном случае массового отравления она составила 27,8 %.

2. Тяжесть состояния зависит от дозы принятого яда, экспозиции (времени воздействия на организм до момента оказания помощи), сочетания приема метанола с этанолсодержащими жидкостями.

3. Основными методами детоксикации при отравлении метиловым спиртом тяжелой и среднетяжелой степени являются экстракорпоральные диализно-фильтрационные методы (гемодиализ, постоянная низкопоточная гемодиафильтрация).

4. С момента верификации диагноза (т.е. лабораторного подтверждения наличия метанола в плазме крови) необходимо проведение антидотной терапии (внутривенное капельное введение 5–10 % раствора этилового спирта под контролем его концентрации в крови). Важным моментом патогенетической терапии является купирование метаболического ацидоза.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ МЕТАЛЛОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ, МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Н. А. Пьянов[1], А. А. Баулин[2], А. В. Песков[1], П. П. Мусатов[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

В связи с участившимися случаями тяжелых скелетных травм, развитием новых высоких технологий металоостеосинтеза переломов костей различными способами и проведением протезирования суставов отмечается рост осложнений после проведения этих операций.

В отделении гнойной хирургии ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарьина» проведен анализ больных с осложнениями после металлосинтеза различных переломов. Всего за период 2014–2016 гг. пролечено 97 пациентов с переломами костей и протезированием суставов. Женщин – 37, мужчин 60, возраст от 31 года до 82 лет.

По локализации травм и методам остеосинтеза пациенты распределились следующим образом. Эндопротезы тазобедренного сустава – 12, эндопротезы коленного сустава 5, переломы бедра 22 пациента: с вне очаговым

остеосинтезом 9, остеосинтезом штифтом – 6, пластиной – 4, гвоздем ЦИТО-3, переломы голени – 29, вне очаговый остеосинтез – 11, штифтом – 4, пластиной – 14, переломом плеча – 7 пациентов, вне очаговый остеосинтез – 3, пластиной – 4, перелом предплечья – остеосинтез пластиной – 1 пациент, перелом стопы – 6 пациентов – остеосинтез спицами и винтами, перелом кисти – 8 пациентов – остеосинтез спицами; остеосинтез позвоночника пластиной – 2 пациента. Осложнения были представлены развитием остеомиелита, параоссальными флегмонами, абсцессами или формированием длительно существующих свищей. Во всех случаях имело место инфицирование металлоконструкции.

Тактика лечения пациентов с осложнениями после металлоостеосинтезасостояла из нескольких этапов и заключалась во вскрытии и санации гнойного очага, антибактериальной и инфузионной терапии, дезинтоксикации, коррекции анемии и других нарушений. Добивались стихания воспаления, у большинства –формирования свища с целью последующего выполнения фистулографии и подтверждения связи его с металлоконструкцией, а также подтверждения остеомиелита, его распространенности и локализации.

После стихания воспаления и подтверждения диагноза все больные с эндопротезами суставов направлялись в лечебные учреждения, где выполнялось эндопротезирование. Остальные пациенты оперировались в ОГХ, часто совместно с травматологами. Сроки операции выбирались в зависимости от давности травмы и консолидации перелома. Из 60 пациентов, поступивших в ОГХ в первую госпитализацию оперировано 47 пациентов, выполнялись операции секвестрнэктомии и удаление металлоконструкций. Операции, как правило, заканчивали дренированием и наложением первичных или первично отсроченных швов, что зависело от степени гемостаза после остеонекрэктомии. 13 пациентов оперированы в отсроченный период ввиду небольших сроков после получения травмы и не консолидированных переломов. У 78 % пациентов раны зажили первичным натяжением, у 22 % частично заживали вторичным натяжением. Рецидив остеомиелита развился в течение года у 9 больных, 3 (6,3 %) пациентов он купирован консервативным лечение, 6 (12,7 %) больных оперированы повторно.

Средние сроки лечения составили 21,6 дня.

Выводы: 1. Указанные осложнения чаще развиваются у больных с тяжёлой травмой, сопровождающейся размоззжением тканей и формированием послеоперационных гематом, недостаточным и несвоевременным дренирование зоны поражения и операции.

2. 68 % осложнений развилось у людей старше 70 лет.

3. Возникновение осложнения в виде остеомиелита и инфицирования металлоконструкции требует тщательной санации очага поражения и удаления металлоконструкции.

4. Лечение данной группы пациентов целесообразно проводить в ОГХ совместно с травматологами и вести поиск методов профилактики иболее эффективного лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАХИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Л. Г. Радченко[1], М. Н. Максимова[1], И. А. Прокофьев[2], Г. П. Дерябина[4], Л. В. Камардина[4], О. А. Филатова[3], Е. Г. Волик[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[3]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Филатова», г. Пенза,
[4]ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница», г. Кузнецк

Проблема рахита у детей первого года жизни остаётся актуальной и в настоящее время. Рост и развитие ребёнка во многом определяется состоянием костной системы, процессами, обеспечивающими её функционирование. Не случайно многие авторы считают, что созревание последней является основным показателем биологической зрелости организма (Демин В. Ф., 2004; Почкайло А. С., 2014; Студеникин В. М., 2017).

Перенесенный в раннем детстве рахит и связанное с ним нарушение накопления пиковой костной массы, может предрасполагать в последующие годы жизни к развитию остеопороза. 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. Это позволяет утверждать, что рахит не только медицинская, но и социальная проблема (Струков В. И. 2004;)

Частота рахита в Российской Федерации колеблется от 35 до 80 % (Коровина Н. А., Чебуркин А. В. 2007). Частота последнего 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).

Минерализация скелета плода и электролитный состав крови во многом зависят от состояния здоровья матери и сроков гестации. Материнский организм накапливает кальций, начиная с 15–16 недели беременности. По мере увеличения гестационного возраста, содержание кальция в костях матери увеличивается. Начиная с тридцатой недели беременности 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 (Д. Е. Шилин, В. Б. Спиричев, 2006)

Большой интерес представляет витамин D-гормонально эндокринная система развития рахititческого процесса. Исследования показали, что тран-

зиторная недостаточность функции щитовидной железы у детей первого года жизни сопровождалась снижением средних значений 25(OH)D3 в сыворотке крови, что усиливало витамин D-недостаточность в организме и способствовало нарушению костно-минерального обмена и развитию рахита Максимова М. Н. и др. 2015).

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 (Рооз О., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г., 2011).

Цель исследования: изучить клинические проявления рахита у недоношенных детей.

Задачи исследования: определить зависимость клиническиех проявлений рахитического процесса у недоношенных детей от срока гестации при рождении.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова и Кузнецкой межрайонной детской больнице обследовано 96 недоношенных детей первого года жизни с проявлениями рахита. Наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы:

I-группа – 48 пациентов, условно здоровые, с I ст. недоношенности;

II-группа – 29 детей первого года жизни со II ст. недоношенности;

III-группа –19 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 женщин (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.

Анализ клинических наблюдений показал зависимость проявлений рахитического процесса и степень его тяжести у наблюдаемых детей первого года жизни, от срока гестации при рождении.

Потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 2–3-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(58±7 %) детей II группы. У недоношенных детей III группы данный признак отмечался у 11 % 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 17 (89,4±5 %) детей III группы, 21 детей (72,4±3 %) во II группе. В I группе облысение затылка и височных областей выявлено у 31 (64,5±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 %, а с I (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.

Вегето-висцеральные нарушения имели более продолжительное течение у детей III группы и к году выявлялись у 35±7 %, во II группе у 26±6 %. В I группе вегето-висцеральные нарушения не носили затяжной характер.

Изменения костной системы характеризовались преобладанием процессов остеомаляции в первые месяцы жизни во всех трёх группах наблюдаемых детей. Более выраженные изменения были у детей II и III группы. На протяжении первых трёх месяцев жизни у детей II и III группы определялись открытые швы черепа, краниотабес, симптом Лепского, деформация черепа в виде уплощения затылка и в сагиттальной плоскости. Данный факт объяснялся возможными нарушениями процессов минерализации ещё внутриутробно.

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 % ($p < 0,05$).

Несмотря на проводимую профилактику рахита, последний отмечался во всех трёх группах исследуемых детей. Рахит легкой степени тяжести отмечался у 31 (64±6 %) детей I группы. Наиболее выраженная тяжесть течения рахитического процесса определялась у детей II–III групп. Так вторая степень тяжести рахита наблюдалось 25 (86,2±7 %) детей II группы, против 17 (36±7 %) детей I группы. Тяжёлое течение рахита было более выраженным у недоношенных детей со сроком гестации ниже 31 недели.

У наблюдаемых недоношенных детей отмечалась высокая частота острого течения рахита. В первые месяцы жизни признаки остроты процесса выявлялись во всех трёх группах, продолжая нарастать в первом полугодии у детей третьей группы, и характеризовались постепенным замедленным переходом в подострое течение во втором полугодии жизни.

К году подострое течение рахита, как следствие кальций-фосфорных нарушений на фоне недоношенности и незрелости, определялось у 79±6 % детей третьей группы, против 56±7 % детей II группы сравнения. У детей I группы рахит имел более благоприятное течение.

Анализ результатов исследования показал, что более выраженные проявления рахита отмечались у детей с низким сроком гестации при рождении. Они характеризовались прогрессирующим острым течением, нарастающей активностью рахитического процесса с пиком заболеваемости у шестимесячных детей и преобладанием средней степени тяжести во втором полугодии жизни.

Выводы:

– потливость, как один из ранних вегетативных признаков рахита, выявлялась с 2–3-х недельного возраста, с достоверной частотой более длительно сохранялась у детей II–III групп;

– симптомы пониженной нервно-рефлекторной возбудимости статистически значимо чаще отмечались на первом месяце жизни у детей III группы;

– нарушения моторно-статического развития к году с большей частотой определялось у детей III группы.

Библиографический список

1. Демин, В. Ф. К вопросу о рахите (по поводу статьи Е. В. Неудахина и А. В. Агейкина «Спорные теоретические и практические вопросы рахита у детей на современном этапе») / В. Ф. Демин // Педиатрия. – 2004. – № 4. – С. 104–107.

2. Максимова, М. Н. Клинико-биохимические проявления рахита и оптимизация его профилактики у детей первого года жизни с транзиторным неонатальным гипотиреозом : автореф. дис. … канд. мед. наук / М. Н. Максимова. – Самара, 2015. – 24 с.

3. Мальцев, С. В. Особенности фосфатно-кальциевого обмена у новорожденных и недоношенных детей / С. В. Мальцев, Э. М. Шакирова, Н. Н. Архипова, Т. В. Колесниченко // Практическая медицина. – 2009. – № 7 (39). – С. 9–12.

4. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей : учеб.-метод. пособие / А. С. Почкайло, В. Ф. Жерносек, Э. В. Руденко, Н. В. Почкайло, Е. В. Ламеко. – Минск, 2014. – 72 с.

5. Неонатология : руководство / О. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. – М., 2010. – 199 с.

6. Струков, В. И. Рахит и остеопороз / В. И. Струков. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2004. – 172 с.

7. Студеникин, В. М. Рахит: соматоневрология и нейропедиатрия / В. М. Студеникин // Лечащий врач. – 2017. – № 1. – URL: www.lorach.ru

8. Шилин, Д. Е. Минеральный гомеостаз и костный метаболизм в организме беременной, плода, ребёнка / Д. Е. Шилин, В. Б. Спиричев // Остеопароз и остеопатии. – 2006. – № 2. – С. 26–32.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ДРУГИМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

В. А. Раскачкин, С. В. Бичинов, В. А. Вохмянин, А. А. Новичков

ГБУЗ «Городская поликлиника», г. Пенза

Социально-экономическая практика свидетельствует об огромных потерях, которые несёт государство вследствие травматизма. Травмы являются одной из главных причин преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. Особую тревогу вызывает рост числа повреждений, не связанных с производством. Они составляют до 80 % от числа всех травм.

Основное направление профилактики травматизма заключается в усилении исполнительной дисциплины на всех уровнях общества и в активном выявлении и своевременной ликвидации уже возникших травмогенных ситуаций. Это возможно проводить путём постоянного превентивного контроля со стороны государственного и общественного надзора. Функции по выявлению травмогенных ситуаций нужно возложить на участковых полицейских, сотрудников ГИБДД, работников СЭС, врачей, работников ЖКХ и т.д. Необходимо объединить эти силы, поставив перед ними одну общую задачу – выявление и ликвидация травмогенных ситуаций. Наиболее типичные и опасные из них известны: неисправные дороги, гололедица, отсутствие освещения на улице, открытые люки на дорогах и т.д.

Современный эпидемиологический метод изучения травм основывается на концепции, согласно которой травма является следствием взаимодействия факторов среды и факторов хозяина, находящихся в динамическом равновесии между собой. К экзогенным факторам среды относят: климат (туман, гололедица), интенсивность дорожного движения, жилищные условия, питание, к факторам хозяина (эндогенные факторы) относят: пол, возраст, привычки, профессию, семейную среду (условие), наследственность, перенесенные заболевания, физическое состояние организма (тренированность), тип высшей нервной деятельности (возбудимость, внимание); к повреждающим факторам – физическое (механическое) воздействие.

Следствием этого пускового механизма является 37 % несчастных случаев, которые возникают в следующих типичных травмогенных ситуациях. Самые частые из их – гололедица и плохое состояние тротуаров – приводят к несчастным случаям соответственно в 46 и 24 % от числа травм, связанных с первым пусковым механизмом. Они возникают из-за несоблюдения обязанностей ЖКХ, домоуправлений, дорожной службы и т.д. в учреждениях и организациях, местах массового пользования (магазины, дошкольные учреждения, больницы и т.д.) ответственность за безопасность подходных путей

должны нести их руководители. Травмогенной ситуацией (4 %) является опасное скопление пассажиров на транспорте и на остановках.

Второй пусковой механизм – недостаточно воспитанное в человеке чувство самосохранения и несоблюдение им вследствие этого правил бытовой техники безопасности. Результатом его становится 35 % несчастных случаев. Несоблюдение в быту правил техники безопасности усугубляется употреблением алкоголя (41 % от числа травм, возникших в связи со вторым пусковым механизмом). Самая частая травмогенная ситуация создается при использовании опасных приёмов труда (40 %). Много травм получают горожане на дачных и садовых участках, в гаражах. Не имея специальных знаний и навыков, они при выполнении работ грубо нарушают правила техники безопасности. Особенно тяжелы бывают травмы от электропил и электрорубанков, а также при падении с крыши и нырянии.

Вторая и третья травмогенные ситуации возникают при несоблюдении правил дорожного движения пешеходами (23 %) и водителями транспорта (21 %). Четвёртая травмогенная ситуация возникает при злоупотреблении алкоголем и падениях из-за этого (16 %). Третий пусковой механизм заключается в недостаточном воспитании в человеке чувства уважения к своему здоровью и здоровью окружающих.

За 2014–2016 гг. в ГБУЗ «Городская поликлиника» обратилось 16 682 пострадавших. Из них 51 % с бытовыми и 49 % с уличными травмами. Среди пострадавших в быту – 62 % мужчин и 38 % женщин. На улице: 46 % мужчин и 54 % женщин. Основная масса травмированных это люди трудоспособного возраста (20–60 лет).

Ведущими повреждениями в быту и на улице явились ушибы и раны (50 %), переломы верхних и нижних конечностей (25 %). Причём ушибы, ранения и переломы в быту у мужчин встречаются в 2 раза чаще чем у женщин, а на улице наоборот.

Наибольшее число переломов приходится на январь, февраль и март из-за погодных условий; в мае-июне – различные виды ранений, ушибы, укусы клещами (дачный сезон).

Удельный вес травм возрастает в субботние и воскресные дни особенно у мужчин.

Практика показывает неравномерность обращений за медицинской помощью. Ночью их мало, в утренние часы их несколько больше, а вечером число обращений за медицинской помощью достигает максимума.

Согласно приказам вышестоящих органов исполнительной власти травма регистрируется в журналах (где, когда, по какому адресу и т.д.) с предоставлением данных ГИБДД, МЧС, УВД, инспекции по труду, ЖКХ.

Таким образом, взаимодействие лечебно-профилактических учреждений с соответствующими организациями играет определённую роль в профилактике травматизма.

Тесно связана с задачами профилактики травматизма проблема диспансеризации населения. Для ее успешного решения необходимо идти по пути внедрения принципов активного выявления больных из групп «повышенного риска».

Медицинские работники травматологического пункта (кабинета) наиболее полно выявляют обстоятельства бытовых травм. Они сигнализируют во все организации и учреждения, которых это касается, о случаях получения травм.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Р. Ф. Рахматуллов[1], А. Ф. Рахматуллов[2]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 5», г. Пенза

Цель исследования: оценить тиреоидный статус при субклиническом тиреотоксикозе.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 33 пациента с субклиническим тиреотоксикозом в возрасте от 36 до 55 лет (средний возраст – 51,7±2,3 года). В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц в возрасте от 32 до 54 лет (средний возраст – 51,3±2,4 года).

Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ), проводились чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца, ультразвуковое исследование ЩЖ (УЗИ ЩЖ), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина ($Т_{3св}$) и тироксина ($Т_{4св}$) в крови.

Чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЭФИ) сердца проводили с помощью комплекса «Astrocard». Оценивали время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), корригированное ВВФСУ, точку Венкебаха, эффективный рефрактерный период левого предсердия и АВ-соединения ($ЭРП_{ЛП}$, $ЭРП_{АВ}$).

Длительную непрерывную регистрацию ЭКГ проводили с помощью системы «Astrocard» и телемониторинга.

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica for Windows фирмы Stat–Soft Inc с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. Анализируя этиологию субклинического гипертиреоза, установлено, что основными причинами субклинического синдрома являются диффузный токсический зоб (33,3 %), многоузловой токсический зоб (27,3 %) токсическая аденома щитовидной железы (18,2 %), реже – доброкачественные опухоли щитовидной железы (3,0 %), экзогенное введе-

ние тиреоидных гормонов (6,1 %), редкие заболевания щитовидной железы (3,0 %). Кроме того у ряда больных нам не удалось установить причину субклинического тиреотоксикоза, поэтому мы выделили идиопатические причины субклинического тиреотоксикоза (9,1 %).

Результаты УЗИ щитовидной железы выявили недостоверное ($p < 0,05$) увеличение объема щитовидной железы у больных с субклиническим тиреотоксикозом, у женщин на 5,5 % ($p = 0,492$), у мужчин на 8,6 % ($p = 0,339$).

Анализ проведенных исследований показал, что средняя арифметическая величина и референсный диапазон ТТГ у больных с субклиническим тиреотоксикозом (0,067±0,003 мЕД/л, 0,01-0,1 мЕД/л), по сравнению со здоровыми лицами (1,52±1,52 мЕД/л, 0,23-3,4 мЕД/л), достоверно ($p < 0,001$) выходит за пределы эутиреоидных значений.

Исследование средней концентрации и референсного диапазона $T_{4св}$ у больных с субклиническим тиреотоксикозом (19,6±1,15 пмоль/л, 11–26 пмоль/л) и здоровых лиц (18,2±1,12 пмоль/л, 11–26 пмоль/л) указывает на отсутствие существенных отличий ($p = 0,695$). Такая же тенденция выявлена при анализе средней концентрации и референсного диапазона $T_{3св}$.

При анализе $T_{4св}$ установлено, что у 22 (67,0 %) больных с субклиническим тиреотоксикозом и у 16 (53,3 %) здоровых лиц средняя арифметическая величина и референсный диапазон находятся на уровне верхних значений, а у 11 (33,0 %) и 14 (46,7 %) на уровне нижних ($\chi^2_n = 1,17$, $p_n = 0,28$; $\chi^2_{\%} = 4,08$, $p_{\%} = 0,0433$), соответственно. Аналогичные данные нами были получены при анализе уровня $T_{3св}$, однако эти различия имели недостоверный характер ($\chi^2_n = 0,001$, $p_n = 0,96$; $\chi^2_{\%} = 0,02$, $p_{\%} = 0,885$).

У больных с субклиническим тиреотоксикозом по сравнению со здоровыми лицами была выявлена артериальная гипертензия (12,1 %), железодефицитная анемия (3,1 %) и метаболический синдром (3,1 %). Индекс суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у больных с субклиническим тиреотоксикозом был на 33,3 % ($p < 0,001$) выше, чем у здоровых лиц.

Проведенный корреляционный анализ показал, что при субклиническом тиреотоксикозе между уровнем ТТГ, $T_{3св}$, $T_{4св}$ и ЧСС, ЭРПЛП, St_2R_2 прирост существует связь. Между уровнем ТТГ и ЭРПЛП ($r = 0,355$, $p = 0,047$) выявлена прямая зависимость, ТТГ и ЧСС ($r = –0,35$, $p = 0,049$), ТТГ и St_2R_2 прирост ($r = –0,363$, $p = 0,043$) – обратная. В ходе исследования также выявлено, что между уровнем T_3, T_4 и ЧСС ($r = 0,409$, $p = 0,019$, $r = 0,448$, $p = 0,009$), T_3, T_4 и St_2R_2 прирост ($r = 0,418$, $p = 0,017$, $r = 0,452$, $p = 0,008$) имеется прямая зависимость, а T_3, T_4 и ЭРПЛП ($r = –0,410$, $p = 0,019$, $r = –0,449$, $p = 0,009$) – обратная.

Таким образом, тиреоидный статус у больных с субклиническим тиреотоксикозом характеризуется отклонением значения уровня ТТГ ниже референсного диапазона, а отклонение уровня $T_{4св}$ и $T_{3св}$ происходит в сторону верхнего значения референсного диапазона. При субклиническом тиреотоксикозе формируется тиреоидный статус с факторами риска возникновения

ФП. К факторам риска возникновения ФП относятся усиление автоматизма синусового узла, укорочение ЭРПЛП. Для тиреоидного статуса здоровых людей характерно сбалансированное распределение $T_{4св}$ и $T_{3св}$ на уровне верхнего и нижнего референсного диапазона. Индекс суммарного сердечно-сосудистого риска, по шкале SCORE у больных с субклиническим тиреотоксикозом на 33,3 % ($p < 0,001$) выше, чем у здоровых лиц.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

А. Ф. Рахматуллов[1], Р. Ф. Рахматуллов[2]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 5»,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель исследования. Оценить электрофизиологические пусковые факторы возникновения бессимптомной и симптомной фибрилляции предсердий (ФП) при сочетании ИБС с субклиническим тиреотоксикозом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 38 больных с бессимптомными пароксизмами ФП на фоне сочетания ИБС с субклиническим тиреотоксикозом (1-я группа), 35 человек с симптомными пароксизмами ФП на фоне сочетания ИБС с субклиническим тиреотоксикозом (2-я группа), 34 пациента с бессимптомными пароксизмами ФП на фоне ИБС (3-я группа) и 32 больных с симптомными пароксизмами ФП на фоне ИБС (4-я группа). ХМЭКГ проводили на аппарате «Astrocard» (ЗАО «Медитек»). Применяли стандартное расположение электродов на грудной клетке с целью получения модифицированных грудных отведений V_2, V_5 и AVF ХМЭКГ. ЧПЭФИ проводили на электрофизиологическом комплексе «Astrocard» (ЗАО «Меди-тек»). ЭКГ и ЧПЭКГ регистрировали при скорости движения ленты 25, 50, 100 мм/сек и усилении сигнала 1 мВ – 10–20 мм. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с помощью пакета программ Statistica for Windows фирмы Stat–Soft Inc с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что пусковыми факторами ФП являются экстрасистолия, сочетание экстрасистолии с ПРАВОТ и ПРАВУТ. Установлено, что при сочетании бессимптомной ФП с субклиническим тиреотоксикозом (БСФПСТ), при сочетании симптомной ФП с субклиническим тиреотоксикозом (СФПСТ), бессимптомной ФП (БСФП), симптомной ФП (СФП) сохраняется единый механизм возникновения аритмии. Пусковым фактором возникновения ФП яв-

лялась экстрасистолия (60,5–70,0 %). Реже возникновение ФП имело более сложный механизм. Сначала экстрасистолия провоцировала ПРАВУТ (14,7–21,2 %) или ПРАВОТ (13,3–22,9 %), а затем возникала ФП. В ходе исследования выявлено, что структура пусковых экстрасистол состоит из одиночной наджелудочковой экстрасистолии (50,9–62,6 %), одиночной желудочковой экстрасистолии (32,2–45,0 %). Реже ФП возникала парной (1,4–2,6 %) и групповой (0,7–1,0 %) наджелудочковой и желудочковой (1,4–1,9 %) экстрасистолией. В результате анализа суммарного количества экстрасистол у больных с ФП выявлено, что у больных с бессимптомной ФП количество экстрасистолической аритмии больше, чем при симптомной ФП на 33,0 % ($p < 0,001$). Наслоение на бессимптомную ФП субклинического тиреотоксикоза сопровождается увеличением количества экстрасистол на 21,2 % ($p = 0,007$). У больных с субклиническим тиреотоксикозом количество экстрасистол больше, чем у здоровых лиц на 39,0 % ($p < 0,001$). Также установлено, что пароксизмы тахикардии чаще у больных с бессимптомной ФП на 11,0 % ($p = 0,166$), а наслоение субклинического тиреотоксикоза сопровождается увеличением количества приступов аритмии на 21,1 % ($p = 0,007$). Продолжительность спонтанных пароксизмов у больных с бессимптомной ФП дольше, чем при симптомной аритмии на 27,0 % ($p < 0,001$). Важно отметить, что в результате сочетания субклинического тиреотоксикоза с бессимптомной и симптомной ФП возникло увеличение длительности спонтанных пароксизмов на 25,3 % ($p < 0,001$). Продолжительность спонтанных пароксизмов ФП при субклиническом тиреотоксикозе больше на 53,9 % ($p < 0,001$), чем у здоровых лиц. В результате анализа клинических проявлений ФП по бальной методике установлено, что по сравнению с бессимптомной ФП при симптомной ФП количество специфических симптомов больше на 37,2 % ($p < 0,001$), а неспецифических – меньше на 18,8 % ($p = 0,087$). Аналогичная закономерность сохранялась при сочетании субклинического тиреотоксикоза с бессимптомной и симптомной ФП. Специфические симптомы более выражены при сочетании субклинического тиреотоксикоза с симптомной ФП на 44,0 % ($p < 0,001$), а неспецифические – при наслоении субклинического тиреотоксикоза на бессимптомную ФП на 14,7 % ($p = 0,046$).

Заключение. Проведенное нами исследование показало, что у больных с фибрилляцией предсердий пусковыми факторами возникновения аритмии являются экстрасистолия, сочетание экстрасистолии с пароксизмами реципрокной атриовентрикулярной тахикардии. В ходе исследования выявлено, что наслоение субклинического тиреотоксикоза на бессимптомную и симптомную фибрилляцию предсердий сопровождается увеличением количества и продолжительности приступов тахикардии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПРЕПАРАТОВ С АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ИХ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Родин

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

Актуальность. Синдром диабетической стопы в настоящее время рассматривается как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета. В многочисленных экспериментальных и клинических исследований показано, что у больных сахарным диабетом наблюдается выраженная недостаточность системы антиоксидантной защиты, которая увеличивает уязвимость клеток к оксидативному поражению. Лечение патологических состояний, сопровождающихся развитием свободнорадикальных реакций требует рационального использования средств, обладающих антиоксидантными свойствами и уменьшающих или предупреждающих деструкцию биологических мембран. К этим препаратам следует отнести димефосфон, аплегин и мексидол, обладающие широким спектром биологической активности и возможностью влиять на основные патогенетических звенья осложнений сахарного диабета.

Цель. На основании изучения процессов свободнорадикального окисления обосновать эффективность применения димефосфона, аплегина и мексидола в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы.

Материалы и методы. Для реализации этой цели проведен анализ лечения 128 больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, у которых в комплексе лечебных мероприятий были использованы димефосфон, аплегин или мексидол. В зависимости от применяемого препарата больные были разделены на четыре группы. Больные первой группы получали комплексную стандартную терапию, которая включала гипогликемические препараты, дезагреганты, спазмолитики, антикоагулянты. У больных второй группы к комплексному лечению добавлен димефосфон, который вводили внутривенно капельно в дозе 200 мг/кг на 200 мл 0,9 % раствора хлорида натрия**.** Больные третьей группы получали в комплексном лечении аплегин 100 мг на 200 мл 0,9 % раствора хлорида натрия. В четвертой группе к лечению добавляли мексидол из расчета 200 мг внутривенно на физиологическом растворе 200 мл. Антиоксиданты во всех группах вводили однократно в течение 10 дней.

Учитывая, что изучаемые препараты относятся к группе антиоксидантов, для оценки клинической эффективности используемых препаратов, сочли целесообразным изучить процессы перекисного окисления липидов и состояние некоторых ферментов антиоксидантной защиты.

Результаты. При поступлении у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей наблюдалась значительная активация процессов липопероксидации на фоне депрессии антиоксидантной системы.

Традиционное лечение способствовало снижению процессов перекисного окисления липидов и в определенной степени стимулировало выработку каталазы в плазме и эритроцитах, однако достоверная разница в изучаемых показателях наблюдалась лишь к 20–22 суткам лечения.

Использование в комплексе лечебных мероприятий димефосфона на 12-14 сутки лечения не оказывало достоверного влияния на процессы свободнорадикального окисления. К 20–22 суткам лечения с применением димефосфона регистрировалось более заметное корригирующее воздействие препарата на процессы липопероксидации и каталазную активность, которое подтверждалось динамикой исследуемых показателей. Уровень МДА и Fe-МДА плазмы снижались на 12 и 8,27 % ($P < 0,05$), МДА эритроцитов при спонтанном и железоиндуцированном окислении липидов – на 8,55 и 6,19 % по отношению к показателям при традиционном лечении. На фоне снижения интенсивности процессов липопероксидации отмечалось увеличение уровня каталазы в плазме на 21,13 %, в эритроцитах – на 22,2 % ($P < 0,05$), по отношению к данным при традиционном лечении.

Внутривенное введение аплегина у больных с осложненными формами диабетической стопы на 12–14 сутки способствовало снижению МДА плазмы на 19,63 % ($P < 0,01$) и повышению уровня каталазы – на 43,33 % ($P < 0,01$), по отношению к величинам при традиционном лечении. К 20–22 суткам величина МДА в плазме и эритроцитах уменьшалась на 26,35 и 16,28 %, уровень каталазы плазы и эритроцитов возрастал на 38,88 и 53,52 %. Эти результаты указывают на заметную антиоксидантную активность аплегина при комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы.

На фоне внутривенного применения мексидола уже к 14 суткам лечения регистрировалось выраженное снижение показателей, характеризующих процессы липопероксидации. Величины МДА плазмы и эритроцитов снижались на 36,23 и 15,67 % ($P < 0,001$). Показатель каталазной активности плазмы и эритроцитов увеличился на 73,33 и 91,74 % ($P < 0,001$), по отношению к данным при традиционном лечении.

К 20-22 суткам комплексного лечения с применением мексидола МДА плазы и эритроцитов снижались на 42,59 и 25 %. На фоне снижения интенсивности процессов липопероксидации отмечалось увеличение уровня каталазы в плазме и эритроцитах на 69,44 и 83,8 % ($P < 0,001$), по отношению к данным при традиционном лечении.

Выводы. Обобщая вышеизложенное, следует отметить, что все применяемые препараты оказывают корригирующее влияние на процессы перекисного окисления липидов и активность ферментов антиоксидантной защиты. С учетом важности процессов ПОЛ в развитии и прогрессировании осложнений диабетической стопы, следует отметить, что лечебное действие антиок-

сидантов носит патогенетический характер. По степени эффективности влияния на ингибирование процессов липопероксидации используемые препараты имели следующее расположение: димефосфон, аплегин, мексидол. Как аплегин, так и мексидол более выраженное действие оказывает на процессы липопероксидации, протекающие в плазме, по сравнению с таковыми в эритроцитах, как при спонтанном, так и при железоиндуцированном окислении.

КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Родин

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

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

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 120 пациентов с осложненными формами диабетической стопы. Больным контрольной группы (30 человек) проводилась 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/сут. 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/сут., разведённой на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Больным четвёртой группы (30 человек) проводили внутрикостное введение мексидола, в пяточную кость пораженной стопы в течение 10 дней в дозе 400 мг/сут., 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 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 сутки, 10–12-е сутки и 20–22-е сутки лечения.

Результаты исследования. Полученные данные при поступлении у больных с осложнёнными формами диабетической стопы свидетельствовали о повышенной активности коагуляционного гемостаза с выраженной фибриноге-

немией, повышением уровня РФМК на 68 % и снижением антитромбина III на 40 %. При изучении плазминовой системы определялась выраженная депрессия литической активности крови: отмечалось снижение спонтанного фибринолиза на 11 % и Хагеман-зависимого фибринолиза на 69 %.

На 5-е сутки традиционной терапии изменения гемостазиограммы сдвигались в сторону гиперкоагуляциии и / **лизис – на 13 % и на 7 % соответственно. К 20–22-м суткам наблюдения показатели противосвёртывающей активности нормализовались.**

При регионарном внутрикостном введении отмечалось значительно раннее снижение уровня РФМК, по сравнению с внутриартериальным путём введения: на 5-е стуки наблюдалось снижение уровня РФМК на 17 %, к 10–12-м стукам – на 26 %, на 20–22-е стуки содержание РФМК уменьшалось на 17 %.

Заключение. Таким образом, метод внутрикостного введения мексидола, по сравнению с внутривенным и внутриартериальным, способствует более выраженному снижению гиперкоагулемии, активации антикоагулянтной системы и фибринолиза, тем самым происходит улучшение микроциркуляции, ликвидация условий ишемии, снижается риск развития ДВС-синдрома.

ВЫБОР РЕГИОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Родин, А. Н. Беляев

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

Актуальность. Проблема сахарного диабета в последние годы приобретает всё большее медико-социальное значение во всём мире, что объясняется непрерывным увеличением числа больных этим заболеванием.

Одним из основных факторов, характеризующих рациональность проводимой терапии, является выбор путей введения препаратов в организм, что особенно актуально при лечении диабетических ангиопатий нижних конечностей, в патогенезе которых существенную роль играют нарушения нейрогенной регуляции микроциркуляторного кровотока, приводящее к спазму прекапилляров и сбросу крови по артериоловенулярным анастомозам, минуя капиллярное кровообращение.

Цель. Обоснование применения регионарных методов введения лекарственных препаратов основано на следующих положениях: 1) возможность достижения лечебного эффекта при использовании меньших доз лекарственных веществ; 2) снижение побочных и токсических эффектов применяемых препаратов.

Методы. Из регионарных методов при лечении гнойно-некротических осложнений диабетической стопы нами использовался метод внутрикостного вливания в пяточную кость пораженной конечности. При внутрикостном пути жидкость вводится в истоки венозного русла, которыми являются венозные синусы костей, и беспрепятственно продвигается по физиологическому току венозной крови, попадая в общий кровоток. При наложении резинового бинта выше введения препарата жидкость заполняет вены до границы бинта, и после ретроградно заполняются все вены конечности в пределах наложенного бинта.

С соблюдением правил асептики, на уровне нижней трети голени поражённой конечности накладывали резиновый бинт, с целью сдавления поверхностных вен голени. Для проведения внутрикостных вливаний использовалась лечебно-диагностическая костномозговая игла диаметром 1,5 мм с мандреном. Кожа на наружной поверхности пяточной кости, и надкостница пораженной конечности обезболивались 5–10 мл 0,5 % раствором новокаина. Затем в губчатое вещество кости вращательными движениями, при умеренном давлении по оси, вводилась игла на глубину 1–1,5 см. Игла оставлялась в костной ткани для последующих внутрикостных вливаний.

Больным на фоне базисной терапии, внутрикостно проводили антиоксидантную и фибринолитическую терапию.

По данным литературы известно, что наложение манжеты или резинового бинта на мягкие ткани вызывает высвобождение тканевого активатора плазминогена и повышает фибринолитическую активность крови (манжетная проба).

Таким образом, наложение резинового бинта при использовании внутрикостного введения фибринолитика в пяточную кость пораженной стопы, не только ограничивало поступление препарата в общий кровоток, но и потенцировало фибринолитическую активность крови путем высвобождения тканевого активатора плазминогена во время компрессии мягких тканей резиновым бинтом.

Результаты. При использовании регионарных методов введения лекарственных препаратов получили существенное улучшение результатов лечения больных с осложненными формами диабетической стопы. Хотя точки приложения по механизму действия антиоксидантов и тромболитиков различная, в конечном итоге реализация клинического эффекта прямо или косвенно осуществляется вследствие воздействия как на систему гемостаза, так и процессы свободнорадикального окисления, блокируя деструктивные процессы и стимулируя процессы регенерации. Для достижения клинического эффекта дозы вводимых препаратов использовали в 2–3 раза меньшие, чем при их внутривенном введении.

АНЕВРИЗМЫ НИСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

М. Д. Романов[1], Е. М. Киреева[1,2], С. А. Сыркин[2], А. В. Пигачев[1]

[1]ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева»,
[2]ГБУЗ РМ «Районная клиническая больница № 4», г. Саранск

Клинические признаки аневризмы могут быть обусловлены как расширением самой аорты, так и её давлением на окружающие ткани. При расположении аневризмы рядом со стенкой бронха может сформироваться сообщение с просветом последнего и возникает кровохарканье, либо легочное кровотечение. Нами наблюдались два подобных случая.

Больная М., 76 лет, поступила 12.02.1994 г. с жалобами на одышку, кровохарканье, боли за грудиной сжимающего характера. Страдает атеросклерозом аорты в течение 12 лет, настоящее ухудшение в течение 2 дней. При рентгенологическом обследовании выявлено расширение тени средостения, деформация и сгущение легочного рисунка в проекции верхней доли левого легкого. На следующие сутки во время приступа кашля возникло профузное легочное кровотечение с развитием асфиксии. На аутопсии обнаружена мешковидная истинная аневризма грудной аорты с расслоением стенок на фоне выраженного атеросклероза, интимно спаянная со стенкой левого главного бронха и наличием аорто-бронхиального сообщения до 0,3 см в диаметре.

Больная А., 89 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 24.01.17 г. с жалобами на обильное выделение алой крови при кашле и рвоте (до 800 мл за сутки), выраженную общую слабость. 24.01.17 г. в 00:10 появилась обильная рвота алой кровью с пеной, кашель с кровью, после чего снизилось АД до 90 и 50 мм рт. ст. Подобное состояние было год тому назад, в течение часа рвота и кровохарканье прекратились, за медицинской помощью не обращалась. При ЭФГДС в желудке обнаружено небольшое количество светлой и темной крови. Источник кровотечения не найден. При ФБС в просвете трахеи и в главных бронхах содержатся свертки крови вишневого цвета. После бронхоальвеолярного лаважа осмотрены бронхи до субсегментарного уровня. Слизистая бронхов язычковых сегментов инфильтрирована, устья бронхов сужены, малоподвижны, в просвете – светлая кровь, поступление свежей крови не отмечено. При УЗИ объемных образований и метастазов в брюшной полости не выявлено. При ЦДС артерий нижних конечностей установлен облитерирующий атеросклероз: стеноз обеих поверхностных бедренных артерий до 60 %, подколенных артерий до 50 %, окклюзия обеих ЗББА. На ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС – 100 уд в мин., нормограмма. Депрессия сегмента ST в перегородочно-верхушечно-боковой области левого желудочка и нижней стенки. Анализ крови от 24.01.17 г.: эритроциты $1{,}6 \cdot 10^{12}$/л; тромбоциты $170 \cdot 10^{9}$/л; гемоглобин – 56 г/л; гематокрит 22 %.

На рентгенограмме органов грудной клетки (24.01.17) в проекции нижней доли левого легкого определяется округлое образование с ровными контурами, однородной структуры, прилежащее к корню левого легкого, размерами 67×67 мм (рис. 1, 2). Выраженный кальциноз дуги аорты. Релаксация купола диафрагмы.

Пациентке проведена гемостатическая терапия, трансфузии свежезамороженной плазмы в объеме 940 мл и эритроцитарной массы в объеме 1061 мл. Кровохарканье прекратилось. Анализ крови (26.01.17): лейкоциты – $5{,}4 \cdot 10^9$/л; эритроциты – $4{,}06 \cdot 10^{12}$/л; тромбоциты – $180 \cdot 10^9$/л; гемоглобин – 119 г/л; СОЭ – 48 мм/ч.

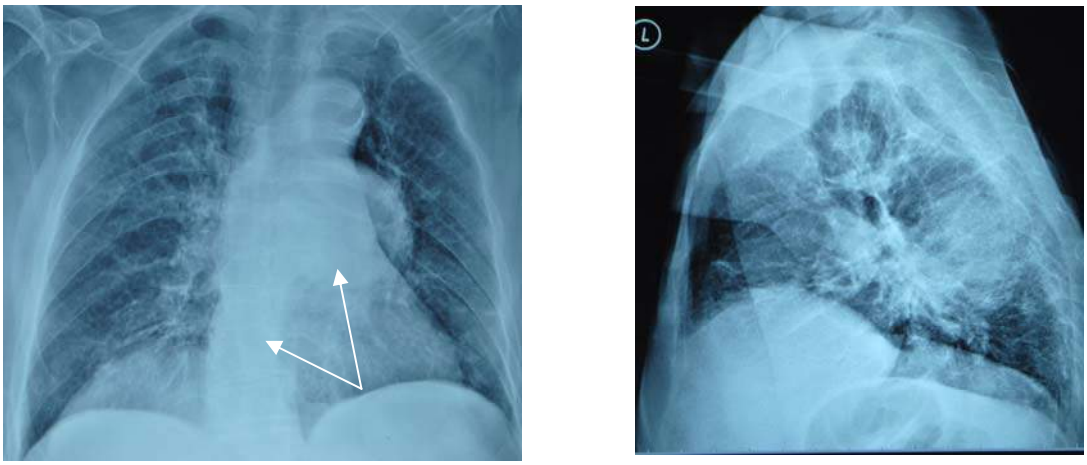


Рис. 1, 2. Обзорная и левая боковая рентгенограммы грудной клетки.
Образование средостения указано стрелками.
Частичная релаксация правой половины купола диафрагмы

На ЭхоКГ и УЗИ аорты (26.01.17): аорта – 3,1 см, восходящий её отдел – 3,4 см, дуга аорты – 2,7 см, брюшной отдел аорты – 3 см. Уплотнение стенок аорты, кальциноз. АК – I ст, аортальная регургитация I–II ст. Гипертрофия левого желудочка. Диастолическая дисфункция левого желудочка I типа. Нарушений локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. Митральная регургитация I ст., трикуспидальная регургитация I-II ст. На КТ органов грудной клетки (26.01.17) в области среднего этажа заднего средостения слева определяется образование округлой формы, с четкими контурами, широко прилежащее к нисходящему отделу грудной аорты, по плотности схожее с ней, по задней стенке видна утолщенная капсула. Верхнедолевой бронх умеренно сдавлен образованием размерами 46×56×67 см; отмечается компрессия мелких бронхов верхней доли с формированием ателектазов. КТ картина объемного образования средостения (мешотчатая аневризма грудного отдела аорты) (рис. 3). КТ картина атеросклероза аорты и коронарных артерий, диффузного пнев-москлероза.

От проведения аортографии больная отказалась и была выписана под наблюдение кардиолога.

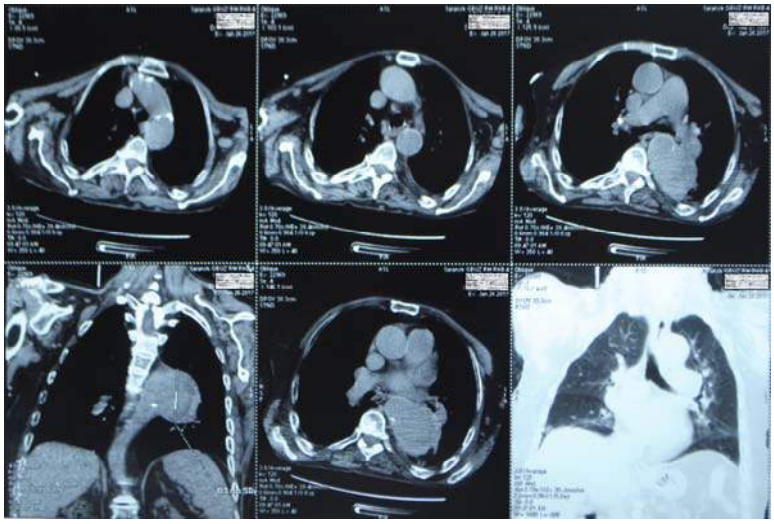


Рис. 3. КТ органов грудной клетки.
Стрелками указана мешотчатая аневризма аорты

Данные наблюдения демонстрируют редкие случаи формирования аорто-бронхиальных сообщений в результате длительной компрессии бронха и разрыва расслоенной стенки аорты в зоне изъязвленной атеросклеротической бляшки при мешотчатых аневризмах грудной аорты с развитием легочного кровотечения.

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

А. П. Сайфуллин, В. С. Захаров

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Введение. К несчастью, Россия занимает первое место в мире по числу курящих людей. Более 90 % совершеннолетних мужчин и женщин употребляют алкоголь, а 6 % населения – наркотики. В связи с этим крайне важно изучение влияние данных факторов не только на здоровье, но и на качество жизни людей. Оценка здоровья сложна и многогранна. Один человек может чувствовать себя абсолютно здоровым, однако при обследовании у него выявляется патология и наоборот, поэтому вводят понятие качество жизни. Качество жизни – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, которые позволяют достичь физического, психического и социального благополучия.

Цель. Изучение влияния патологических зависимостей и их сочетания на качество жизни на примере студентов медицинской академии путём динамического анкетирования.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали анкеты 160 студентов, которые прошли динамическое анкетирование (на 1–2 (I этап) и 5–6 (II этап) курсах). Из них было сформировано четыре группы (NNN,

NAN, KAN, KAH), где N – отсутствие патологических зависимостей, А – употребление алкоголя, К – табакокурение, Н – употребление наркотических веществ). Проведение оценки качества жизни студентов осуществлялось с помощью стандартного опросника SF-36. Данный опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. Все 36 пунктов анкеты опросника можно объединить в физический и психологический компоненты здоровья. В частности, в психологический входит понятие социального функционирования и жизненной активности. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Результаты. Выявлена положительная динамика у во всех исследуемых группах по физическому функционированию (I этап – NNN/ II этап – NNN: I этап – NAN / II этап - NAN: I этап – KAN / II этап – KAN: I этап – KAH/ II этап – KAH = 52,1/54,1: 51,1/54,5: 39,3/53,9: 32/42,8). Физическое функционирование (PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность человека значительно ограничивается состоянием его здоровья. Положительную динамику (рис. 1) по данному критерию у всех групп можно объяснить возрастом респондентов и высокими компенсаторными возможностями молодого организма.

По психологическому компоненту здоровья (психическое здоровье) выявлена отрицательная динамика (рис. 2) во всех группах (I этап – NNN/ II этап – NNN: I этап – NAN / II этап – NAN: I этап – KAN / II этап – KAN: I этап – KAH/ II этап – KAH = 57,3/45,3: 56,4/44: 41,3/40,7: 49,2/27,3). Психическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Видно, что психическое здоровье снижается во всех группах. Можно предположить, что ответ на заключается в том, что респондентами являются студенты 5–6 курса, которым предстоят сдача государственных экзаменов, совмещение работы, учёбы и семьи. Несмотря на то, что у лиц, принимающих наркотики физический компонент здоровья несколько возрастает (I этап – KAH/ II этап – KAH = 32/42,8), психологический показатель снижен почти в 2 раза (I этап – KAH/ II этап – KAH = 49,2/27,3).

Социальное функционирование определяет степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Снижение данного показателя было обнаружено (рис. 3) в группах NAN и KAH (I этап – NAN / II этап – NAN: I этап – KAH/ II этап – KAH = 84,9/75,8: 46,9/12,5), а увеличение – в группах NNN и KAN (I этап – NNN / II этап – NNN: I этап – KAN/ II этап – KAN = 86,7/89,3: 52,1/75). Социальное функционирование наиболее низкий у тех, кто принимает наркотики. Он ниже в 7 раз в сравнении с теми, кто не имеет вредных привычек.

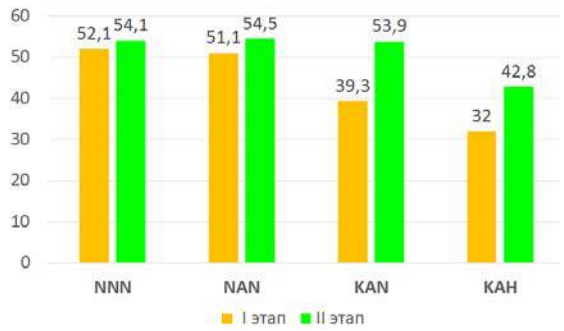


Рис. 1. Физическое функционирование

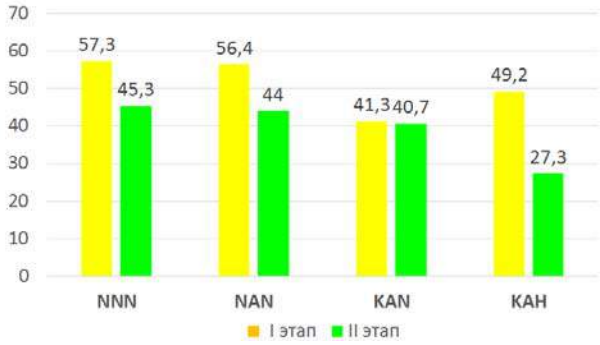


Рис. 2. Психическое здоровье

Жизненная активность (VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента (студента), снижении жизненной активности. Данный показатель снижается (рис. 4) у всех групп, особенно у лиц, употребляющих в совокупности курение, алкоголь и/или наркотики (I этап – NNN/ II этап – NNN: I этап – NAN / II этап – NAN: I этап – KAN / II этап – KAN: I этап – АН/ II этап – KAH = 74,2/60,5: 69,3/57,8: 57,5/30: 50,8/12,5).

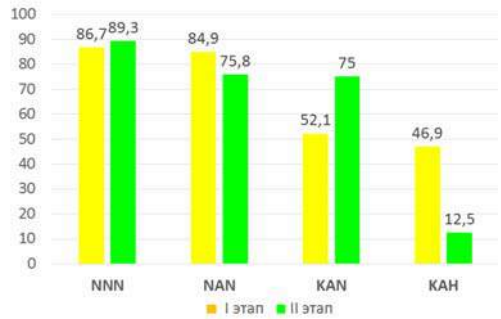


Рис. 3. Социальное функционирование

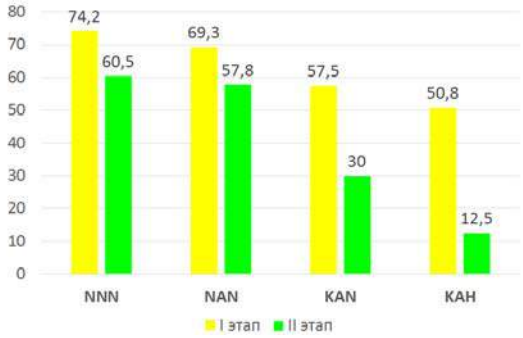


Рис. 4. Жизненная активность

Выводы. Патологические зависимости существенно снижают качество жизни, при этом особо опасно их различное сочетание. Самым губительным для человека являются наркотики. В настоящий момент крайне актуальна просветительская работа со студентами. Пропаганда здорового образа жизни, что является ключевым звеном в сохранении здоровья населения.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ВИНТА ШАНЦА ПРИ ВНЕОЧАГОВОМ ЧРЕСКОСТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

А. В. Салаев, В. А. Моисеенко, А. И. Кислов, А. В. Гатин

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Чрескостный внеочаговый остеосинтез является методом выбора при лечении открытых и закрытых переломов трубчатых костей в случаях политравмы, осложненной травматическим шоком, а также при ложных суставах,

деформациях и дефектах трубчатых костей. Неудовлетворенность результатами внеочагового остеосинтеза обусловлена, прежде всего, расшатыванием чрескостных элементов в кости – до 60 % случаев (Бейдик О. В., 2002; Краснов А. Ф., 1997; Dovid A. et al. 1994). Это является ключевым моментом в возникновении других осложнений. По определению В. И. Шевцова с соавт., 1993, осложнением чрескостного остеосинтеза считается «непредвиденное отклонение от плана оперативного лечения и послеоперационного ведения больного, требующее дополнительных лечебных мероприятий и в случае неэффективности последних, ведущее к возникновению нового для данного больного заболевания». Такие осложнения чрескостного остеосинтеза как воспаление мягких тканей вокруг чрескостных элементов, замедленная консолидация, образования ложных суставов, остеомиелит, переломы стержней, вторичное смещение отломков, как правило, связаны или же являются следствием расшатывания чрескостных стержневых элементов и нестабильности аппарата в целом.

Основными причинами расшатывания винтов Шанца в кости является, прежде всего, технические сложности при их установке. Существующие методики установки этих фиксаторов в трубчатую кость обладают существенными недостатками: не исключено проникновение сверла на большую глубину, чем необходимо. При этом возможно повреждение важных анатомических образований. В дальнейшем, когда канал просверлен в кости, представляется сложным попасть винтом Шанца в отверстие первого кортикального слоя. Поиск отверстия осуществляют по принципу «шарящей» методики, а на это затрачивается дополнительное время. Кроме того, технически сложно визуально задать винту Шанца направление, совпадающее с направлением канала, и попасть в отверстие второго кортикального слоя. Если же винт Шанца устанавливается в канал под небольшим углом к оси сформированного канала, то возникает перенапряжение или частичное разрушение резьбовой части костного канала. В таком случае в последующем возникает расшатывание винта Шанца и несостоятельность системы остеосинтеза в целом.

Для исключения вышеизложенных осложнений и трудностей монтажа аппарата внеочагового чрескостного остеосинтеза нами предложено и внедрено в практическое здравоохранение «Устройство для формирования канала в кости и установки в него винта Шанца» Патент РФ № 2353322.

Показанием к проведению методики остеосинтеза с использованием предложенного устройства являются: все виды внеочагового чрескостного стержневого остеосинтеза.

Устройство состоит из цилиндра направителя винта Шанца со стилетом – шипом. При помощи фиксатора втулки сверла устанавливают глубину сверления. Центрирующим направителем сверла является втулка сверла и трубка-проводник для спицы Киршнера, идущая по боковой поверхности направителя винта Шанца.

Предлагаемое устройство для формирования канала в кости и установки в него винта Шанца, позволяет высверливать канал в костной ткани строго

заданной глубины в строго заданном направлении, предотвратив излишнюю травматизацию мягких тканей и повреждение важных нейрососудистых образований. Кроме того, направитель позволяет устанавливать винт Шанца строго по ходу сформированного канала в костной ткани. Такое усовершенствование методики монтажа благоприятно сказывается на последующей стабильности системы винт Шанца – кость и всей системы остеосинтеза в целом.

Описанные устройство и методика управляемого малоинвазивного формирования канала в кости и установки в него фиксирующих резьбовых элементов, относительно не сложна для реализации. Поэтому может быть использована в отделениях травматологии и хирургии различных уровней ЛПУ. Методика позволяет сократить осложнения, связанные с развитием нестабильности стержней в раннем и последующих этапах послеоперационного периода, сократить время операции, а также уменьшить лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал.

Методика предложена нами в практику лечения переломов длинных трубчатых костей с 2007 г. и применена на практике у 58 больных. Во всех случаях получены положительные результаты. Экстенсивный показатель наших осложнений, развившихся в результате нестабильности стержневых чрескостных элементов, составил 17,2 %, в сравнение с данными литературы – 60 %.

170 ЛЕТ ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ

А. И. Сафронов

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

170 лет назад, 16 октября 1846 г., проведена первая публичная демонстрация операции под эфирным обезболиванием. Она состоялась в американском городе Бостоне на медицинском факультете Гарвардского университета. В качестве анестезиолога выступил 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».

К октябрю 1846 г. миру были известны многочисленные случаи общего обезболивания при хирургических операциях. Первая операция под энтеральным тсусенсановым 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.

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 дол.) и эфирного наркоза (25 дол.!). 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. Мортона – 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». Операцию проводил доктор медицины Егор Богданович Еше. Он 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 в Пензе 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 городового 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. на базе областной больницы была 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.

СИНДРОМНЫЙ МОНИТОРИНГ В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

А. И. Сафронов, В. Г. Васильков

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

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 синдрома – 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).

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В. Н. Сгибов, П. Н. Кочерганов

Научно-практический центр «Психотерапия», г. Пенза

Несмотря на большое количество исследований, проблема лечения тревожных расстройств невротического уровня остается сложной и малоразработанной.

Цель исследования: определение наиболее эффективных подходов к терапии тревожных расстройства невротического уровня во внебольничных условиях; изучение эффективности различных видов психотерапии и применения их для лечения больных с паническими и тревожно-фобическими расстройствами.

Материалы и методы исследования: нами на базе Научно-практического центра «Психотерапия» в группе из 85 пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня, проходивших комплексную терапию (основная группа) и в группе из 85 больных с такой же патологией, получавших только медикаментозную терапию (контрольная группа), изучена эффективность комплексного, поэтапного, дифференцированного подхода к терапии тревожно-фобических и панических расстройств, протекающих на невротическом уровне с острыми паническими атаками, обсессивно-фобическими проявлениями и депрессивными включениями. Все пациенты наблюдались в течение 2-х лет.

Большинство больных в данных группах находились в наиболее активном и трудоспособном возрасте (от 18 до 40 лет): в основной группе 74 больных (86,06 %), в контрольной – 62 больных (72,9 %).

Клинические проявления тревожных расстройств невротического уровня у больных обеих групп, а также данные патопсихологических исследований, были конгруэнтны.

Разработка индивидуальных лечебно-реабилитационных программ позволила нам осуществлять комплексность лечебных воздействий и их этапность уже при первичном обращении пациента.

Сотрудничество врачей смежных специальностей значительно повышало эффективность лечения и сокращало его сроки.

На основании накопленного клинического опыта нами предложена концептуально-методическая модель комплексной, поэтапной, дифференцированной терапии больных с тревожными расстройствами невротического уровня с использованием многопрофильной бригады специалистов.

В лечении панического расстройства мы выделяли две задачи: купирование самой панической атаки; предупреждение панической атаки и вторичных по отношению к панике синдромов (агорафобии, депрессии, ипохондрии и т.д).

Значительное клиническое улучшение и выздоровление было достигнуто у 72 больных (84,7 %) основной группы и у 43 (50,6 %) больных контрольной группы. Через год обострение тревожных расстройств невротического уровня, потребовавшего повторного курса лечения наблюдалось всего лишь у 13 больных (15,3 %) основной группы и у 39 (45,88 %) контрольной группы, что подтверждает целесообразность применения комплексной терапии при тревожных расстройствах невротического уровня.

При катамнестическом обследовании у пациентов основной группы значительное улучшение отмечалось в 52,1 % случаев, а отсутствие эффекта имело место у 17,4 %. На ухудшение состояния влияли такие факторы как несоблюдение рекомендаций по приему препарата, невыполнение активирующего режима и психогигиенических советов, а также неблагоприятные психосоциальные условия. В контрольной группе эффект отсутствовал у 73,6 % больных и у 26,3 % сохранялось улучшение. Значительного улучшения в катамнезе у этой группы пациентов не наблюдалось.

Таким образом, данные, полученные в нашем исследовании, позволяют с достаточной степенью достоверности предположить, что сочетание медикаментозной терапии с интегративной психотерапией (основная группа) дает снижение уровня симптоматики более быстрое, качественное и устойчивое, чем монотерапия лекарственными препаратами (контрольная группа).

Мотивация к лечению у пациентов основной группы формировалась быстрее и готовность их к изменениям была гораздо выше, а проработка внутриличностных конфликтов качественнее, что обеспечивало более благополучный прогноз и меньшую частоту рецидивов. Сочетание психофармакотерапии и интегративной психотерапии улучшало межличностное взаимодей-

ствие и в относительно короткие сроки повышало адаптивные способности пациентов

Терапия тревожных расстройств невротического уровня должна проводиться комплексно, поэтапно и дифференцированно, сочетая в себе психофармакологическое (биологическое) лечение с интегративной психотерапией в различных соотношениях в зависимости от нозологии, профиля личности, выраженности клинических проявлений, длительности лечения заболевания, сомато-неврологического статуса.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ЗА СЕМИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

К. И. Сергацкий[1,2], Т. В. Кочмарева[2], И. Г. Шалдыбин[2], О. В. Просточенко[2], Д. В. Мизонов[2], И. И. Петров[2], Д. И. Шалдыбин[2], Е. А. Лазутов[2], И. В. Малякин[2], К. В. Баланюк[1]

[1]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
г. Пенза

Цель: изучить структуру летальности отделения колопроктологии.

Материалы и методы. За период 2009–2015 гг. в отделении колопроктологии ПОКБ им. Н. Н. Бурденко под наблюдением было 13256 пациентов, прооперировано 11 143 больных. Проведен ретроспективный анализ летальных случаев по историям болезни.

Результаты. Из 57 умерших, 23 (40,4 %) имели диагноз осложненного злокачественного новообразования ободочной или прямой кишки.

В 8 наблюдениях опухоль локализовалась в прямой кишке. В 2 случаях выполнена БПЭ (у одной больной на 22 сутки после операции возникла массивная ТЭЛА, у другой – параколостомическая флегмона, потребовавшая выполнения ее вскрытия, дренирования, наложения трансверзостомы). Две больных погибли на фоне интоксикации и полиорганной недостаточности, одна – после перенесенной резекции прямой кишки по Гартману, у второй – рак прямой кишки с распадом и перфорацией, было выполнено наложение петлевой сигмостомы и санация брюшной полости. 1 пациенту потребовалось выполнение релапаротомии, санации брюшной полости, трансверзостомии после первично выполненной передней резекции прямой кишки на фоне несостоятельности анастомоза. Причиной смерти у данного пациента стала ТЭЛА. В 2 случаях больные погибли от интоксикации и полиорганной недостаточности (1 – после выполнения лапаротомии, ушивания перфорации опухоли прямой кишки, сигмостомии, еще 1 – на фоне 4 клинической стадии заболевания, осложненного кишечным кровотечением). Еще в 1 наблюдении был выявлена ОКН на фоне рака с перфорацией слепой кишки и перитонитом.

У 5 больных рак имел локализацию в сигмовидной кишке. 2 пациентам выполнено наложение колостомы при наличии ОКН. У 1 пациентки был выявлен рецидив рака сигмовидной кишки с метастазами в печени и кишечным кровотечением. Больная не оперирована. Еще в 2 случаях выполнена субтотальная колэктомия, концевая илеостомия по поводу рака сигмовидной кишки, запущенной ОКН с перфорацией ободочной кишки и перитонитом.

В двух наблюдениях опухоль находилась в поперечно-ободочной кишке. Одной больной выполнена обструктивная резекция с последующей реоперацией по причине несостоятельности стомы. Другому больному наложена илеостома.

У 2 пациентов выявлен рак ректосигмоидного отдела толстой кишки, у одного из которых была обнаружена перфорация толстой кишки в зоне опухоли. Выполнено ушивание, выведение сигмостомы. Второму пациенту выполнена петлевая сигмостомия при наличии ОКН.

Один больной был переведен в ПОКБ с диагнозом рака левого изгиба ободочной кишки после левосторонней гемиколонэктомии по поводу несостоятельности анастомоза, калового перитонита. Еще 1 пациентке выставлена опухоль той же локализации, осложненная ОКН. Выполнена левосторонняя гемиколонэктомия. Смерть от обширного инфаркта миокарда.

1 пациент переведен в ПОКБ с диагнозом опухоли правого изгиба ободочной кишки по поводу ОКН онкогенеза. Умер от присоединившихся в послеоперационном периоде осложнений, интоксикации.

1 больной с раком слепой кишки, ОКН умер от интоксикации, полиорганной недостаточности после илеостомии.

В 1 наблюдении больная умерла после илеостомии и вынужденной последующей (учитывая перфорацию) правосторонней гемиколонэктомии при раке восходящей кишки с ОКН.

Еще 1 пациентка умерла от интоксикации при диагностированном канцероматозе при первичной опухоли в ректосигмоидном отделе.

4 (7 %) больных умерли с диагнозом язвенного колита тяжелого течения. В двух случаях проведена лапароскопия для исключения перфорации кишки. 2 пациента погибли после экстренных операций по поводу токсической дилатации ободочной кишки, молниеносной формы, тотального поражения, тяжелого течения язвенного колита. У одного из этих пациентов интраоперационно была обнаружена перфорация ободочной кишки.

13 (22,8 %) пациентов умерли на фоне интоксикации, полиорганной недостаточности после вскрытия, дренирования флегмоны, некрэктомии при наличии острого гнилостно-некротического парапроктита.

2 (3,5 %) умерли от ОКН, не связанной с органической патологией толстой кишки. Одному выполнена ликвидация заворота сигмовидной кишки, мезосигмопликация, затем вынужденная релапаротомия, интубация кишечника по поводу динамической ОКН. Причиной смерти стала сердечно-сосудистая недостаточность. Другой – переведен из травматологического от-

деления, где оперирован по поводу перелома правого бедра. В послеоперационном периоде стойкий синдром Огилви. Выполнена лапаратомия и интубация толстой кишки. Из-за перфорации сигмовидной и слепой кишки выполнена релапаротомия.

Еще 4 (7 %) пациента погибли с диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки с перфорацией и 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, обширной параректальной гематомы погиб после аррозивного рецидивного кровотечения из бассейна внутренних подвздошных артерий.

1 (1,75 %) пациентка умерла с диагнозом осложненного флегмоной мягких тканей наружного толстокишечного свища. По причинам, не связанным с патологией толстой кишки умерло 6 (11 %) больных.

Заключение. Общая летальность в отделении колопроктологии за 2009–2015 гг. составила 0,43 %, послеоперационная – 0,51 %.

РЕЦИДИВ ЗОБА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. ФАКТОРЫ РИСКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

С. Н. Сергеев, Н. И. Богомолов, Н. С. Литавина

ФГБОУ ВО «Читинская государтсвенная медицинская академия» Минздрава России,
ГУЗ «Краевая клиническая больница Забайкальского края» Минздрава России, г. Чита

В России основными методами радикального лечения разных форм зоба являются хирургический и радиойодтерапия. Зобная эндемия широко распространена по территории страны, а в Восточном Забайкалье в особенности. Количество операций по поводу различных заболеваний щитовидной железы, несмотря на государственные меры профилактики, не уменьшается, остаётся стабильным и число больных с рецидивным послеоперационным зобом. Рецидив зоба после хирургического лечения, по данным литературы, регистрируется в 0,4–41 % случаев. Такое явление пытаются объяснить объёмом выбранной первичной операции, дефицитом йода, послеоперационным гипотиреозом.

Цель исследования. Выявить факторы риска развития рецидивного послеоперационного зоба и разработать возможные способы его профилактики.

Материалы и методы. Анализированы результаты обследования и лечения 80 больных с рецидивным узловым зобом по материалам общехирургического отделения ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края с 2011 по 2016 гг. Учитывали данные клиники, средств инструментальной визуализации, лабораторных исследований, в первую очередь гормонального фона до и после операции, и результаты гистологических исследований.

Результаты. За указанный период в отделении находилось на лечении 80 (9,5 %) больных с рецидивным послеоперационным зобом. Женщин от 17 до 76 лет было 78(97,5 %), мужчин – 2(2,5 %, 35 и 40 лет). Средний возраст пациентов составил 53,5±12,1 года. Жителей города Чита было 33(40,7 %), из сельской местности – 47(59,3 %), при том, что 1/3 населения края проживает в его столице. Рецидив зоба наступил в сроки от 1 года до 35 лет с момента операции, чаще в интервале от 6 до 10 лет. При первичной операции 49 (61,25 %) человек перенесли резекцию одной доли щитовидной железы, 6(7,5 %) – гемитиреоидэктомию, 11(13,65 %) – субтотальную резекцию, 10(12,5 %) – тиреоидэктомию, у 4(5 %) пациентов объём операции не известен. Результат гистологического исследования операционного макропрепарата имелся только у 19(23 %) пациентов. Коллоидный зоб выявлен у 9(39,1 %), аденома – у 5(21,7 %), тиреотоксический – у 2(8,7 %), киста – у 1(4,3 %) человека. Клиническая картина характеризовалась наличием узлового образования на шее у 95 %, затруднение глотания, одышку, слабость и потливость отмечали 33 % пациентов. Ультразвуковое исследование щитовидной железы выполнено у 55 больных. В 9(16,4 %) случаях обнаружена одна доля, в 18(32,7 %) – культи обеих долей, в 27(49,1 %) – доля и тиреоидный остаток с другой стороны. Средний объём железы составил 35,4±5,2 см³. При изучении гормонального фона сыворотки крови методом ИФА до операции среднее значение ТТГ составило 3,2 мкМЕ/мл, а у 5 пациентов отмечалось повышение до 8,2 мкМЕ/мл. Уровни T^3 и T^4 были в пределах нормы. У 76(95 %) больных выполнена тиреоидэктомия, у 4(5 %) – субтотальная резекция щитовидной железы. Односторонний парез возвратного гортанного нерва отмечен у 8(6,4 %), явления гипопаратиреоза – у 19(15 %) человек. Опыт свидетельствует, что повторная операция на щитовидной железе сложнее первичной и чаще сопровождается травмой возвратных гортанных нервов, выделить которые в рубцовой ткани порой невозможно ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Рецидив узлового зоба, вероятно, не связан с объёмом первичной операции и с послеоперационным гипотиреозом. 2. Рецидив узлового зоба сложная проблема эндокринной хирургии и тиреоидологии, требует высокой квалификации оперирующего хирурга, сопровождается большим числом послеоперационных осложнений. 3. Приоритетным хирургическим пособием при рецидивном зобе остаётся тиреоидэктомия в специализированном стационаре с экспресс-биопсией.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

С. А. Серединᵃ, А. В. Баулинᵇ, Д. Ю. Зиновьевᵃ, Р. Р. Ильясовᵃ

ᵃГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
ᵇООО «Центр доклинических исследований», г. Пенза

Актуальность. Известно, что контакт элементов семенного канатика с протезом приводит не только к техническим трудностям в случае операции по поводу рецидива заболевания, но и к осложнениям, возникающим в результате деформации в рубце структур семенного канатика. В результате формирующегося перипротезного фиброза происходит вовлечение в рубец тестикулярных сосудов и семявыносящего протока, что приводит сначала к их деформации, а в тяжелых случаях – облитерации. Для снижения риска возможных осложнений ряд хирургов предлагает анатомически отграничивать сетку от семенного канатика, за счёт сшивания над протезом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Материал и методы. Анализируя технику 350 операций по способу Лихтенштейна нами установлено, что при высоком паховом промежутке и изменённой поперечной фасции возникает ситуация, когда вновь сформированная задняя стенка пахового канала представлена преимущественно эндопротезом и не включает собственные ткани, а расположение семенного канатика на сетке, может приводить к изменениям в трубчатых структурах семенного канатика. В анатомо-хирургическом эксперименте нами был разработан комбинированный способ пластики паховых грыж с укреплением задней стенки пахового канала при помощи сетчатого эндопротеза, с использованием перемещенного лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота для отграничения семенного канатика от последнего (патент РФ № 2545413). Способ выполняется следующим образом: паховый канал вскрывают выполняя рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота от верхнего края наружного отверстия пахового канала параллельно паховой связке, выделяют семенной канатик, формируют апоневротический лоскут для дополнительного укрепления задней стенки пахового канала и отграничения семенного канатика от протеза выполняя второй разрез апоневроза наружной косой мышцы живота параллельно первому разрезу и на 2 см выше, эндопротез фиксируют позади семенного канатика к подвздошно-лонному тракту и глубоким слоям паховой связки, внутреннее отверстие пахового канала формируют по нижнему краю эндопротеза в виде арки, превосходящей диаметр семенного канатика на 2–3 мм, верхний край эндопротеза фиксируют к объединённому апоневрозу наружной и внутренней косых мышц живота, переходящему в передний листок влагалища прямой мышцы, сформированный из апоневроза наружной косой мышцы живота апоневротический лоскут укладывают позади семенного канатика на эндопротез, производят фиксацию нижнего края апоневротического лоскута к глубоким слоям паховой связки, формируя отверстие для семенного канатика в соответствии с его диаметром, верхний

край апоневротического лоскута подшивают к подлежащему эндопротезу, семенной канатик располагают на апоневротическом лоскуте, сшивают свободные края апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком с формированием наружного отверстия пахового канала.

На наш взгляд, такой подход позволяет, во-первых, укрепить заднюю стенку пахового канала за счет собственных тканей, дополнительным слоем, используя наиболее плотную соединительнотканную структуру пахового канала. В-вторых, повысить надёжность фиксации эндопротеза. В-третьих, отграничить эндопротез от семенного канатика. В-четвёртых, сохранить паховый канал и его «клапанную» функцию за счёт сшивания над семенным канатиком свободных краёв апоневроза наружной косой мышцы живота.

Результаты. С января 2014 г. по январь 2017 г. выполнено 39 герниопластик у 35 мужчин с хорошим результатом. Срок наблюдения после операции составил от 3 недель до 2 лет. Послеоперационное течение без осложнений. У одного пациента с рецидивной косой паховой грыжей справа был отмечен отек мошонки, купировавшийся на фоне проводимой физиотерапии. В двух случаях при выполнении пластики у больных с рецидивными паховомошоночными грыжами для ограничения контакта семенного канатика с сеткой нами использована ксеноперикардиальная пластина «Кардиоплант» (ООО «Кардиоплант», г. Пенза, Россия). Активизация оперированных пациентов в течение первых суток после вмешательства. Болевой синдром не выражен. Рецидива грыжи и атрофии яичка на стороне операции не выявлено. В настоящее время изучается изменение репродуктивной функции после герниопластики в сравнительном аспекте.

Выводы. Считаем, что способы комбинированной герниопластики, направленные на улучшение качества жизни пациентов-грыженосителей за счет индивидуального подхода к хирургическому лечению, и снижающие количество возможных осложнений, имеют право на существование и могут применяться в клинической практике.

АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ, ПРИВЕДШИХ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГБУЗ ПОБСМЭ г. ПЕНЗЫ

О. И. Симонова[1], А. П. Столяров[1], М. Н. Максимова[2], Л. Г. Радченко[2], И. А. Агапова[1], И. В. Калиберда[1]

[1]ГБУЗ ПОБСМЭ «Патологоанатомическое отделение детской и перинатальной патологии»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Врождённые пороки развития (ВПР) занимают одну из лидирующих позиций в структуре перинатальной, младенческой, детской смертности, и являются актуальной проблемой в работе врачей патологоанатомов (Кула-

ков В. И., 2007; Божбанбаева Н.С., с соавт., 2012). По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается 4–6 % детей с ВПР, летальность при этом составляет 30–40 % (E. N. Whitby, M. N. Paley, M. F. Smith, A. Springg, N. Woodhouse, 2003).

Переход на новые критерии рождения, утвержденные приказом МЗ РФ № 1687н от 27.12.2011 г., внес изменения в порядок выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти. В настоящее время плоды с массой до 500,0, вследствие прерывания беременности по медицинским показаниям, подлежат патологоанатомическому исследованию и учитываются в отдельной рубрике.

Целью данной работы явилось изучение структуры ВПР, приведших к летальному исходу у плодов, мертворождённых и новорожденных детей.

Методы исследования. На базе ГБУЗ ПОБСМЭ Патологоанатомического отделения детской и перинатальной патологии г. Пензы за период 2012–2015 гг., проанализировано 830 протоколов вскрытия плодов, мертворождённых и новорожденных.

Результаты. В материалах 355 вскрытий выявлена информация о наличии ВПР у исследуемого контингента, что составило 42,7 % случаев.

Среди плодов (массой до 500,0) частота летальных исходов от ВПР динамично нарастала (в 1,6 раза): от 48 % (n = 45) случаев в 2012 г. до 77 % (n = 73) в 2015 г. и составила за отчетный период 65 % (n =2 30).

Среди мертворожденных (n = 21) морфологически установлены ВПР в 5,9 % случаев. Отмечена тенденция к снижению частоты ВПР в данной категории с 9,6 % (n = 9) случаев в 2012 г. до 3,2 % (n = 3) случаев в 2015 г.

За последние 4 года ВПР как причина смерти были установлены у 104 детей в возрасте до 17 лет, что составило 29,2 % случаев. Из них более высокий процент летальных исходов приходился на неонатальный (55,7 %; n = 58) и постнатальный (39,4 %; n = 41) периоды. Вместе с тем, за отчетный период выявлено снижение частоты летальных исходов в неонатальном периоде в 1,8 раза: с 58,9 % (2012 г.) до 33,3 % (2015 г).

У детей старше года летальность от ВПР отмечалась в единичных случаях: у 5 человек (4,8 %). Из них у 3 выявлены пороки ССС, у 2 детей – пороки ЦНС. Несмотря на то, что в структуре ВПР у детей до года, по данным секционного материала, превалировали пороки развития ССС, прослеживается положительная тенденция к снижению их количества с 71 % до 57 % случаев (в 1,2 раза). В структуре ВПР у мертворожденных преобладали множественные пороки развития 8 (38,0 %) и аномалии ЦНС 7 (33,3 %). В структуре ВПР у плодов – пороки ЦНС составили 22,1 % (n = 1), хромосомные аномалии и их маркёры 16,5 % (n = 38), с увеличением частоты в 3,1 раза: с 6,6 % n = 3) случаев в 2012 г. до 20,5 % (n = 15) случаев в 2015 г. ВПР сердечно-сосудистой и мочеполовой системы выявлялись у 14,3 % (n = 33) и 13,4 % (n = 31) случаев соответственно. Отмечен рост МВПР с 2,2 % (n = 1) до10,9 % (n = 8).

Выводы.

1. Наибольшее число вскрытий с ВПР 55,7 % отмечается в неонатальном периоде.

2. Увеличение числа ВПР у плодов (с массой до 500,0) в 1,6 раза, с последующим индуцированным прерыванием беременности до 22 недель, способствовало снижению частоты летальных исходов от ВПР у детей.

3. В 3,1 раза увеличилось выявление хромосомных аномалий и их маркеров, что свидетельствует о своевременной ультразвуковой и генетической диагностике плода.

РИТУКСИМАБ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

О. Н. Сисина[1], Т. Н. Белугина[2], Л. Ф. Бурмистрова[2], Н. А.Тимофеева[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
[3]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Лечение хронических гломерулонефритов (ХГ) – довольно сложная проблема, требующая на сегодняшний день выбора оптимальных режимов иммуносупрессивной терапии. Терапевтическая тактика лечения ХГ в современной практике складывается из применения высоких доз глюкокортикостероидов, цитостатических препаратов, ингибиторов кальцийнейрина. К сожалению, указанные группы препаратов не всегда эффективны и имеют большое количество побочных эффектов и в случае рефрактерного к лечению заболевания, развивается неблагоприятный почечный прогноз.

Одним из альтернативных способов лечения в настоящее время рассматривается контроль аутоиммунных патологических состояний путем истощения (и/или модуляции функции) В – лимфоцитов. Как известно, В – лимфоциты занимают важное место в функционировании иммунной системы, они участвуют в развитии и поддержании адаптивного иммунитета, образуются из гемопоэтических предшественников в костном мозге на протяжении всей жизни человека, участвуют в поддержании иммунологической толерантности к собственным антигенам (аутоантигенам). Дефект В-клеточной толерантности приводит к синтезу аутоантител, которые, активируя эффекторные звенья иммунного ответа, индуцируют развитие воспаления и деструкции тканей организма человека. В качестве селективных препаратов для лечения аутоиммунных гломерулопатий были предложены рекомбинантные химерные (мышь-человек) моноклональные антитела к поверхностным рецепторам В лимфоцитов – CD20. Большой интерес представляет ритуксимаб. Это моноклональные антитела IgG1, ингибирующие CD20-медиированную пролиферацию и дифференциацию В – лимфоцитов и вызывающие

комплемент-зависимую и антительно-опосредованную деструкцию В-клеток. Поскольку CD20 является поверхностным рецептором, который экспрессируется только на В-лимфоцитах (как на незрелых, так и на зрелых нормальных или злокачественных), но не экспрессируется на гемопоэтических стволовых клетках, плазматических клетках и клетках здоровых тканей, использование ритуксимаба позволяет селективно подавлять только В-лимфоциты, без подавления предшественников В-клеток и плазматических клеток.

В клинических рекомендациях по нефрологии (2016) есть указание, что применение ритуксимаба возможно у больных с мембранозной нефропатией (МН), но доказательная база нуждается в усилении (нет градаций).

Приводим наблюдение больного МН с нефротическим синдромом (НС), отказавшимся от стандартной иммуносупрессивной терапии, у которого был зафиксирован хороший терапевтический ответ при лечении ритуксимабом.

Больной К., 1958 г. рождения, проживающий в г. Пенза, заболел осенью 2015 г., когда впервые отметил повышение цифр АД до 180 и 110 мм рт.ст. Обратился за медицинской помощью к кардиологу, где после проведения обследования была выявлена массивная протеинурия 5,8 г/сут, гипопротеинемия: общий белок 48,7 г/л, альбумин 23,4 г/л, при сохранной функции почек: креатинин 105,5 мкмоль/л, СКФ (CKD-EPI)- 63 мл/мин; отеки голеней и стоп. Был направлен на стационарное лечение в отделение нефрологии по месту жительства. Диагностирован НС и так как он дебютировал в зрелом возрасте, было проведено обследование в рамках вторичного варианта ХГ. После проведенного обследования выставлен клинический диагноз *хронический гломерулонефрит, нефротическая форма с сохранной функцией почек*. Больной был направлен на проведение биопсии почки с целью морфологической верификации почечного заболевания.

В дальнейшем больной находился в отделении нефрологии и патологии трансплантированной почки (1 нефрологическое отделение) ГКБ № 52 (г. Москва), где проводилось морфологическое исследование ткани почки, полученной при пункционной биопсии. Диагностирована мембранозная нефропатия. В ходе госпитализации в отделении нефрологии и патологии трансплантированной почки были исключены наиболее частые причины развития вторичной МН. Также у больного определялся уровень антител субкласса IgG4 к рецепторам М-типа фосфолипазы А2 (PLA2R) в крови, титр которых был повышен (1:80). Таким образом, в данном случае можно говорить о доказанном первичном, идиопатическом варианте МН. В связи с выше изложенным, больному была рекомендована патогенетическая терапия: кортикостероиды 60 мг в сутки 2 месяца, затем переход на прием через день-длительно в сочетании с циклоспорином 3-5 мг/кг веса либо циклофосфан 1,0 в месяц-6 пульсов или Ритуксимаб 1000 мг 1 раз в 2 недели № 2. Больной от лечения ГКС и цитостатическими препаратами отказался, в связи с чем, было принято решение начать патогенетическую терапию ритуксимабом по следующей схеме: 1000 мг 1 раз в 2 недели № 2 в условиях нефрологического

отделения по месту жительства. В соответствии с рекомендациями пациент получил 3 курса ритуксимаба по 1000 мг каждый (в течение полугода) в сочетании с 250 мг солумедрола перед каждым введением указанного препарата. В результате проведенного лечения был достигнут положительный эффект: по клиническим данным отечный синдром купирован, цифры АД составили 130/90 мм рт. ст.; по данным контрольных анализов: в крови общий белок – 72,0 г/л, креатинин – 74,0 мкмоль/л, СКФ (CKD-EPI) – 97 мл/мин, мочевина – 6,0 ммоль/л, гемоглобин – 130,0 г/л, В-лимфоциты (CD19+) – 1,3 % (референсный интервал 2–22 %), суточная протеинурия – 0,78 г/сут. Таким образом, можно говорить о достижении ремиссии МН через 6 месяцев от начала лечения ритуксимабом.

Данный случай демонстрирует эффективность применения ритуксимаба как альтернативного способа лечения МН. Однако окончательные выводы можно сделать по мере дальнейшего накопления клинического опыта.

«ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ

М. А. Смирнова, А. А. Стремоухов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Количество пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических лечебных учреждениях чрезвычайно велико. Однако еще большее число лиц имеют факторы риска развития этого заболевания, но либо не знают о них, либо не проявляют должной настороженности в отношении возможного появления болезни. Всё это обусловлено низкой информированностью пациентов о сути заболевания, отсутствию навыков самоконтроля, недостаточной приверженности здоровому образу жизни и зачастую является следствием невысокой педагогической активности терапевта или врача общей практики по отношению к прикрепленному контингенту.

Проведенное нами анкетирование полутора тысяч пациентов нескольких московских поликлиник показало, что знания пациентов о природе имеющихся у них расстройств недостаточны. 73 % пациентов не могли сказать, каким именно заболеванием они страдают. Затруднялись ответить на вопрос о причинах имеющихся жалоб 87 % опрошенных, о возможных осложнениях заболевания не информированы 72 % пациентов. При этом познавательная активность пациентов относительно выяснения причин плохого самочувствия высока, но используемые ими источники информации неспецифичны: для 46 % пациентов это газеты и журналы, для 38 % – телевидение, для 26 % – радио, для 16 % – интернет. Лишь 9–12 % пациентов получали необходимую информацию от своего врача. Естественная неудовлетворенность пациентов

работой врача результировалась в низкой обращаемости их в медицинское учреждение (64 % опрошенных посещали врача с частотой один раз в год и реже), при этом продолжительность имеющихся у них расстройств, в подавляющем большинстве случаев, составляла годы. Результатом этого явилось отсутствие регулярного лечения у 51 % пациентов, 33 % больных принимали препараты только по мере ухудшения самочувствия, а постоянного приема необходимых препаратов не придерживались 59 % опрошенных.

Нами была организована и проведена «Школа здоровья» для больных ишемической болезнью сердца и лиц с факторами риска её развития. Обучение проходило по специально разработанной программе в группах из 8–10 человек, объединённых наличием сходных факторов риска, что повышало интерес к обучению и способствовало усвоению учебного материала. Методом изложения материала была избрана лекция-беседа с элементами дискуссии, позволяющая пациентам не только слушать преподавателя-врача, но и активно делиться собственным опытом профилактики заболевания и мнением по поводу актуальности имеющейся проблемы. Такая форма обучения существенно повышала комплайнс с врачом и позволяла выработать активную позицию у пациентов. Занятия проходили в отдельном помещении за круглым столом с удобными стульями или креслами. Использовалось дополнительное инструментальное оснащение и демонстрационный материал. Программа обучения включала в себя пять занятий, длительность каждого составляла не более 60 мин. Все занятия имели единую структуру (вводная часть – 5 мин, информационная часть – 30 мин, активная часть – 15 мин, заключительная часть – 10 мин) и были посвящены выработке «информационной» мотивации, расширению знаний пациента о заболевании и причинах, лежащих в основе его возникновения, возможных осложнениях. Проводилась интерпретация и объяснение данных проведенного каждому пациенту лабораторного и инструментального обследования с обсуждением подходов к лечению, выбором лекарственного препарата, разъяснением необходимости регулярного и длительного его приема. Аргументировалась необходимость приверженности лечению и профилактике заболевания, ведению здорового образа жизни. Активная часть занятий способствовала появлению и развитию практических умений и навыков эффективного контроля заболевания.

Анкетирование пациентов, проведенное сразу после обучения, показало, что общая оценка работы «Школы» была высокой (4,7 балла по пятибалльной шкале). Обучение было полезным (4,92 балла), пациенты удовлетворены его качеством (4,84 балла) и обязательно посоветуют пройти обучение своим близким друзьям (4,62 балла). У обучающихся изменилось отношение к возможности самоконтроля заболевания и профилактики осложнений (4,31 балла), они готовы выполнять рекомендации врача (4,77 балла), в том числе контролировать физическую активность (4,38 балла), изменять пищевые привычки и пр.

Высокая оценка пациентами образовательных программ объяснялась клинической и экономической эффективностью результатов. Так, обучение в «Школе здоровья» и последующее наблюдение в течение 12 месяцев продемонстрировали существенные положительные изменения в состоянии пациентов и клинико-лабораторной картине заболевания: уменьшилась одышка при физической нагрузке, снизился функциональный класс стенокардии, нормализовалось артериальное давление, улучшились показатели липидного профиля и пр. 70 % пациентов «Школы» уменьшили потребление алкоголя, 36,7 % увеличили физическую активность, а 33,3 % ограничили потребление поваренной соли. К концу первого года наблюдения 27,3 % пациентов снизили массу тела. Информированность пациентов о заболевании возросла с 46,7 до 90 %, ежедневный самоконтроль АД и ЧСС достиг 90,6 %. Приверженность врачебным рекомендациям составила 86,6 % (в группе сравнения – 33,3 %). Повышение качества жизни отмечено у 90 % пациентов. Количество случаев нетрудоспособности снизилось в 9 раз.

Наш опыт показывает, что врач действительно может существенно изменить отношение человека к своему здоровью, помочь ему почувствовать собственную ответственность за физическое благополучие, выработать доминанту здорового образа жизни. А обучение и санитарное просвещение пациентов способствует росту удовлетворенности медицинским обслуживанием, повышает взаимодействие пациента с врачом, увеличивает приверженность врачебным рекомендациям, способствует правильному и постоянному самоконтролю заболевания, приобретению навыков самопомощи при неотложных ситуациях, улучшению качества жизни, ведет к значительной экономии ресурсов здравоохранения и снижению затрат на лекарственное обеспечение.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИЯХ

А. Ф. Соловьева

ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 59» ФМБА России, г. Заречный;
ЦУБ п. Усть-Майя, Республика Соха (Якутия)

Осложнения при анестезиях остаются одной из самых актуальных проблем в мировой анестезиологической практике. Впервые определение «осложнения при анестезиях» ввел Г. В. Гуляев в работе «Экспертиза летальных осложнений при общей анестезии» в 1970 г. Осложнение при анестезии наиболее удачно определено у А. П. Зильберга: «Если во время анестезии происходит потеря контроля над жизненно важными функциями или их выраженные изменения, требующие специальной коррекции помимо управления глубинной анестезии, возникает осложнение».

Отклонения со стороны жизненно важных систем организма во время проведения анестезии при оперативном вмешательстве могут быть обусловлены тремя группами причин:

– проявления основной и сопутствующей патологии у больного с учетом степени ее компенсации,

– действия хирурга – совокупность патологических влияний на организм больного, возникающих с неизбежностью в процессе осуществления оперативного вмешательства. В качестве патологических влияний могут выступать не только рефлекторные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы (ваго-вагальный рефлекс – брадикардия, апноэ, гипотензия), но и целый ряд других факторов, зависящих от вида оперативного вмешательства, длительности операции, изменения плана операции по ходу ее, а также от факторов, косвенно определяемых квалификацией хирурга;

– действия анестезиолога – совокупность мероприятий, направленных на ликвидацию или значительное уменьшение результата патологических влияний на организм больного действий хирурга. Анестезиологу на операционном столе необходимо продолжить и лечебный процесс по поводу основного заболевания, т.е. учитывать его в программе проведения анестезии. Действия анестезиолога как элемент клинической ситуации также зависит от многих причин, включая и квалификацию анестезиолога.

Критерии выделяемых осложнений для анестезии:

I. Остановка кровообращения

– парасимпатический эффект,

– фибрилляция желудочков,

– разные факторы – аспирация, лекарственные препараты.

II. Критическая нестабильность гемодинамики

– стойкое в течение 20 мин и более падение систолического давления,

– стойкий подъем диастолического давления,

– стойкое падение систолического давления ниже 70 мм. рт. ст.,

– более, чем однократные колебания ЧСС и АД на 35 % от исходных значений.

III. Нарушение сердечного ритма – наибольшую опасность из которых, представляют желудочковые нарушения ритма.

IV. Рвота, регургитация с аспирацией одно из самых серьезных осложнений. Общая летальность по разным данным при подтвержденной аспирации желудочным содержимым составляет 57–70 %, а при обширных поражениях составляют 81–100 %.

V. Рвота, регургитация без аспирации – по данным исследований составляет 14–28 % всех анестезий при эндотрахеальном наркозе, хотя аспирации при этом не наблюдается, что заставляет анестезиологов всегда прибегать к защите дыхательных путей.

VI. Аллергические реакции – возникают при анестезии как при введении препаратов для анестезии, так на различные компоненты инфузионно-трансфузионной терапии. Частота возникновений аллергических реакций во время анестезии по данным различных авторов составляет до 4–5,8 % всех анестезий.

VII. Ларинго- и бронхоспазм – основной причиной которых является недостаточное подавление рефлекторных реакций при поверхностной анестезии.

VIII. Возбуждение – при анестезии является, как правило следствием недостаточно тщательной предоперационной подготовки, либо дефектом проведения анестезии.

IX. Продленное апноэ – само по себе не опасно при эндотрахеальном наркозе, но при отсутствии управляемой вентиляции может быть причиной угрожающей гипоксии.

X. Технические осложнения:

– повторная интубация трахеи,

– смена одного вида анестезии на другой,

– гиповентиляция,

– неправильная коррекция волемии,

– недостаточная аналгезия,

– осложнения манипуляций (венозного доступа, наложение эпидурального блока).

XI. Другие осложнения – гипергидроз, злокачественная гипертермия и все непредвиденные реакции организма на вводимые препараты, обусловленные врожденными ошибками обмена веществ.

Зависимость осложнений при анестезиях от состояния больного изучена по следующим направлениям: пол, возраст, степень экстренной операции, характер оперативного вмешательства, наличие сопутствующих состояний - шок, перитонит, алкогольное опьянение и т.д.

Выявлено, что у мужчин осложнения при анестезиях встречаются чаще, чем у женщин. Например, возбуждение в 12 раз чаще, остановка кровообращения в 3 раза чаще.

Возраст в 50 лет является критическим в отношении осложнений, после 50 лет количество осложнений повышается в 1,5 раза и держится на высоком уровне в старших группах. Частота возникновения осложнений при экстренных операциях в 2,7 раза превышает таковую при плановых. При экстренных анестезиях в 16 раз чаще встречается остановка кровообращения, в 5,3 раза чаще – критическая нестабильность гемодинамики; в 3,3 раза чаще – аспирация желудочным содержимым и нарушение сердечного ритма.

При каждом виде оперативного вмешательства существует свой спектр осложнений. Наибольшей опасностью для возникновения осложнений при анестезиях обладают операции на органах грудной клетки, нейрохирургические операции, урологические операции. Наличие у больного шока резко повышает вероятность возникновения осложнений – при травматическом шоке до 27,9 %, при геморрагическом шоке до 15,2 %, при их сочетании до 95,6 %. Наличие перитонита приводит к возникновению осложнений при анестезиях у 22 % таких больных. Наличие алкогольного опьянения повышает процент осложнений при анестезиях до 23,8 %.

При отсутствии эффективной предоперационной подготовки общее количество осложнений при анестезиях увеличивается в 2,7 раза. При этом количество остановок кровообращения возрастает в 14 раз, аспираций в 6 раз, критической нестабильности гемодинамики в 2,3 раза, технических осложнений в 2,7 раза.

Таким образом, все элементы клинической ситуации (состояние больного, действия хирурга, действия анестезиолога) связаны между собой по принципу действия обратной связи. Если какие-либо их этих связей не адекватны конкретной клинической ситуации – возникает осложнение.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА. ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. В. Сопина

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Важнейшим приоритетом государственной политики на современном этапе является повышение качества и доступности медицинской помощи населению, сведение к минимуму рисков её оказания, максимальной стандартизации всех её процессов, что и сводится к управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности (менеджменту качества).

Определённую роль в понимании и применении «качества», «качества медицинской помощи», «качества медицинской деятельности» в сфере здравоохранения имеют работы Э. Деминга и А. Донабедиана. Эти работы первоначально предназначались для повышения качества работ и услуг, где и имели своё высочайшее значение. Применение теоретических основ Э. Деминга и А. Донабедиана способствовало снижению затрат на производство товаров и услуг, с одновременным повышением качества в рамках производимых затрат. При внимательном рассмотрении составляющих этих работ, можно заметить, что часть их может быть с успехом использована при оказании медицинской помощи, уровню её организации, материальной базе, структуре, процессу, результату. При понимании основных критериев теоретических основ логичным становится подход к организации качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Суть теории Э. Деминга заключается в понимании значения отклонений (в сфере здравоохранения: отклонения от порядка оказания медицинской помощи, стандарта медицинской помощи, стандарта оснащения, медикаментозного обеспечения, стандартов диагностики и др.). Руководство медицинской организации ответственно более чем за 85 % причин отклонений. Э. Деминг предлагает 14 основных принципов, положительно влияющих на процесс управления (менеджмента). Основные принципы: конкурентоспособность; совершенствование системы организации оказания услуг – совершенствуйте

систему обслуживания так, чтобы повышать качество и постоянно снижать затраты; эффективное управление (менеджмент), повышение производительности труда; обширная программа повышения квалификации и самосовершенствования сотрудников, исключение массовых проверок, которые являются ненадёжными и дорогими. Товар уже произведён, услуга уже оказана, проверять поздно. Самая важная задача качества – это не выявление, а предупреждение дефектов!

Основные модели управления качеством Э. Деминга: профессиональная, бюрократическая, индустриальная. Они применимы и в сфере здравоохранения.

Профессиональная модель основана на знаниях врача, его профессионализме, интуитивном (клиническом) мышлении, способности применять свои знания, умения и навыки. Модель мало эффективна в случаях, когда для получения результата необходимы скоординированные действия многих специалистов (ВМП – в здравоохранении). Не предполагает выполнение стандарта. Профессиональная модель не учитывает экономической составляющей и финансовых затрат.

Бюрократическая модель (*bureau* – фр. – канцелярия, *cratos* – гр. – власть) является для нашего здравоохранения прогрессивной, предполагает чёткое выполнение задач, поставленных перед врачом и медицинской организацией. Все поставленные задачи подтверждены законодательно, имеют экономическое подтверждение. Модель включает такие параметры: стандартизация объёмов и результатов, проверка индивидуального выполнения, самоконтроль, организация внутреннего контроля качества, внешний контроль деятельности организации, соответствие качества услуги (товара) – принятому стандарту, экономические затраты на производство услуги (товара) установленного качества, причины отклонения от стандарта, использование технических средств, содержание материальной базы и др.

Индустриальная модель ДЕМИНГА (TQM) ряд параметров.

1) Процессный анализ: постоянный контроль за процессом на этапах оказания услуги (создания товара). 2) Непрерывное совершенствование процессов (повышение качества): стратегическое планирование, самоконтроль ключевых этапов процесса, формирование мотивации к качественному труду, политика в области качества, постоянное повышение знаний. 3) Участие в процессе управления качеством всего персонала, всеобщее управление качеством (TQM). Коллективный подход к управлению – это не только более широкие полномочия персонала, но и их ответственность. Индустриальная модель – это непрерывное улучшение качества. Качество не может носить постоянный характер.

Основные направления концепции Донабедиана, влияющие на менеджмент качества: структурный подход (наличие управляемой структуры); процессный подход (управление процессами в организации); результативный

подход (качество результата). Влияет ли концепция Донабедиана на менеджмент качества в медицинской организации? Да! В основном от этих основных направлений концепции и зависит качество и безопасность медицинской деятельности, в том числе, качество медицинской помощи.

Структура медицинской организации: здания, сооружения, медицинские кадры, медицинская техника, обеспечение условий пребывания больного и работы медицинского персонала. В основе структурного подхода лежит лицензирование и аккредитация. Важнейший признак лицензирования – унификация. Критерий лицензирования – стандарт.

Управление процессами в медицинской организации предполагает чёткое исполнение алгоритма действия: выполнение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, критериев качества, что закреплено законодательно. Управление процессами требует наличия локальных нормативных актов, подтверждающих пошаговое действие менеджмента качества, в том числе сбор, хранение, анализ, использование результата, контроль. Для профессионального управления процессами качества, необходимо пользоваться последней редакцией ГОСТ ИСО 9001–2015. «Система менеджмента качества. Требования». В стандарте применён процессный подход: планируй, делай, применяй, действуй. Выполнение данного стандарта позволяет не отставать от мирового сообщества, повышать уверенность пациентов, контролирующих организаций в способности медицинской организации оказывать качественную медицинскую помощь. Выявление нарушений – это уже заключительный контроль. Пациент ушёл из медицинской организации, оказавшей ему некачественную медицинскую помощь. Основное в управлении процессами – предупреждение нарушений.

Качество результата. Это конечные результаты деятельности региона (медицинской организации). Результаты деятельности сравниваются с показателями, утверждёнными «Дорожной картой» и программой «Развитие здравоохранения РФ до 2020 г.»

При проведении анализа и обобщений теорий управления качеством разных авторов, можно отметить, что существуют разные подходы к его определению. Безусловно, теории и концепции ориентированы на рыночные отношения и увеличение прибыли. Можно ли торговать здоровьем или болезнями? Нет, не эта мысль является для врачей и организаторов здравоохранения основной. Необходимо ориентироваться на реальные процессы качества. Это не только ресурсы, технологии. Это, прежде всего результат! Результат, которого медицинские работники добиваются при оказании медицинской помощи! Теории управления качеством – пути, которые ведут к результату.

РЫНОК ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Н. В. Сопина, Н. Н. Бекренева

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Добровольное медицинское страхование (ДМС) призвано обеспечить более высокий уровень оказания медицинской помощи и отдельных медицинских услуг дополнительно к программе обязательного медицинского страхования. ДМС реализуется за счет средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников. В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, добровольное медицинское страхование (ДМС) является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Объем рынка ДМС в России фактически сокращается, и эта тенденция сохранится в последующие периоды. На основе данных Центробанка следует, что количество договоров страхования с юридическими лицами за январь – сентябрь 2016 г. по сравнению с результатами трех кварталов 2015 г. сократилось на 25 % – с более чем миллиона договоров до 772,4 тыс. При этом объем сборов по корпоративному ДМС составил 94,8 млрд руб. и остался примерно на уровне аналогичного показателя прошлого года. Число страховых компаний, занимающихся ДМС, сократилось за год на четверть. Почти половину премий на рынке собирает одна компания и 70 % их приходится на г. Москву. Эти цифры свидетельствуют о том, что предприятия оптимизируют социальные пакеты для своих сотрудников и, к сожалению, многие отказываются от ДМС. В то же время крупные компании стараются оптимизировать расходы на страхование, исключают дорогостоящие услуги, сокращают перечень клиник, но продолжают страховать своих сотрудников. Отказ от ДМС характерен скорее для предприятий среднего и малого бизнеса.

При этом заметен рост в сегменте ДМС для мигрантов. Вместе с тем, при минимальной стоимости полиса около 4000 руб., были отмечены частые обращения в медицинские организации застрахованных лиц с весьма серьезными заболеваниями, что значительно повышает расходы на лечение, которые могут превышать стоимость полиса ДМС. Учитывая, что оплата медицинской помощи в настоящее время осуществляется, в основном по КСГ (клинико-статистические группы), расходы на которые зависят от тяжести заболевания, полисы ДМС для мигрантов становятся не рентабельными или даже убыточными для страховщиков (СМО – страховые медицинские организации по ДМС). Средняя премия значительно отличается у разных компаний, что связано с ориентацией на коллективные или индивидуальные договоры. Компании с низкими и средними премиями предлагают краткосрочные продукты (страхование по ДМС на короткое время).

Так, средняя стоимость полиса ДМС для мигрантов составляет от 860 до 2 тыс. руб. при объеме покрытия от 100 тыс. до 3 млн руб.

Остаются востребованными достаточно дорогие программы страхования с возможностью лечения за рубежом. Также страховые компании предлагают программы для физических лиц, ранее застрахованных по корпоративным программам. В регионах получили распространение коробочные продукты по ДМС, в том числе от критических заболеваний. По итогам I квартала 2016 г. объем выплат составил 22,3 млрд руб., что на 3,6 % выше, чем за I квартал 2015 г.

Но все же подавляющее большинство работодателей стремится сохранить ДМС для своих сотрудников, что еще раз подчеркивает важное значение данной льготы и ее предсказуемое позитивное будущее. В кризис наблюдается заметный рост пользования услугами по ДМС, который страховщики пытаются компенсировать рационализацией потребления за счёт включения соплатежей со стороны сотрудников. Естественно, это касается, прежде всего, поликлиники и стоматологии, где это оправдано с социальной точки зрения. Текущее реформирование медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, безусловно, способствует повышению и без того высокой ценности продуктов по ДМС.

Сегодня страховые компании вынуждены балансировать между сохранением рентабельности и клиентской базы. Последняя на 90 % состоит из корпоративных клиентов, которые стараются сокращать расходы на социальные выплаты, предлагая своим сотрудникам взять на себя часть стоимости полиса, самостоятельно оплачивать услуги стоматологии и/или госпитализацию. Следуя этой тенденции, некоторые страховые компании запустили на рынок программы ДМС с франшизой (франшиза – это аренда торговой марки или бренда на условиях, определенных в договоре).

Это делает полис ДМС более привлекательным, снижая его стоимость, но вызывает недовольство со стороны медицинских организаций. Пациенты более взвешенно оценивают степень срочности обращения к врачу, прежде чем решиться на частичную оплату лечения.

Заключение: рынок ДМС находится в стагнации. Клиенты стремятся к снижению издержек, что приводит к сокращению программ (в основном за счет стоматологических услуг, стационарного лечения), переходу в медицинские организации с более низкой ценой на медицинские услуги, введению франшиз. Как и в прошлые годы, ДМС для большинства страховых компаний остается низкомаржинальным (маржинальный бизнес – это такой бизнес, в котором между вложенными средствами и полученной прибылью существует большая разница) бизнесом и используется как составная часть комплексных программ для корпоративных клиентов.

АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Н. В. Сопина, Г. А. Саксонова

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

В соответствии со ст. 79.1. ФЗ 3323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», внедряется форма общественного контроля, целью которого является предоставление гражданам информации о качестве медицинской деятельности, оценке условий оказания медицинских услуг, за исключением определения качества и безопасности медицинской деятельности и качества медицинской помощи.

Основными критериями общественного контроля являются: открытость, доступность информации, комфортность условия пребывания пациента в медицинской организации, Время ожидания, доброжелательность, вежливость и компетентность персонала, удовлетворённость потребителя медицинской услуги (анкетирование, опрос).

В 2016 г. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями проводился социологический опрос в 56 медицинских организациях. Всего проанкетировано 19 504 респондента.

Положительно оценивают качество медицинских услуг 75,3 % респондентов (в Российской Федерации – 60,2 %), в том числе в круглосуточном стационаре – 86,8 %, в поликлинике – 59,5 %, в дневном стационаре 90,0 %, при оказании скорой медицинской помощи – 80,6 % респондентов (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика критериев оценки медицинских организаций разных организационно-правовых структур

Название учреждения	1	2	3	4	5	Общий балл
Государственное автономное учреждение «Детская стоматологическая поликлиника»	14	24	15	10	10	73
ГБУЗ «Областной клинический центр специализированных видов мед. помощи»	13,8	24	15	10	10	72,8
ФГБУ «Федеральный центр ССХ Мин. Здравоохранения РФ»	14	23	15	10	10	72
ГБУЗ «Областная наркологическая больница»	14	24	15	10	9	72
ГАУЗ «Городская стоматологическая поликлиника»	12,8	24	15	10	10	71,8

Окончание табл. 1

Название учреждения	1	2	3	4	5	Общий балл
ГБУЗ «Башмаковская районная больница»	12,9	24	15	10	10	71,9
ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер»	14	23	14,5	10	10	71,5
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Бурденко»	14	22	15	10	10	71
ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»	13	23	14,5	10	10	70,5
ГБУЗ «Пензенская обл. детская клиническая больница им. Филатова»	12,9	22	12,5	10	10	67,4
ГБУЗ «Кузнецкая городская стоматологическая поликлиника»	11,7	18	15	10	10	64,7
Общество с ограниченной ответственностью «Инкомед»	12,9	23	15	10	10	70,9
Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр»	11,8	23	14,5	10	10	69,3
Общество с ограниченной ответственностью «Нейромед»	11,2	23	15	10	10	69.2
Общество с ограниченной ответственностью «Клиника -Сити»	9,6	24	15	10	10	68.6
Общество с ограниченной ответственностью «Медцентр УЗИ»	7,4	22	15	10	10	64,4
Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологичекая клиника»	10	18	15	10	10	63
Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье»	6,5	23	15	10	7	61,5
Общество с ограниченной ответственностью «Профмед»	1,2	17	11,5	10	10	49,7
ГБУЗ «Пензенская офтальмологическая больница»	13.8	18	14,5	10	10	66.3
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»	12,5	18	15	10	10	65,5
Негосударственное учреждение здравоохранения «Клиническая больница ст. Пенза»	9,9	23	12,5	10	10	65,4
ФГБУЗ «Медико-санит. Часть 59»	11,9	21	14	4	8	58,9

Основные критерии оценки (в баллах):

1. Открытость и доступность информации (макс – 14).
2. Комфортные условия предоставления медицинских услуг и их доступность (макс – 24).
3. Время ожидания предоставления медицинских услуг (макс – 15).

4. Доброжелательность, вежливость. Компетентность мед. Работников (макс 10).

5. Удовлетворенность потребителя медицинской услугой: (макс– 10).

Как видно из приведенной таблицы наибольшему количеству баллов соответствуют государственные учреждения, такие как «Детская стоматологической поликлинике» (73), «Областной клинический центр специализированных видов мед. помощи» (72,8), «Федеральный центр ССХ Мин. Здравоохранения РФ» (72), «Областная наркологическая больница» (72). Но есть государственное учреждение и с наименьшим количеством баллов «Медико-санит. Часть 59» (58,9). У частных клиник балл незначительно снижен по сравнению с государственными и колеблется от 70,9 до «Инкомед» до 49,7 «Профмед».

Снижение общего балла происходит, в основном, за счет недостаточной доступности информации, так в ГБУЗ «Кузнецкой городской стоматологической поликлиника» до 11,7. А в частных клиниках – это в ООО «Профмед» до 1,2.

Показатель комфортности наименьший в ГБУЗ «Кузнецкой городской стоматологической поликлиника» и в ГБУЗ «Пензенской офтальмологической больнице» до 18, среди частных структур – в ООО «Профмед» до 17.

Время ожидания увеличено в «Пензенской областной детской клинической больнице им. Филатова» и ООО «Профмед», что привело к снижению оцениваемого балла, соответственно до 12,5 и 11,5.

Этическое отношение к пациентам больше всего нарушается в ФГБУЗ «МСЧ № 59». В частных клиниках данный показатель не вызывает нареканий среди пациентов.

Удовлетворенность потребителя медицинской услугой снижен до 9 в ГБУЗ «Областная наркологическая больница», до 8 в ФГБУЗ «МСЧ № 59» до 7 в ООО «Здоровье».

Выводы.

- Государственные медицинские организации, по показателям критериев независимой оценке качества, занимают более высокую ступень
- Частные структуры лучше оснащены оборудованием, не задерживают пациентов в очереди, имеют возможность предоставить более комфортные условия

Вместе с тем, такие критерии, как доброжелательность, вежливость, компетентность, этическое отношение к пациентам могли бы во всех медицинских организациях иметь оптимальный балл.

Такой анализ (рейтинг) требует постоянного динамического наблюдения. Критерии независимой оценки способствуют повышению качества работы МО, повышению информированности потребителей о порядке предоставления МО медицинских услуг, развитию института общественного контроля.

ОСОБЕННОСТИ ВЫНЕСЕНИЯ ДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗЫСКАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Н. В. Сопина, Д. Е. Феоктистов

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Медицинские работники являются специальными субъектами трудового права в силу того, что их труд, во-первых, направлен на сохранение жизни и здоровья людей, в связи с чем к данной профессиональной деятельности предъявляются специальные требования к квалификации, и во-вторых, что труд медицинских работников связан с повышенной нервной нагрузкой, психоэмоциональным перенапряжением.

Т. И. Акулина выделила следующие особенности профессиональной деятельности медицинских работников:

1) направленность на сохранение здоровья и жизни человека;

2) сильное психическое напряжение, вредные и опасные условия труда, высокий риск заражения инфекционными и иными заболеваниями;

3) повышенная юридическая ответственность, ограничение некоторых прав;

4) необходимость соблюдения медработниками врачебной тайны и этики.

Медицинские работники, как и иные категории работников, так же могут совершать ошибки в профессиональной деятельности, ненадлежащим образом исполнять трудовые обязанности, нарушать дисциплину труда. Не смотря на сложность медицинской профессии, ни трудовое, ни медицинское право не содержит специальных мер дисциплинарного взыскания для медицинских работников, в связи с этим к медицинским работникам возможно применить только три вида взыскания, предусмотренных ст. 192 Трудового кодекса РФ: замечание, выговор и увольнение.

Меры дисциплинарного взыскания применяются с учётом тяжести совершенного проступка, его последствий, личности медицинского работника. В связи с этим, перечисленные меры дисциплинарного взыскания работодатель может применять не только в той последовательности, в какой они указаны в ТК РФ. С учетом тяжести проступка, работодатель имеет право сразу объявить работнику выговор (а не замечание) или даже уволить его при наличии достаточных фактических и юридических оснований.

Обратим внимание, что согласно ч. 5 ст. 192 ТК РФ тяжесть проступка и обстоятельства, при которых он был совершен, должны быть учтены при наложении дисциплинарного взыскания. В судебной практике уже сформировался подход, в соответствии с которым суды подтверждают правомерность восстановления работников на работе в силу того, что примененное к работнику дисциплинарное взыскание в виде увольнения было несоразмерно тяжести нарушения.

Первое, что обязан сделать работодатель для правильного применения дисциплинарного взыскания к медицинскому работнику – документально зафиксировать тот проступок (действие или бездействие), который является нарушением трудовых обязанностей или дисциплины и за который планируется применить взыскание. На практике, в зависимости от того, какое именно нарушение допустил медицинский работник, факт нарушения фиксируется различными документами. Это может быть: докладная или служебная записка, служебное расследование, в соответствии с приказом руководителя, акт проверки (контроля), обоснованная жалоба пациента и др.

До издания приказа о применении дисциплинарного взыскания от работника необходимо затребовать письменное объяснение. ТК РФ предоставляет работнику два рабочих дня на представление объяснений, которые считаются с даты, следующей за днем предъявления соответствующего требования. Если по истечении этого срока работник не представил объяснений, то оформляется соответствующий акт. При этом ТК РФ не ставит в зависимость наложение дисциплинарного взыскания от получения объяснений работника. При наличии акта об отказе предоставления пояснений и сведений, свидетельствующих о том, что объяснение у работника запрашивалось, дисциплинарное взыскание можно применить и без объяснительной записки работника.

После совершения указанных действий работодатель вправе издавать приказ о применении выговора, замечания или об увольнении. При этом вопрос о том, какое именно наказание применить в данном случае, работодатель решает самостоятельно. В такой ситуации нужно учитывать обстоятельства проступка, его последствия, причины, на которые ссылается медицинский работник.

ТК РФ устанавливает два взаимоисключающих срока для применения дисциплинарного взыскания.

Во-первых, дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников. При этом, как разъяснил Верховный Суд Российской Федерации, днем обнаружения проступка считается день, когда об этом проступке стало известно непосредственному руководителю работника (заведующему отделением) – вне зависимости от того, есть ли у этого руководителя право применять выговор или замечание.

Во-вторых, дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки – позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

Если работодателем пропущены указанные сроки, то издание приказа о применении дисциплинарного взыскания будет являться неправомерным.

Наказуемый сотрудник знакомится с дисциплинарным взысканием, подтверждая ознакомление своей подписью в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. Отказ работника в ознакомлении с приказом не приостанавливает действия приказа, в данном случае работодателем лишь составляется соответствующий акт.

Библиографический список

1. Акулина, Т. И. Правовой статус медицинского работника как специального субъекта трудового права / Т. И. Акулина // Закон. – 2012. – № 4. – С. 163–164.

2. О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации : постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 № 2, п. 34 // Российская газета. – 08.04.2004. – № 72.

РОЛЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА (НА ОСНОВЕ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА)

И. М. Старовойтова

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Сосудистые заболевания головного мозга являются сложнейшей медико-социальной проблемой, что связано с их значительной распространенностью и высокими показателями первичного выхода на инвалидность. К хроническим нарушениям мозгового кровообращения относится дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), которая проявляется комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств. Термин ДЭП широко распространен среди практикующих врачей и специалистов, занимающихся медико-социальной и военно-врачебной экспертизой, хотя признается не всеми отечественными неврологами. ДЭП характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и вариабельностью течения с разнообразием субъективных ощущений и объективных синдромов.

Цель настоящей работы – на основе метода факторного анализа (ФА) выделить наиболее значимые в экспертной практике симптомокомплексы, характеризующие клиническую картину ДЭП и определяющие клинический и трудовой прогноз при освидетельствовании больных в бюро медико-социальной экспертизы (бМСЭ).

Материалы исследования. Исследование выполнено на основе ретроспективного анализа медицинских документов 148 человек (98 мужчин и 50 женщин) с верифицированным диагнозом ДЭП, освидетельствованных городским бМСЭ. Средний возраст обследованных –56,67±5,11 лет. У 31 человека (20,9 %) имело место медленно прогрессирующее течение ДЭП, у 113

(76,4 %) – ремитирующее, у 4 (2,7 %) – быстропрогрессирующее. По результатам освидетельствования 75 пациентов были признаны инвалидами 111 группы (50,7 %), 60–11 группы (40,5 %), 13–1 группы (8,8 %).

Методы исследования. Для решения поставленных задач на основании данных медицинской документации пациентов, освидетельствованных в бМСЭ, разработана формализованная история болезни, включившая 105 признаков, каждый из которых шифровался бинарным кодом. В качестве математической модели применен метод ФА, позволяющий выявить наиболее устойчивые внутренние взаимосвязи отдельных признаков изучаемой системы, объединив их в симптомокомплексы (факторы). По результатам ФА выделено 9 факторов, описывающих 54,5 % рассматриваемой математической модели.

Первый фактор «инертности нервных процессов» описывает 15,9 % всей дисперсии факторной модели, подчеркивает их значение в формировании других составляющих фактора (уровень интеллекта, состояние эмоциональной сферы, способность к познавательной деятельности и труду) и отражает клиническую сущность ДЭП.

Второй по значимости (9,6 % дисперсии) фактор «перенесенных мозговых катастроф» отражает особенности течения ДЭП у освидетельствованных и доказывает экспертное значение оценки формирования симптоматики в динамике. У лиц, перенесших в прошлом мозговые катастрофы и освидетельствованных в бМСЭ, на оценку клинического и трудового прогноза наиболее часто оказывали влияние такие грубые функциональные нарушения как пирамидная симптоматика, когнитивные и речевые расстройства.

Третий фактор «неорганических нарушений тазовых функций центрального генеза» (5,7 % дисперсии), характеризует определенные расстройства у пациентов с ДЭП, также имеет значение в оценке клинического и трудового прогноза.

Четвертый фактор (5,1 % дисперсии) «посттравматической энцефалопатии», свидетельствует о единстве экспертных подходов к оценке функциональных нарушений со стороны центральной нервной системы, вызванных различными этиологическими факторами (сосудистый и посттравматический).

Пятый фактор «возрастных особенностей ДЭП» (4,2 % дисперсии) свидетельствует о том, что ДЭП после перенесенного инсульта, как самостоятельная причина ограничений жизнедеятельности и, в первую очередь, ограничения способности к труду, свойственна более молодым людям.

Шестой фактор «пароксизмально-поведенческих проявлений ДЭП» объединил 3,9 % дисперсии системы, включив в себя признаки психоорганического синдрома сосудистого генеза.

Седьмой фактор «малый симптомокомплекс ДЭП», объясняющий 3,5 % дисперсии системы, определил минимальный набор признаков ДЭП: цефалгия, псевдоневротический синдром, нарушение функции тазовых органов, артериальная гипертензия и рассеянная микросимптоматика.

Восьмой фактор «рассеянной микросимптоматики», объединивший 3,4 % дисперсии системы, дополнительно подтверждает значение рассеянной микросимптоматики в объективизации экспертного диагноза «ДЭП».

Девятый фактор «психоэмоциональной дезадаптации» (3,2 % дисперсии системы), характеризуют такие признаки как «тревожность», «снижение адаптационных возможностей», «эмоционально-волевые нарушения».

Таким образом, ФА многообразия клинических проявлений ДЭП показал значимость когнитивных нарушений для правильной оценки клинического и трудового прогноза у пациентов с ДЭП, что диктует необходимость проведения нейропсихологического тестирования при направлении этой категории пациентов на МСЭ. Одновременно методом ФА доказано особое значение в экспертной оценке пациентов с ДЭП характера течения заболевания и наличия мозговых катастроф в анамнезе, что также влияет на оценку клинического и трудового прогноза.

В заключении следует отметить, что ФА позволил выделить «малый симптомокомплекс ДЭП», позволяющий эксперту объективизировать наличие патологии еще до стойких расстройств функций организма, что имеет большое значение как в экспертной практике для оценки трудового прогноза, так и в клинической практике для своевременного проведения лечебных мероприятий.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА

В. А. Стародубцев[1], А. А. Баулин[2], О. А. Баулина[2], В. А. Баулин[2], Н. Н. Карманова[1]

[1]ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность темы: проистекает исходя из клинической классификации ГЭРБ – 6 % относится к ПБ. В настоящее время примерно у 5–10 % пациентов с ГЭРБ диагностируется пищевод Барретта. Интестинальный вариант метаплазии при ПБ является предопухолевым состоянием и несет в себе угрозу развития дисплазии (неоплазии) и аденокарциномы пищевода. По данным зарубежных источников, доля аденокарциномы составляет около 50 % всех злокачественных опухолей пищевода. Заболеваемость ею в развитых странах возросла в последние два десятилетия на 5–10 %. Пациенты с ПБ с интестинальной метаплазией имеют 2–25 % риск развития дисплазии различной степени тяжести и 2–5 % риск возникновения аденокарциномы пищевода, что в 30–150 раз выше, чем в общей популяции. При наличии тяжелой дисплазии у 40–50 % пациентов в течение 5 лет развивается аденокарцинома. Вместе с тем среди всех больных с аденокарциномой пищевода только 10 % имеют ПБ. Рост распространенности ПБ зафиксирован во многих регионах мира.

В США ретроспективно проанализировано 18 183 эндоскопических исследования, проведенных в Temple University Hospital с 1991 по 2000 г. Повторно анализировались и данные гистологических исследований. Распространенность ПБ возросла от 3,22 до 8,28 на 100 эндоскопических исследований; и с 0,67 до 2,76 на 100 эндоскопий по результатам гистологических исследований. Мета-анализ результатов MEDLINE (1996–2004) и EMBASE (1980–2004) показал, что среди лиц с ГЭРБ и аденокарциномой пищевода преобладают мужчины. Так, соотношение мужчин и женщин при ПБ составляет 1,96/1; при эрозивной рефлюксной болезни – 1,57/1; неэрозивной рефлюксной болезни – 0,72/1. В группе лиц с аденокарциномой также преобладают мужчины, но менее существенно, чем при различных формах ГЭРБ. Термин «пищевод Барретта» трактуется весьма вариабельно. Для устранения терминологической путаницы, создающей трудности в работе клиницистов и исследователей, Монреальское (2006 г.) соглашение предложило ввести в международную практику его четкое определение и «золотой стандарт» диагностики. **Пищевод Барретта** – наличие в дистальном отделе пищевода очаговой метаплазии многослойного плоского эпителия в цилиндрический. На сегодняшний день диагноз ПБ устанавливается как по данным эзофагоскопии, так и по результатам гистологического исследования биоптата слизистой пищевода.

Цель исследования: ознакомить делегатов конференции с современнысм представлениями о ПБ и опыте диагностики и лечения в ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК».

Материалы и методы. Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE, выдающий изображения HD-качества на ЖК монитор 19” видеогастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный, EG-590ZW – трансоральный с функцией оптического увеличения.

Результаты: Под наблюдением находится 86 пациентов с пищеводом Барретта: М – 50; Ж – 36; Т/О ЭГДС –34; Т\Н ЭГДС – 76; Средний возраст наблюдаемых больных: М – 47,5 (±17,5); Ж – 55,9 (±21,3). Рефлюкс-эзофагиты оценивали по Савари-Миллеру в модификации GNJ TYTGAT et an. (1990). В зависимости от протяженности сегмента метаплазии выделяют следующие виды ПБ: ультракороткий сегмент (на уровне Z-линии); короткий сегмент ПБ – распространенность метаплазии менее 3 см; длинный сегмент ПБ – распространенность метаплазии более 3 см. Проводили цитоморфологическое исследование – 61(55,5 %); из них – желудочная метаплазия – 21; кишечная метаплазия – 30; в том числе дисплазия легкой степени – 4; дисплазия тяжелой степени – 0; без патологии – 10. Лечение – консервативное: 77; оперативное: 9; из них по Дору – 2; по Черноусову – 2; ЛФУГ (по Баулину А. А.) – 5.

Выводы. Проблема пищевода Барретта на сегодняшний день является актуальной, требует качественной диагностики с применением эндоскопической аппаратуры последнего поколения и дифференцированного подхода к лечению.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПРОФЕССОРА А. А. БАУЛИНА

В. А. Стародубцев[1], О. А. Баулина[2], А. А. Баулин[2], В. А. Баулин[2], Н. Н. Карманова[1]

[1]ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность темы. Определение ГЭРБ было дано в 1995 г. на 4-й Европейской гастроэнтерологической неделе в Берлине и закреплено в 1996 г. принятием в Генвале соответствующего Консенсуса. В 2006 г. в Монреале консенсусом закреплено следующее определение: ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений. При этом наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация (срыгивание, кислая отрыжка), а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит. ГЭРБ введена в МКБ 10 и относится к рубрике К21. В 2002 г. на всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе предложена клиническая классификация ГЭРБ, которая была закреплена в 2006 г в Монреале принятием соответствующего Консенсуса: неэрозивная рефлюксная болезнь – 60 %; эрозивный эзофагит/эрозивная ГЭРБ – 34 %; пищевод Барретта – 6 %. Масштабные эпидемиологические исследования, проведенные в странах Западной Европы и Северной Америки 2010–2015 гг.: 30–40 % населения испытывают симптомы ГЭРБ; 25 % нуждаются в постоянном медикаментозном лечении; 15 % нуждаются исключительно в хирургическом лечении. В России, ЦНИИГЭ инициировано и проведено многоцентровое исследование «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГЭРБ В РОССИИ» – МЭГРЕ (Казань, Кемерово, Красноярск, Рязань, Саранск, Санкт-Петербург 2005–2014 гг). В результате исследования выявлено, что изжогой страдает 47,5 % респондентов, регургитация наблюдается у 42,9 % респондентов; а общая распространенность ГЭРБ в популяции достигает 13,5 %.

Цель: изучить отдаленные результаты в части эндоскопической картинки в лечении ГЭРБ и ГПОД по оригинальной методике профессора А. А. Баулина

Материалы и методы. Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE, выдающий изображения HD-качества на ЖК монитор 19” видеогастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный, EG-590ZW – трансоральный с функцией оптического увеличения.

Результаты. Под наблюдением находится 260 пациентов с ГЭРБ, оперированных по оригинальной методике клиники – М – 80; Ж – 180.

Т/О ЭГДС – 48; Т\Н ЭГДС – 212. Средний возраст наблюдаемых больных: М – 47,5 (±17,5); Ж – 55,9 (± 21,3). Рефлюкс-эзофагиты оценивали по Савари-Миллеру в модификации GNJ TYTGAT et an. (1990 г): 1 ст. – 168 (64,6 %); 2 ст. – 40 (15,4 %); 3 ст. – 8 (3,1 %); 4 ст. – 4 (1,5 %); 5 ст. – 40 (15,4). Воспалительные изменения оценивали исходя из классической картины: dolor, color, ruber, tumor et function laesa. Болевой синдром наблюдался у всех 260 пациентов – по ходу пищевода – 40; за грудиной – 48; в эпигастрии – 188; в мезогастрии – 52; в правом подреберье – 72; в левом подреберье – 28. Симптомы желудочной диспепсии наблюдались у всех 260 пациентов – изжога – 180; горечь в полости рта – 81; отрыжка – 128; срыгивание – 4; дисфагия – 36; тошнота – 50; рвота – 12; тяжесть в желудке – 112. Все осмотры завершались инверсионным осмотром субкардиальной зоны, в зависимости от вида сегмента пищевода различаем четыре степени недостаточности кардии – наблюдалась у всех 260 пациентов: 1 ст. – 6(2,3 %); 2 ст. – 7(2,7 %); 3 ст. – 52(20,0 %); 4 ст. – 195(75,0 %). Выполнено 260 полипозиционных рентгеноскопий со спецукладками, выявлено 260 аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Показания к оперативному лечению: осложненное течение ГЭРБ (РЭ 2–5 ст.) – 92; сохранение симптомов ГЭРБ на фоне медикаментозного лечения – 58; рецидив симптомов ГЭРБ после отмены специфического лечения – 260; ГПОД – 260; неудовлетворенность пациента качеством жизни – 110. Оценку результатов оперативного лечения проводили по шкале VISICK: отличный – 221(81,54 %); очень хороший – 36(13,85 %); удовлетворительный – 9(3,46 %); неудовлетворительный – 3(1,15 %). Осложнения в п\о периоде распределили на общехирургические: инфицирование п\о раны – 7; ОИМ – 2; ТЭЛА – 1; эндоскопические: миграция протеза в просвет желудка – 12.

Выводы.

1) Применение технологии FICE и инверсионного осмотра области нижнего пищеводного сфинктера улучшает диагностику ГЭРБ, особенно неэрозивной формы; при комплексной оценке патологии возможно сделать прогноз по течению ГЭРБ. 2) Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера высокой степени (3–4) является ведущим эндоскопическим признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. 3) Считаем, на основании эндоскопических наблюдений, результаты хирургического лечения ГЭРБ по оригинальной методике клиники хорошими и требующими дальнейшего применения на практике.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

В. А. Стародубцев[1], В. А. Баулин[2], А. А. Баулин[2], О. А. Баулина[2], Н. Н. Карманова[1]

[1]ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК»,
[2]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Цель: Изучить эндоскопические результаты хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД в отдаленном периоде по оригинальной методике, используя новые, цифровые технологии фирмы FUJINON.

Материалы и методы: Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE; гастроскопы – EG-530 FP и EG-590 ZW – трансоральные (т\о), EG-530 N – трансназальный (т\н).

Результаты: под наблюдением находится 236 пациентов, оперированных по оригинальной методике клиники – М-73, Ж-163; в сроки более 1 года. Всем пациентам до и после оперативного лечения проводилось эндоскопическое исследование с инверсионным осмотром области нижнего пищеводного сфинктера с применением технологии FICE: т\о-44; т\н-192. Степень рефлюкс-эзофагита (по Савари-Миллеру в модификации G.N.J.Tytgat et al. (1990 г) и степень недостаточности кардии оценивались в комплексе, запирательную функцию кардии и наличие ГПОД диагностировали и проверяли в послеоперационном периоде при помощи рентгеноскопии с применением спецукладок. В ближайшем послеоперационном периоде качество жизни оценивали на основе субъективных оценок врача и пациента – признано хорошим. Качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде оценивали по шкале Visick: I (отличные) – 192, II (очень хорошие) – 36, III (удовлетворительные) – 2, IV (неудовлетворительные) – 6.

Выводы. 1. Применение технологии FICE улучшает диагностику ГЭРБ, так как при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищеводно-желудочного перехода.

2. ТН ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ.

3. Отдаленные результаты хирургического лечения ГЭРБ по оригинальной методике клиники следует признать хорошими.

ЕЩЕ РАЗ ОБ ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

П. М. Староконь, И. Б. Максимов, Р. Н. Долгих, Н. И. Галик, Г. Е. Мохнатов

Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва

Интубация тонкой кишки, как лечебная методика внедрена в клиническую практику около 70 лет назад. Но наиболее широкое применение методика приобрела 30 лет назад, с момента начала промышленного выпуска интубационных зондов. Сама методика интубации тонкой кишки не идеальна, имеется определенная инвазивность при ее выполнении, зонд вызывает относительные неудобства для пациента и требует навыков по его обслуживанию у персонала. Так же интубация может быть причиной осложнений. Поэтому по настоящее время продолжаются споры и обсуждения вокруг этого важного лечебного метода. Казалось бы результатами целого ряда исследований, заключением экспертов, публикацией методических рекомендаций вопрос интубировать или не интубировать тонкую кишку при определенных клинических ситуациях должен был отпасть сам по себе. Тем не менее мы попрежнему встречаемся с мнением отдельных скептиков в необходимости проведения этого лечебного метода. Такая неоднозначность вселяет сомнения в знаниях молодых врачей и затрудняет принятие ими правильного решения.

Наш опыт более чем 30-ти летнего применения методики позволяет прийти к заключению о безальтернативности интубации тонкой кишки при определенных клинических ситуациях, ее высокой эффективности, о широких возможностях по восстановлению морфофункциональной состоятельности слизистой тонкой кишки и сведению к минимуму ее инвазивности. Широкий спектр исследований, проведенный сотрудниками ВМедА М. Д. Ханевичем, А. А. Курыгиным, В. Я. Белым, В. Н. Ведулой, О. Н. Асановым, Ю. В. Лариным и др. позволил оценить как положительные, так и отрицательные стороны методики, выработать оптимальные критерии ее применения и показания, определить способы снижения инвазивности процедуры.

При острых хирургических заболеваниях, таких как распрстраненный перитонит, кишечная непроходимость, деструктивный панкреатит, ишемия кишечника и др. на определенном этапе патологического процесса тонкая кишка становится ведущим звеном и резервуаром формирования интоксикационного синдрома. Блокада этих механизмов, снижение и деактивация интокскации и создание условий для восстановления функции собственных детоксикационных систем является важной составляющей комплексного лечения пациентов с вышеперечисленной патологией.

В своих исследованиях В. Н. Ведула и Ю. А. Ларин доказали о высокой эффективности внутрикишечной терапии различными препаратами (аллопуринол, диметилсульфоксид, биметил, мафусол и др.) по восстановлению морфофункциональной состоятельности кишки. Внутрикишечная терапия

всегда начиналась с кишечного лаважа или диализа. Для этого применяли 0,9 % раствор NaCl или мафусол. Так уже через 3 ч после начала процедуры токсичность крови снижалась, о чем свидельствовало увеличение продолжительности жизни простейших (тетрахимен) в сыворотке крови с 8,7±1,1 мин до 12,5±2,3. Через 6 ч уровень токсичности снижался более чем в 2 раза по сравнению с исходными данными. На фоне проведения процедуры через 12 ч тетрахимены жили в сыворотке до 20,2±2,4 мин. Во всех группах больных фракционный диализ приводил к достоверному снижению МСМ в течение 6–12 ч. Со вторых суток кишечный диализ заменялся на энтеросорбциюполипефаном или энтеродезом, что позволяло поддерживать детоксикационный эффект в программе комплексной интенсивной терапии.

В эксперименте на крысах изучено морфофункциональное состояние тонкой кишки при перитоните до и после введения антигипоксантных препаратов. Получены убедительные данные положительногоих действия на состояние энтероцитов. Так в токсической фазе патологического процесса на различных участках тонкой кишки количество энтероцитов уменьшалось от 10 до 30 %. При электронной микроскопии отмечено более чем в 2 раза увеличение молодых клеток. Значительно снижалась секреторная активность гранул бокаловидных клеток, отмечалось слущивание микроворсинок энтероцитов в местах скопления и прикрепления бактерий. Снижалась выработка клеточной энергии энтероцитами. Так уровень дыхания митохондриями энтероцитов снижался более чем в 1,5 раза по сравнению с контролем. Нарушению функции клеточных мембран способствовала активация процессов пероксидации и снижение собственной антиоксидантной защиты. В эксперименте на модели перитонита получен выраженный положительный эффект на внутрикишечное введение препаратов антигипоксантного и антиоксидантного действия (мафусола, димексида, биметила). Уже через 3 ч от момента введения препаратов отмечено снижение уровня продуктов ПОЛ, улучшение энергетики энтероцитов. Так же положительная картина наблюдалась и при электронной микроскопии слизистой кишки. Увеличивалось число эпителиоцитов в тонкой кишке.

На основании многолетнего опыта нами были выделены показания к дренированию тонкой кишки при перитоните: паретическое состояние тонкой кишки; послеоперационный или прогрессирующий перитонит; ушивание стенки кишки в условиях перитонита; ранняя послеоперационная или спаечная кишечная непроходимость на фоне перитонита; послеоперационное лапаростомическое ведение лапаротомной раны. Обращается внимание хирургов на аккуратное и точное соблюдение методики дренирования.

В заключение необходимо отметить, что на данном этапе развития хирургии, альтернативы интубации тонкой кишки при отдельных острых хирургических заболеваниях с тяжелым течением нет. Необходимо совершенствовать технические приемы методики, конструкцию зондов, активней внедрять методы кишечной детоксикации и энтеротропной терапии.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ИНФУЗИОЛОГИИ

П. М. Староконь, Н. И. Галик

Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва

Инфузиология прошла большой путь от первого внутривенного введения лекарственных препаратов до большого арсенала современных методик.

В 1656 г. английский врач К. Рэн (Christopher Wren) впервые в мире выполнил эксперименты на животных по внутривенным введениям различных растворов о чём сообщил в «Философских трудах Лондонского королевского общества» (1665). Прошло более 150 лет и в 1830 г. московский химик Герман предложил для лечения холеры применять внутривенные инфузии подкисленной воды. Уже через 2 года в журнале «Lancet» (1832) опубликованы успешные результаты лечения холеры английским врачом T. Latta, который для борьбы с обезвоживанием влил раствор соды. Это был прорыв в лечении тяжелой патологии, часто заканчивающейся гибелью больных. В 1836 г. английский ученый Makintosh опубликовал отчёт о результатах лечения холеры 150 больных раствором поваренной соли. Отечественные исследователи также двигались в этом напрвлении и в 1848 г. А.М. Филомафитский в знаменитом «Трактате о переливании крови» сообщил об аналогичных результатах в работах А. Орловского. В 1864 г. известный физиолог Goltz представил экспериментальное обоснование и сформулировал положение о необходимости «волемической» терапии при кровопотере, а русский физиолог академик И. Р. Тарханов (1869) доказал возможность замещать кровопотерю солевыми растворами. В последующем вышли в свет труды Kronecker и Sander (1879, Германия) и Д. О. Отта (1884, Россия) о целесообразности применения солевых растворов при кровопотере.

Родоначальником инфузионных препаратов по праву считается Landerer, который 10 июля 1881 г. успешно провел вливание больному «физиологического» раствора поваренной соли (изотонический 0,9 % раствор хлорида натрия). Но, как показала практика, «физиологический» раствор поваренной соли не обладает необходимым набором электролитов для поддержания постоянства ионного состава плазмы. Английским врачом Рингером (S.Ringer, 1883) была предложена рецептура сложного солевого раствора, который кроме хлористого натрия содержал хлориды калия, кальция и бикарбонат натрия. В последующем были созданы модификации раствора Рингера, предложенные английским физиологом Локком (Locke, 1901) – раствор Рингер-Локка и американским фармацевтом Тироде (Tyrode, 1910) – раствор Рингера-Тироде, в состав которых были добавлены глюкоза и глюкоза с хлористым магнием и фосфорно-кислым натрием, соответственно. Данные инфузионные растворы оказались более безопасными для введения, стали с успехом применяться и по существу неизменные дошли до наших дней.

В 1915 г. применен на практике первый из коллоидных кровезаменителей – кровезаменитель на основе желатины (Hogan). В нашей стране в 1960 г. в Ленинградском научно-исследовательском институте гематологии и переливания крови (Л. Г. Богомолова, Т. В. Знаменская) был предложен «желатиноль». Препараты желатины более 100 лет активно применяются в клинической практике и не потеряли свою актуальность.

В 1916 г. Hartmann применил молочнокислую соль натрия для коррекции метаболического ацидоза у больных с диареей «Рингер-лактатный раствор». В нашей стране был произведен «лактасол» (И. Л. Смирнова, Г. В. Хайло, Г. Н. Иванова и др., 1972–1973).

В 1938–1943 гг. в Германии был внедрен в практику «перистон» (Reppe, Weese и Hecht), кровезаменитель на основе синтетического коллоида поливинилпирролидона, обладающий дезинтоксикационным действием. Затем были созданы «плазмозан», «колидон», «перистон-Н», «неокомпенсан» (Австрия), «субтозан» (Франция), «гемодез» и «гемовинил» (СССР). Препараты данной группы десятки лет применялись в лечебной практике и благодаря им спасена не одна жизнь.

Пятидесятые годы ознаменовались созданием шведскими учеными и внедрением в клинику осмодиуретиков (1940–1948). В Ленинградском институте гематологии и переливания крови (Л. Г. Богомоловой, И. Г. Андриановой и А. И. Шанской, 1965) создан отечественный маннитол, а в 1968 г. сорбитол (Л. Г. Богомолова, В. С. Суслова, И. Г. Андрианова, Н. А. Эсберг).

В 1943–1945 гг. шведскими учёными A. Gronwall и B. Ingelma разработаны кровезаменители на основе декстрана (высокомолекулярного полимера глюкозы) – кровезаменители активного гемодинамического действия. В СССР были созданы коллоидные кровезаменитнли «синкол» и «полиглюкин». В последующем были созданы препараты низкомолекулярного декстрана: реомакродекс (Швеция), реополиглюкин (СССР), реоизодекс (Болгария) и др. Препараты данной группы более пятидесяти лет применялись в клинике. Они оказались необычайно эффективными при оказании неотложной помощи. Препараты данной группы сошли с клинической арены на фоне создания и активного внедрения инфузионных растворов на основе гидроксиэтилированных крахмалов (1962). Данные препараты обладали выраженным волемическим эффектом и быстро завоевали популярность среди врачей, особенно реаниматологов.

Исследователи разных стран продолжали поиск создания идеального кровезаменителя, обладающего полифункциональным действием и прежде всего способного транспортировать газы крови. В 1960-х гг., одновременно в США (Rabiner) и СССР (академик АН. Филатов с сотр.), создаются кровезаменители на основе очищенного от стромы человеческого гемоглобина. В СССР это препарат «Эригем», в США – оксиглобин, гемопур, полигем, гем-Ассист и др., в Канаде – гемолинк. В 1992 г. в НИИ гематологии и трансфузиологи под руководством члена-корреспондента Е. А. Селиванова на основе

полимеризированного человеческого гемоглобина и декальцинированного желатина был создан инфузионный препарат Геленпол обладающий газотранспортной, гемодинамической, волемической функциями.

В 1979 г. в СССР под руководством Ф. Ф. Белоярцева создан кровезаменитель на основе перфторуглерода – «Перфторан», обладающий газотранспортной функцией и успешно применяется в клинической практике.

В 1992 г. введен в клиническую практику оригинальный кровезаменитель «Полиоксидин» и «Геленпол» (1997).

В 1980-х гг. учеными Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова профессорами В. М. Виноградовым и А. В. Смирновым изобретена новая группа фармпрепаратов, получившая название – антигипоксанты. Первые из них были таблетированные Гутимин и Амтизол. В последующем в НИИ гематологии и трансфузиологии (Санкт-Петербург) под руководством Е. А. Селиванова созданы инфузионные антигипоксанты на основе фумарата натрия - «Мафусол», «Полиоксифумарин», «Конфумин», которые обладают полифункциональным действием, но главное они способны корригировать тканевую гипоксию и активировать выработку клеточной энергии. В начале XXI в. в НПО «Полисан» (Санкт-Петербург) были созданы новые кровезаменители антигипоксантного действия «Реамберин», «Ремаксол», «Цитофлавин». В настоящее время препараты данной группы завоевали популярность среди клиницистов и широко применяются в лечебной практике.

Таким образом, в настоящее время инфузиология состоялась как наука. Арсенал средств для инфузионной терапии содержит большое количество различных препаратов полифункционального действия, которые позволяют создавать высокоэффективные инфузионные программы для решения различных клинических задач.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

П. М. Староконь[1], Р. Р. Богданов[2], Р. Н. Долгих[1], Н. И. Галик[1]

[1]Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России, г. Москва;
[2]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Инфузионная терапия является важнейшей составляющей комплексного лечения пациентов с острой хирургической патологией. Она составляет основу предоперационной подготовки пациентов, является базисным элементом периоперационного периода и решает важные задачи в программе интенсивного послеоперационного лечения. При острой хирургической патологии задачами инфузионнй терапии являются: восстановление волемического объема сосудистого русла; улучшение микроциркуляции и перфузии тканей; ин-

фузионная детоксикация. С созданием новой группы препаратов (антигипоксантов) появилась еще одна задача – коррекция клеточного обмена или «клеточная реанимация». Кроме того инфузионная терапия является платформой для введения целого ряда препаратов – антибиотиков, гормонов, витаминов и др.

На определенном этапе патогенеза практически всех острых хирургических заболеваний тканевая гипоксия становится ведущим механизмом и от ее динамики во многом зависит течение патологии. Тканевая гипоксия сопровождается резким снижением выработки клеточной энергии, в то время когда все защитные механизмы организма энергоемки. Кроме того тканевая гипоксия стимулирует процессы пероксидации и как следствие возникает деструкция биологических мембран, как клеточных, так и внутриклеточных.

Новая группа препаратов – антигипоксанты – способствует замедлению этих процессов, стабилизации клеточных мембран, улучшению выработки клеточной энергии. Для экстренной хирургии особенно ценным является создание и внедрение в клиническую практику инфузионныхантигипоксантов – Мафусол, Конфумин, Полиоксифумарин, Реамберин, Ремаксол, Цитофлавин. Особенность данных препаратов – их полифункциональность. Ведущее фармакологическое действие – выработка клеточной энергии в цикле трикарбоновых кислот дополняется плазмозамещающим действием, способностью препаратов восстанавливать электролитный состав крови, улучшать реологические свойства крови, положительно влиять на гемодинамические показатели.

Нами препараты антигипоксантного действия применялись при различной хирургической патологии, но наиболее заметно их действие при тяжелых формах заболеваний осложненных перитонитом. Перитонит – манифестная форма экстремального состояния организма при которой тканевая гипоксия играет ведущую роль в прогрессировании заболевания. Мы применяли инфузионный препарат Мафусол созданный в Российском НИИ гематологии и трансфузиологии под руководством профессора Селиванова Е. А. Лечебная эффективность мафусола изучена у 166 больных распространенным перитонитом. Разовый объем препарата составил 400 мл, суточный – до 1600 мл. Длительность применения – от 3 до 10 сут. 42 пациентам препарат вводился внутриаортально. На введение мафусола уже через 2 ч отмеченоизменение КОС организма – снижался в 2 раза дефицит буферных оснований, на 25 % повышался уровень стандартного бикарбоната. Необходимо отметить, что такое изменение КОС связано, прежде всего с улучшением клеточного метаболизма и снижением уровней недоокисленных продуктов. Улучшались показатели электролитного обмена, в первую очередь K^+ и Cl^-сыворотки крови. На введение мафусола снижались уровни продуктов пероксидации – МДА и ДК. Через 6 часов после начала инфузии данные показатели были стабильными и имели тенденцию к снижению. К концу суток после начала введения препарата уровни ДК и МДА снижались более чем в 2,5 раза.

Критериями для окончания инфузиймафусола считали: устранение эндогенной интоксикации и токсемии, нормализацию показателей КОС и уровня пероксидации, компенсаторноесостояние функций жизненноважных органов и систем организма.

Таким образом, включение в программу интенсивного лечения пациентов с острой хирургической патологией препаратов обладающих антигипоксантным действием способствует стабилизации гомеостаза организма, повышает эффективность функционирования собственных защитных механизмов.

ЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ МАСКИ И ПИЩЕВОДНО-ТРАХЕАЛЬНЫЕ ВОЗДУХОВОДЫ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ. ОБУЧЕНИЕ И ТРЕНИРОВКА

А. С. Стебельский

Клиника Университета, г. Виндхук, Намибия

По данным мировой статистики выживаемость при внегоспитальной остановке сердца, в среднем, достигает 6,4 %. Причин такой низкой выживаемости несколько, а одной из них является неправильная или несвоевременная дыхательная помощь или реанимация на месте.

Сердечно-легочная реанимация осуществляется по принципу ABC: «А» (*airway*) – освободить верхние дыхательные пути, «В» (*breathing*) – искусственное дыхание, «С» – (кровообращение, т.е. массаж сердца). Первый этап «А» не требует никаких специальных приспособлений или инструментов, только навыки: запрокинуть голову (если нет перелома шейного отдела позвоночника), вывести нижнюю челюсть. Второй этап «В» – искусственное дыхание, которое предполагает дыхание «рот в рот» или «рот в нос», что проводилось далеко не всегда, а специальных приспособлений или устройств для оказания помощи отсутствуют. Причин тому несколько – рвота пострадавшего или отравление, неприятный запах изо рта, травма лица, а также этические, моральные, религиозные и гигиенические причины.

Поэтому, результат первичной реанимации оказывался всегда хуже, чем могло быть. В этой связи, для оказания полноценной реанимации на месте происшествия реаниматоры (медики или парамедики) должны иметь специальные средства – воздуховоды, маски с мешком АМБУ, что далеко не всегда имеются в реальной жизни.

Учитывая важность искусственного дыхания для результатов реанимации, были предложены новые пути – ларингеальная маска (ЛМ) и пищеводно-трахеальная воздуховоды (ПТВ).

ЛМ представляет из себя комбинацию лицевой маски и трубки – воздуховода, которая вводится в ротоглотку. ЛМ выпускается в нескольких размерах и видах. Минимальный размер предназначен для новорожденных.

ЛМ была предложена Арчи Брэйном и используется с 1988 г. в клинической практике, являясь альтернативой для эндотрахеальной трубки в анестезиологии и при реанимации. Для её введения не нужен ларингоскоп, а техникой может овладеть каждый после предварительного короткого обучения. ЛМ используется при невозможности интубации трахеи (трудная интубация или отсутствие специалиста, владеющего интубацией). Например, в родильном зале возникла необходимость срочной интубации новорожденного, а анестезиолог занят или отсутствует и в этом случае выручит ЛМ.

Обучение врачей и медицинских сестер как профессионалов должно проводиться на кафедрах анестезиологии и реаниматологии. Сначала отрабатывается техника на манекенах, а затем в операционных. Через 6 месяцев все специалисты должны пройти освежающий курс для закрепления навыков. Парамедиков (непрофессионалы – полиция, пожарники, студенты) должны обучать врачи, прошедшие обучение на кафедрах. ЛМ имеет ряд преимуществ перед эндотрахеальной трубкой и лицевой маской при сердечно – лёгочной реанимации или анестезии, поэтому прочно вошла в повседневную практику анестезиологов – реаниматологов.

Ещё одним путём оказания дыхательной реанимации является использование пищеводно-трахеального воздуховода (ПТВ). Она представляет собой двухпросветную трубку с двумя раздувающимися манжетами. ПТВ вводится вслепую в ротоглотку и независимо от того как расположились концы трубки, раздуваются манжеты. Если конец будет в пищеводе, то дыхание проводится через другую трубку – надо только решить где находится дистальный конец ПТВ, что определяется аускультацией и по движению грудной клетки. Существуют два размера ПТВ для взрослых пациентов, для детей ПТВ нет.

Обучение использованию ПТВ должно осуществляться аналогично обучению использованию ЛМ: профессионалы обучаются на кафедре, а затем передают опыт парамедикам. Освежающий курс через 6 месяцев для всех.

Считаем, что чем больше возможностей у реаниматора, тем больше шансов у пациентов вернуться к жизни.

Выводы.

1. Техникой введения ЛМ и ПТВ должны владеть все специалисты, оказывающие экстренную и неотложную помощь.
2. Методикой введения ЛМ должны владеть медицинские работники родильных залов.
3. Использование ЛМ и ПТВ улучшит результаты сердечно-лёгочной реанимации, скорой и неотложной помощи.
4. Обучение использованию ЛМ и ПТВ должны взять на себя кафедры анестезиологии, реаниматологи и скорой помощи.
5. Администраторы лечебных заведений должны оснастить ЛМ и ПТВ отделения, оказывающие скорую и неотложную помощь.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА

В. И. Струков[1], Д. Г. Елистратов[2], О. В. Струкова-Джоунс[3], Н. В. Еремина[1], Т. А. Купцова[4]

[1]ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза
[2] ООО «Парафарм», г. Пенза
[3]Медицинский центр Менсфилда, Fort Worth, США
[4]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Актуальность. Понятие коморбидности впервые было предложено в 1970 году американским врачом-эпидемиологом Алваном Фенштейном. Под коморбидностью он понимал одновременное протекание двух и более заболеваний, которые патогенетически взаимосвязаны между собой. Число коморбидных заболеваний у пациента напрямую зависит от возраста пациента: в детском возрасте сочетание заболеваний встречаются реже, однако чем старше человек, тем чаще вероятность развития коморбидных патологий. Роль коморбидных состояний в диагностике и терапии остеопороза изучена недостаточно [1–4].

Цели работы: изучить коморбидный статус современного возрастного пациента с остеопорозом (ОП) и на основании полученных данных улучшить его диагностику и патогенетическую терапию новыми препаратами группы «Остеомед».

Материалы и методы исследования. Исследование являлось открытым, проспективным, рандомезированным в соотвтствии с Правилами проведения клинических испытаний (GCP, ОСТ № 42-511-99 от 29.12.98). С 2006 по 2016 гг. на базе центра остеопороза ПИУВа г. Пензы обследовано 1500 женщин в возрасте 45–88 лет. Критериями включения в исследование: женщины с коморбидным (ОП), не менее 3 заболеваний), с минеральной плотностью костной ткани (МПК) менее – 2,5 СО. Определение МПК проводилось рентгенабсорбционным методом, исследование гормонов иммунохеми-люминесцентным методом. Из числа обследованных выделена однородная группа больных для изучения эффективной и безопасной терапии коморбидного ОП, включающая 156 женщин с коморбидным индексом (КИ) более 3–4 ЕД, составивших основную группу. Возраст обследованного контингента женщин составил 59,0±1,84 года, (средняя длительность постменопаузы 10,3±1,67 года). Женщины основной группы в зависимости от проводимой терапии были разделены на две подгруппы сопоставимые по возрасту, тяжести заболевания и коморбидному фону. В 1-й подгруппе 79 пациенток (контрольная) получали стандартную терапию различными антирезорбентами (фосамакс, акласта, кальцитонин, Бонвива, Бивалос и др.) плюс карбонат Са с витамином Dз. 2-я подгруппа (сравнения) – 77 женщин с однотипной патологией, но для лечения применяли вместо антирезорбента остеопротектор-анаболик «Остеомед

форте». Всем пациенткам до начала лечения и по завершению 10 месячного курсов лечения проводилось определение МПК рентгенабсорбционным методом и биохимические исследования. Все участники исследования подписали информированное согласие. Тяжесть остеопороза оценивали по классификации ВОЗ и наличию полостей в трабекулярных отделах костей. Критериями оценки эффективности терапии были**:** способность препарата увеличивать МПК, закрывать или уменьшать размеры полостных образований в трабекулярных отделах костей; снижение частоты падений; отсутствие новых переломов. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью пакета программ StatSoft для Windows XP.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов были выявлены различные заболевания, что в литературе описано под названием «полипатия»:

1. У 74 % пациенток выявлены нарушения в гормональном статусе, эндокринные болезни (сахарный диабет, ожирение, гипотиреоз, снижение андрогенов, эстрогенов и др.). Возрастные нарушения в гормональном статусе у пожилых характеризовались комплексом симптомов эмоциональных, когнитивных, сексуальных, метаболических (снижение роста и МПК). Эти состояния являются важной причиной формирования вторичного остеопороза, что обязательно учитывалось при составлении плана индивидуального лечения ОП.

2. У 73 % выявлены проблемы здоровья ротовой полости. Все пациентки осмотрены на кафедре стоматологии ПИУВа (зав. профессор Н. В. Еремина). Выявлено, что неконтролируемый парадонтит в постменопаузе ухудшает состояния зубов и парадонта, что может привести не только к рецессии десен и потере зубов, но и патогенентически детерминированному ОП, к его манифестации.

3. В 67 % случаев пациенты имели сердечнососудистые заболевания: атеросклероз, гипертоническую болезнь. Коронарный атеросклероз, АГ и ОП одни из самых частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней. У 9 % в анамнезе был перенесенный инсульт. В крови пациентов с ОП обнаруживают нарушения системы гемостаза, микроциркуляции, развитие во внутренних органах склеротических изменений, снижение их функциональных резервов, вплоть до формирования полиорганной недостаточности.

4. У 53 % обследованных пациенток отмечен недостаток витамина D, что имеет важное патогенетическое значение в развитии ОП.

5. 50 % обследуемых кроме ОП имели различные заболевания ЖКТ (гастрит, дуоденит, панкреатит, патология печении желчевыводящих путей и др.).

Если сложить частоту коморбидных состояний в этих группах 74+73+67+53+50 = 317 %. Это значит, что математическое ожидание у вышеотмеченных 5 группах составляет от 2 до 5 коморбидных заболеваний у каждого пациента (кроме ОП). Но индекс коморбидности (ИК) в реальности значительно больше. ИК у пациентов значительно увеличивается при подключении параклиничесих методов исследования. Так после лучевых исследова-

ний УЗИ, МРТ, КТ почти у всех пожилых пациентов выявляются нарушение мозгового кровотока, кальциноз аорты, кровеносных сосудов, заместительная гидроцефалия, грыжи дисков позвоночника и т.д. Осмотр гинеколога, окулиста, невропатолога, психиатра и др. добавляет пациенту немало диагнозов. Поэтому у возрастного пациента нередко выявляются до 7–8 и более заболеваний. С учетом изложенного имеющееся разнообразие патогенетических процессов ОП, диктует необходимость разработки персонифицированного, комплексного подхода к терапии таких пациентов.

По мере увеличения продолжительности жизни растет частота и полипрагмазии, когда пациентам назначалось до 5–9 и более лекарств. В этих условиях можно причинить больному вред, вплоть до инвалидности и смерти. Так нами наблюдалась пациентка А., которая по поводу остеопороза получала без эффекта 9 препаратов. После выявления основной причины ОП (гипогонадизм) назначена ГЗТ, уменьшено количество препаратов до 3 и состояние пациентки значительно улучшилось. Т.о. выявление коморбидных заболеваний имеет важное значение для решения проблем диагностики и лечению пациента. И только после диагностики коморбидных состояний, осуществлялся второй этап - персонифицирующий подход в лечении.

При анализе лечения у наблюдаемых коморбидных пациентов отмечено, что у значительной части антирезорбенты были не только не эффективны, но и вызывали ухудшение, дискомфорт в желудке, обострение или присоединение болезней ЖКТ. На возможность негативного влияния антирезорбентов указавают многие исследователи. Несмотря на это современные рекомендации по-прежнему указывают, что препаратами выбора в лечении ОП у пожилых женщин по-прежнему являются бисфосфонаты (алендрнат, этиндронат, ризендронат и др.), как наиболее мощные ингибиторы костной резорбции. При этом о коморбидности ОП ни слова! А как эти препараты действуют на стареющие клетки пожилого человека, если они убивают остеокласты? Сегодня установлено, что между остеокластами (ОК) и остеобластами (ОБ) выявлены сложные сигнальные связи. При этом для улучшения функции ОБ необходима повышенная активность ОК, что улучшает нормальные процессы ремоделирования костей. Это привело к революционному пересмотру патогенетического подхода к лечению ОП. Мы полагаем, что делать «заморзку» остеокластов у пожилых людей не гуманно. Наоборот, пожилому человеку необходимо дополнительная поддержка всем клеткам организма, костным, нервным, эндокринным, иммунным ибо они работают вместе. С учетом изложенного стремимся меньше назначать антирезорбены. Шире используем анаболики типа «Остеомед».

Результаты исследования представлены в табл. 1. Из данных которой видно, что на фоне традиционной терапии и нового подхода в лечении ОП произошла нормализация показателей кальций-фосфорного обмена и маркеров резорбции кости. Возрастание кальцитонина в процессе терапии, что также указывает на снижении интенсивности костных потерь и нормализации костного ремоделирования у пациенток с коморбидным ОП.

Таблица 1

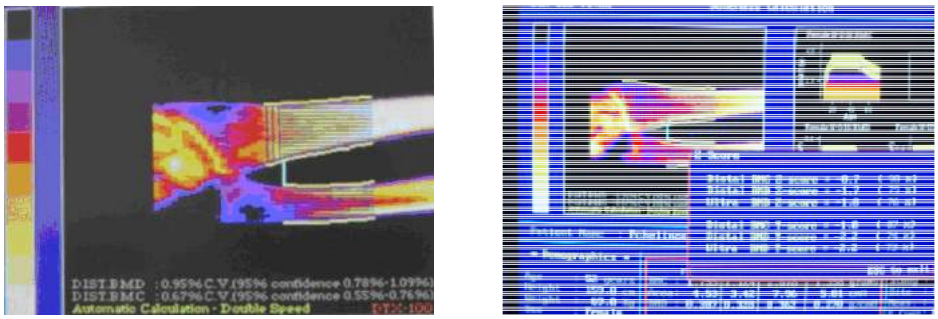
Динамика показателей МПК и некоторых биохимических маркеров костного метаболизма и морфометрии полостных образований в зависимости от проводимой терапии

Маркеры	Исходные	1 подруппа (антирезорбенты) n = 79	2 подгруппа (Остеомед форте) n = 77
Ca_2+ кр(ммоль/л)	2,27±0,04	2,6±0,06	2,59±0,05
Р (ммоль/л)	1,65±0,03	1,74±0,05	1,71±0,04
Тестостерон нмоль/л	1,15 ±0,4	1,3± 06нмоль/л	2,4± нмоль/л*
ГСПГнмоль/л	64,7±2,2	66,1±2,4	113±5,7*
25(OH)Dз нг/мл	17±2,3	30±2,9	47±3,1
ПТГ (pg/ml)	50,12±1,97	47,1±2,1	46±2,4
КТ (пг/мл)	3,0±0,08	4,5±0,93*	4,9±0,91*
Прирост МПКТ %		3,7	3,5
Закрытие полостей %		n – 2 (3±2 %)	n – 20 (26±5 %)*
Уменьшение полостей %		n – 7 (9± 3)	n – 38 (49±6 %)*
Отсутствие новых переломов %		100	100 %

*динамика от исходных и значений 1 группы статистически достоверна ($p < 0,05$)

Однако при анализе показателей гормонального статуса у пациенток выявлено, что если концентрация общего тестостерона у женщин 1 подгруппы увеличивалась с 1,15±0,4 нмоль/л до 1,3±0,6 нмоль/л ($p > 0,05$), то во 2 подгруппе – с 1,15 ±0,4 нмоль/л до 2,4±0,5 нмоль/л ($p < 0,05$). Концентрации ГСПГ до лечения составляла 64,7±2,2 нмоль/л. Через 10 мес. терапии антирезорбентами в 1 подгруппе незначительный рост до 66,1±2,9 нмоль/л ($p > 0,05$). При терапии «Остеомедом форте» (2 подгруппа) через 10 месяцев отмечено доставерное увеличение до 113±5,7 нмоль/л ($p < 0,05$).

У большинства обследованных коморбидных пациентов имелся недостаток витамина D (M±m = 17±2,3 нг/мл). Через 10 мес. лечения в 1 подгруппе 25 (OH)D повысился до нижней границы нормы (M±m = 30±2,9 нг/мл). Во 2 подгруппе при терапии «Остеомедом форте» содержание 25(OH)D доказательно повысилось до средних норматив – 47±3,1 нг/мл ($p<0,05$). Это можно объяснить составом препарата и тем, что гормоны трутней являются фортификатором (усилителем) метаболизма витамина D. При использовании «Остеомеда форте» (2 подгруппа) закрытие и уменьшение полостей отмечено у 75±6 %, против 12±3 % в 1 подгруппе ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о том, что данный препарат более эффективно действует на трабекулярную часть кости, в которой главным образом образуются полостные образования, через которые и происходят переломы костей (рис. 1).



а) *б*)

Рис. 1. Пациентка Р. 52 года, протокол обследования № 2197:
а – полостные образования до лечения; *б* – через 10 мес. терапии «Остеомед Форте» полости закрылись**,** МПК увеличилась до –2,2СО

Заключение. Диагностика ОП с учетом коморбидности позволяет более детально верифицировать диагноз заболевания с учетом всех факторов риска. Это позволяет проводить рациональную группировку пациентов с близкими патогенетическими процессами и максимально индивидуализировать терапию пациентов, избегая полипрагмазии. Получен высокий лечебный эффект препарата «Остеомед форте» в лечении коморбидного ОП, что обусловлено содержанием в нем трутневого расплода. Последний как донатор андрогенов стимулирует продукцию собственных половых гормонов у пациенток, что улучшает анаболические процессы и костное ремоделирование. Это содействует стабилизации патологии, приостановлению костных потерь и увеличению МПК физиологическим методом, без депрессии остеокластов. У женщин с постменопаузальным ОП после курса терапии «Остеомедом форте» концентрация общего тестостерона в сыворотке крови повышалась с 1,15±0,4 до 2,4±0,6 нмоль/л ($p < 0,05$). В подгруппе пациенток, получавших антирезорбентные препараты, положительных сдвигов в уровне тестостерона и закрытии полостных образований не отмечалось. В отличии от других лекарств, препараты группы «остеомед» можно дифференцированно использовать с учетом МПК и тяжести остеопороза. В тех случаях, когда у пациента имеются выраженная потеря МПК и полостные образования в костях с риском костных переломов показан «Остеомед Форте». При избыточном отложении солей Са в мягкие ткани и сосуды, при экзогенной/эндогенной недостаточности витамина D хорошо дать «Остеовит Dз» (без кальция). При остеопениях (не больших потерях костной массы и в профилактических целях «Остеомед».

Библиографический список

1. Галеева, Р. Т. Остеометрические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей / Р. Т. Галеева, В. И. Струков, Г. В. Долгушкина, А. Н. Астафьева // Сборник материалов науч.-практ. конф. «Достижения современной науки на страже здоровья детей», посвященной 50-летию ГБУЗ РМ «Детской республиканской клинической больницы». – Саранск, 2013. – С. 23–28.

2. Мельникова Л. В. Влияние ингибитора ангиотензин превращающего фермента фозиноприла на внутрисосудистый кровоток у больных артериальной гипертензией / Л. В. Мельникова, Л. Ф. Батрош // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 3, № 17. – С. 236.

3. Пат. на избретение № 2511430. Способ диагностики остеопороза методом определения динамики закрытия полостных образований для оценки эффективности применения различных остеопротекторов / Струков В. И., Джоунс О. В., Крутяков Е. Н., Елистратов К. Г. Приоритет с 19.04.2012.

4. Струков, В. И. Остеомед – 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. 90–1.

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ «ОСТЕО-ВИТ D_3»

В. И. Струков[1], Ю. Г. Щербакова[2], М. С. Баженов[2], Т. А. Купцова[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница» им. Н. Ф. Филатова;
[3]ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Введение. Проблема частых переломов у детей остается весьма актуальной, особенно для детей младшего возраста. В этот сложный возрастной период часто возникают дефицитные состояния, такие как анемия, гиповитаминоз D и др.

Костная ткань является индикатором, которая реагирует на всякого рода неблагополучия экзогенного и эндогенного характера. Однако при лечении переломов стандартными хирургическими методами специалисты часто не обращают внимания на сопутствующую патологию и сконцентрированы на лечении изолированного заболевания (перелома). В результате остеопороз не лечится, и переломы возникают повторно, тем самым увеличивается количество детей с запущенными формами остеопороза. Остеопороз – в свою очередь – интегральный показатель «благополучия» организма. Его наличие негативно сказывается на другие органы и системы, на показатели физического развития, вплоть до развития инвалидности.

Многие зарубежные страны уже столкнулись с проблемой переломов. Обсуждения данной проблемы выносятся на государственный уровень. Так в Сингапуре в 2015 г. проходил международный конгресс, где большой акцент делался на государственный подход к проблеме переломов в мире.

За переломами стоят различные коморбидные заболевания. В настоящее время лечение переломов проводится без учета этих состояний.

Цели исследования – провести катамнестические исследования детей с повторными переломами, оценить эффективность препарата «Остео-вит D_3» в лечении и профилактике повторных переломов у детей.

Материалы и методы исследования. С 2013 по 2016 гг. в центре остеопороза на базе Пензенской областной детской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова наблюдалось 79 детей в возрасте от 10 до 18 лет.

Все дети были разделены на две группы:

1 группа – 37 детей с переломами получали «Остео-вит D_3»;

2 группа – 42 ребенка с переломами, получающие стандартное лечение (иммобилизация).

У всех пациентов собирали анамнез, проводили осмотр, общеклиническое, лабораторное и биохимическое исследования. В сыворотке крови определяли уровень Са, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы. Определяли гормональный статус гормона D по содержанию 25(OH) D в сыворотке крови. Дефицит витамина D диагностировали при содержании 25(OH)D в крови <30 нг/мл, при референтных значениях: 0–10 нг/мл – дефицит, 10–30 нг/мл – недостаток, 30–100 нг/мл – норма, >100 нг/мл – токсичность.

МПКТ детям в возрасте от 10 до 18 лет оценивали рентгенабсорбционным методом до лечения и в динамике через каждые 3 месяца до 9–10 месяцев лечения на аппарате Остеометр DTX-100.

Дети 2 группы получали стандартное лечение по поводу перелома, с иммобилизацией поврежденной конечности. Дети 1 группы дополнительно получали «Остео-витD_3» по 2 таблетки в день в течение 1 года трехмесячными курсами с перерывом 1 месяц. Повторный прием с осмотром назначался через 3 месяца для контроля проводимой терапии.

Результаты исследования и их обсуждение.

У всех детей с переломами часто выявлялась сопутствующая патология, такая как: дискинезия желчевыводящих путей, гастропатология, анемия, аллергия, метаболический синдром, частые ОРВИ. В 50 % случаев контингента обследованных детей с остеопорозными переломами имелись проявления дисплазии соединительной ткани: астеническое телосложение, снижение мышечного тонуса верхних и нижних конечностей, нарушения осанки, сколиозы, плоскостопие, плосковальгусная установка стоп и др. В 20 % случаев отмечалась замедленная консолидация. У 19 детей (24±0,05 %) имелись жалобы на боль в ногах, проблемы с зубами. Отсутствие здорового образа жизни, гипокинезия и др.

В результате проведенного исследования было выявлено, что в 71±5 % (у 55 детей) случаев у детей в обеих группах имелся дефицит витамина D. В тяжелых случаях отмечались полостные образования в трабекулярных отделах трубчатых костей.

У детей 1 группы после приема «Остео-вита D_3» в течение 3 месяцев отмечается отсутствие жалоб, после курсового приема препарата переломы не возникали. Уровень витамина D повысился до уровня нормы. МПКТ в пределах –1,0 СО. Имеющиеся полостные образования в костях, при повторном обследовании через 10 мес. закрылись, боль купировалась.

Во 2 группе после проведенного курсового лечения уровень витамина D в сыворотке крови повысился только в 40±3,8 % случаев (у 16 детей, $p < 0,05$) с уровня дефицита до уровня недостатка. У 3 детей (7±4 %) отмечены повторные переломы. МПКТ в пределах –1,0 СО до –2,0 СО. У 5 детей, имеющих полостные образования в костях, при повторном обследовании полости не закрылись у 2 пациентов. Таким образом, во 2 группе отмечены повторные переломы, в то время как у детей 1 группы повторных переломов не было.

Резюме. На основе анализа материала считаем, что этиопатогенетическую сущность костных переломов необходимо изучать с позиции нарушений в единой системе организма в целом. Наличие любой сопутствующей патологии, дисплазии соединительной ткани и др. вызывают поломки в едином организме с развитием остеопений (остеопороза), присоединением костных переломов, плохой их консолидации и повторным переломам. Все это диктует необходимость разработки новых технологий, новых подходов. Катамнез детей с переломами показал, что применение нового отечественного препарата «Остео-вита D_3» нормализует МПКТ, уровень D-гормона в сыворотке крови, закрывает полостные образования в костях, сокращает сроки консолидации.

Библиографический список

1. Шилин, Д. Е. Современная стратегия преодоления дефицита кальция и витамина D у детей и подростков с позиций профилактики остеопении и переломов / Д. Е. Шилин // Вопросы Практической педиатрии. – 2006. – № 1 (2). – С. 50–56.

2. Переломы костей у детей и подростков – интегральный показатель остеопороза / В. И. Струков и соавт. // Врач. – 2015. – № 1. – С. 9–11.

3. Актуальные проблемы остеопороза / В. И. Струков и др. // Ростра. – 2009. – С. 341.

4. Шеплягина, Л. А. Истоки остеопороза взрослых лежат в детском возрасте / Л. А. Шеплягина, И. Н. Петрова, Т. Ю. Моисеева // Лечение и практика. – 2013. – № 1 (5). – С. 5–12.

5. Пат. на изобретение № 2498811. Способ профилактики и лечения остеопороза и переломов костей и препарат для профилактики и лечения остеопороза и переломов костей / Струков В. И., Крутяков Е. Н., Елистратов Г. К. Приоритет изобретения от 19.04.12.

О ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В. В. Стрючков, П. С. Жиляев, А. В. Хвостиков

Министерство здравоохранения Пензенской области, г. Пенза

Построение эффективной модели регионального здравоохранения в настоящее время невозможно без использования современных информационных технологий. Современное здравоохранение – не только комфортная сре-

да для получения медицинской помощи, но и передовые технологии в информационном сопровождении диагностики и лечения.

Развитие материально-технического обеспечения медицинских организаций в части оснащенности рабочих мест медицинского персонала компьютерами для достижения высоких показателей эффективности здравоохранения недостаточно. Решением данного вопроса может послужить планомерная работа, направленная на комплексную автоматизацию информационного сопровождения медицинской деятельности.

На текущем этапе развития регионального здравоохранения, а также в среднесрочной перспективе, в Пензенской области проводится работа по 5 приоритетным направлениям в части информатизации, а именно:

- подключение больниц и поликлиник к высокоскоростному интернету;
- создание личного кабинета пациента «Мое здоровье»;
- развитие материально-технической базы медицинских организаций в части оснащения рабочих мест медицинского персонала компьютерным оборудованием;
- электронная регистратура;
- создание электронной медицинской карты.

На территории Пензенской области в настоящее время к каналам связи подключено 239 медицинских организаций и их территориально обособленных подразделений. Подключены все поликлиники и больницы, 90 % врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики также имеют подключение к высокоскоростным каналам связи. Преимущественно не подключенными к каналам связи в регионе остаются фельдшерско-акушерские пункты и фельдшерские здравпункты. Данный факт связан с отсутствием технической возможности операторов связи в предоставлении данных услуг на сельских и отдаленных территориях, а также с малой численностью населения в населенных пунктах, что для операторов связи является дополнительным ограничением к развитию сетевой инфраструктуры.

По данному направлению совместно с Минкомсвязи РФ подготавливается проект по развитию высокоскоростных сетей передачи данных в сельских территориях. Реализация проекта запланирована на 2017–2019 г., в результате чего малые населенные пункты Пензенской области и расположенные в них медицинские объекты смогут получить доступ к качественным услугам связи. Развитая сетевая инфраструктура на селе позволит использовать все современные информационные технологии в медицине максимально приближенно к населению.

Создание личного кабинета пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных и муниципальных услуг является продолжением ранее реализуемых Министерством здравоохранения РФ проектов в части информатизации здравоохранения. С целью реализации проекта в течение 2016 г. проводилась подготовительная работа, направленная на модернизацию компонентов регионального фрагмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Пензенской области. Внедрение об-

новленных компонентов позволит расширить функции и обеспечит полноценное функционирование личного кабинета пациента. Завершение работ по обновлению региональных медицинских информационных систем запланировано на 2017 г.

Одним из направлений информатизации в медицинских организациях является обеспеченность автоматизированными рабочими местами, вычислительным оборудованием, локальными вычислительными сетями и оргтехникой. Уровень обеспеченности компьютерным оборудованием в медицинских организациях региона ежегодно возрастает по всем основным направлениям. Так обеспеченность персональными компьютерами по сравнению с 2015 г. увеличилась на 1,25 %, серверным оборудованием – на 7,81 %, принтерами и иными печатающими устройствами – на 3,52 %.

Рост ёмкость локальных вычислительных сетей в медицинских организациях региона по итогам 2016 г. составил 4,49 %, рост численности точек подключения к защищенной корпоративной сети по итогам года на уровне 19,40 %.

Положительная динамика обеспеченности компьютерным оборудованием связана с постепенной заменой устаревшей техники, а также поставкой новой техники в связи с дополнительным укомплектованием рабочих мест медицинского персонала. Развитие материально-технической базы медицинских организаций имеет наивысший приоритет в современном здравоохранении.

С 2012 г. в системе здравоохранения области функционирует сервис электронной записи на прием к врачу. За пятилетний период объемы электронной записи на прием к врачу в медицинские организации Пензенской области ежегодно возрастает – отмечается рост использования сервиса со стороны пациентов, использующих самостоятельную запись через интернет-портал. Динамика использования сервиса электронной записи на прием к врачу за период 2012–2016 гг. представлена в табл. 1.

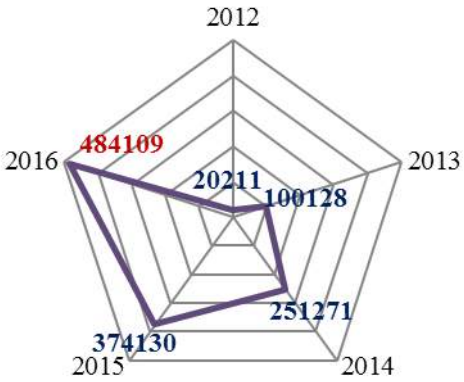
Таблица 1

Динамика использования сервиса электронной записи на прием к врачу

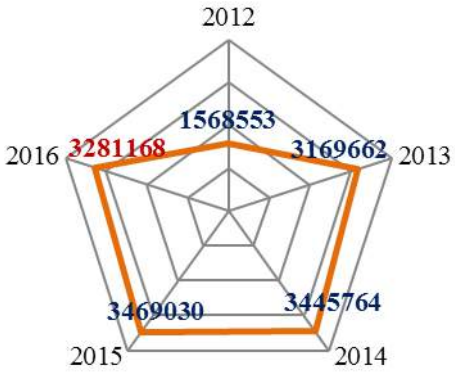
Показатель	2012	2013	2014	2015	2016
Запись через интернет-портал	20211	100128	251271	374130	484109
Первичная запись в регистратурах медицинских организаций	1568553	3169662	3445764	3469030	3281168
Повторная запись врачами на приеме	1327305	2226762	3690551	4404667	4240716
Межкабинетная запись врачами на приеме к другим специалистам своей медицинской организации	68570	438350	569384	613982	601890
Запись врачами на приеме для консультации в медицинских организациях более высокого уровня	14864	93773	120764	125500	153104

За 2016 г. объем самостоятельной записи через интернет составил более 484 тыс. записей, что составляет 14,75 % от всего объема самостоятельной записи (в том числе через регистратуру медицинских организаций).

По итогам 2016 года наметилась тенденция к перераспределению потоков на первичную запись в медицинских организациях. Так начиная с 2016 года объем записи через регистратуру медицинских организаций начал снижаться, в то время как объем записи через интернет-портал возрос на соизмеримую величину. Динамика перераспределения потоков пациентов отражена на рис. 1.



Запись через интернет-портал



Первичная запись в регистратурах медицинских организаций

Рис. 1. Перераспределение потоков первичной записи на прием.

Запись на прием к врачу на территории Пензенской области до 2015 г. включительно можно было осуществить четырьмя способами:

– при личном посещении пациентом регистратуры медицинской организации;

– при телефонном звонке в регистратуру медицинской организации;

– с помощью регионального портала государственных и муниципальных услуг;

– с помощью регионального портала электронной записи на прием penzadoctor.ru.

С 2016 г. для записи на прием к врачу стал доступен еще один способ. Для жителей г. Пензы с целью совершенствования записи в городские поликлиники было открыто два контакт-центра – для обслуживания детского и взрослого населения. Контакт-центры по единым многоканальным телефонным номерам 990-130 и 999-130 осуществляют запись на прием к врачу в плановом порядке, регистрируют вызовы врачей на дом и оказывают консультативную помощь по оказываемым медицинским услугам.

Дополнительно сотрудниками медицинского информационно-аналитического центра в рамках службы технической поддержки оказывается помощь пациентам в случаях возникновения технических сложностей с самостоятельной записью к врачу при использовании интернет-портала. За 2016 г.

службой технической поддержки было принято и обслужено более 33 тыс. звонков.

Одним из индикативных показателей уровня информатизации медицинских организаций является динамика ведения электронных медицинских карт амбулаторного и стационарного больного. В настоящее время в Пензенской области полностью реализован проект электронной медицинской карты на уровне медицинских организаций.

По статистическим данным за 2016 г. в электронных медицинских картах медицинских организациях региона было в зарегистрировано более 10 млн 44 тыс. амбулаторных посещений и более 348 тыс. случаев стационарного лечения в условиях дневных и круглосуточных стационаров. Общий показатель ведения медицинской документации в электронном виде по итогам года составил 94,3 % от общего объема оказанной медицинской помощи.

В настоящее время планируется создание единой медицинской карты на уровне региона, которая в дальнейшем сможет стать частью федерального сервиса интегрированной электронной медицинской карты, где будут аккумулироваться все сведения об оказанной медицинской помощи со всех медицинских организаций Российской Федерации.

Таким образом, эффективная модель здравоохранения возможна только на базе комплексного решения, позволяющего рационально организовать работу медицинского персонала и максимально автоматизировать процессы получения и передачи информации о пациентах, проводимых им лечении, диагностике и назначениях. Создание единого информационного пространства позволит повысить мобильность медицинского персонала, а также обеспечить высокий уровень доступности медицинской помощи, особенно в сельском здравоохранении.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА КАК СЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И. П. Татарченко[1], О. И. Морозова[1], А. В. Зайцева[1], Е. А. Молокова[1], А. Г. Денисова[1], В. В. Осипова[2], Е. Г. Зиновьева[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) является одной из форм ишемической болезни сердца, при которой нарушение кровоснабжения миокарда не сопровождается приступом стенокардии и выявляется только с помощью инструментальных методов исследования. Основными методиками, позволяющими диагностировать ББИМ и оценить её выраженность у широкого круга пациентов, являются холтеровское мониторирование ЭКГ и тесты с физической нагрузкой.

Основным фактором риска ББИМ является сахарный диабет 2-го типа, сопровождающийся более агрессивным течением атеросклероза и формированием кардиальной нейропатии. Характерно, что риск развития ББИМ у курильщиков составляет 60 % против 40 % у некурящих, что связано с нарушения нервной и гуморальной регуляции деятельности ССС под действием никотина [А. И. Абдрахманова и др. Безболевая ишемия миокарда//Вестник современной клинической медицины. – 2015]. Регулярное курение меняет комплекс передачи нейромедиатора дофамина (основного вещества, которое передаёт импульсы между ядрами и клетками ЦНС). Отличие этого фактора состоит в том, что он может быть полностью устранён.

Для того, чтобы оценить характер ББИМ при различных видах нейропатии, в своём исследовании мы выделили две группы больных. В первую группу (12 человек) вошли пациенты со стенокардией напряжений II-III ФК и никотиновой зависимостью, которая оценивалась по тесту Фагерстрема (9 человек). Во вторую группу – больные со стенокардией напряжений II-III ФК, никотиновой зависимостью и сахарным диабетом 2-го типа в стадии компенсации углеводного обмена (9 человек). Средний возраст больных составлял 57±5,3 лет, из них мужчин было 13 и женщин – 8.

В исследование не включались больные с ОКС, инфарктом миокарда, ХСН III стадии (по классификации Стражеско – Василенко), кардиомиопатиями. Статистическая обработка данных проводилась с использованием вариационной статистики на основе программы Statistica 10.0 for Windows, включающей определение t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа. Все больные получали стандартную терапию (β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты, статины). Пациентам проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование на основе рекомендаций ВОЗ: суточное мониторирование ЭКГ на фоне стандартного инструментального обследования (электрокардиография в 12 стандартных отведениях, нагрузочный тест (велоэргометрия), суточное мониторирование АД, эхокардиогарфия). Были выполнены лабораторные анализы: биохимический анализ крови, липидный спектр, определение уровня глюкозы крови и по показаниям – гликированного гемоглобина). Повторное обследование больных проводилось в том же объёме через 3 месяца после подбора адекватной антиангинальной, гипотензивной и гиполипидемической терапии, рекомендации по отказу от курения.

В первой группе больных исходно суточная продолжительность ишемии составила 17±3,8 мин, из них 7±2,1 мин занимали безболевые эпизоды. Глубина ишемической депрессии с. ST составляла 1,5±0,3 мм, без существенной разницы в болевых и безболевых эпизодах. Во второй группе исходная суточная продолжительность ишемии была выше и составила 21±5,7 мин, из них 11±4,4 мин приходилось на ББИМ ($p \leq 0,01$). Средняя суточная глубина ишемической депрессии также была более выраженной, чем в первой группе больных, и равнялась 1,9±0,3 мм ($p \leq 0,05$).

Через 3 месяца 3 больных из первой группы отметили полный отказ от курения. У этих больных суточная продолжительность ишемии составила 6,8±2,3 мин при средней глубине суточной депрессии сегмента ST 1,2±0,1 мм (у одного из больных эпизоды ишемии за сутки не выявлялись). У больных данной группы, продолжавших курить, суточная продолжительность ишемии была выше и составила 8,4±2,3 мин ($p \leq 0,05$). Средняя суточная депрессия сегмента ST также была несколько глубже, чем у больных, отказавшихся от курения, и составила 1,3±0,1 мм.

Во второй группе больных отказа ОТ курения на 3 месяца удалось достигнуть у 4 пациентов. У этих больных суточная продолжительность ишемии составила 8,5±4,7 мин при средней глубине суточной депрессии сегмента ST 1,6±0,2 мм. У больных данной группы, продолжавших курить, суточная продолжительность ишемии была выше и составила 9,7±2,3 мин ($p \leq 0,05$). Средняя суточная депрессия сегмента ST также была несколько глубже, чем у больных, отказавшихся от курения, и составила 1,7±0,3 мм.

Полученные данные позволяют сделать вывод о существенном отягощающем влиянии никотиновой зависимости на ишемическую болезнь сердца и формирование безболевой ишемии миокарда. По полученным данным наилучшие результаты в отношении снижения количества и выраженности ишемических эпизодов, в том числе эпизодов ББИМ, на фоне сопоставимой терапии были достигнуты у больных, отказавшихся от курения и не страдающих сахарным диабетом второго типа. У больных с сахарным диабетом второго типа, отказавшихся от курения, выраженность ишемических эпизодов, в том числе эпизодов ББИМ, также достоверно снизилась через 3 месяца в большей степени, чем у пациентов, продолжавших курить. Тем не менее, у больных сахарным диабетом второго типа, даже при условии отказа от курения, проявления ишемии и доля безболевых эпизодов оставались выше, чем у больных группы сравнения, что может быть связано с самостоятельным значением диабетической кардиальной нейропатии в формировании ББИМ.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости углубленного изучения безболевой ишемии миокарда в группах больных повышенного риска, со смешанными факторами развития кардиальной нейропатии.

ОСОБЕННОСТИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

И. П. Татарченко[1], О. И. Морозова[1], А. В. Зайцева[1], А. Г. Денисова[1], Т. В. Лохина[1], В. В. Осипова[2], Е. Г. Зиновьева[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Развитие инфаркта миокарда ассоциируется со значительным снижением коронарного кровотока в течение длительного времени, достаточного для гибели одних участков миокарда и нарушения функционирования других

участков. Недостаток оксигенации и разрастание соединительной ткани приводят к нарушению функций, выполняемых кардиомиоцитами, а также к гибели нервных окончаний или их неправильному функционированию. Поэтому имеет смысл отдельно рассмотреть характер ишемии у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Развитие у данной группы пациентов ББИМ может косвенно свидетельствовать о тяжести кардиосклероза и степени повреждения нервного аппарата сердца.

У пациентов как с БИМ, так и с ББИМ с постинфарктным кардиосклерозом при проведении проб с физической нагрузкой не наблюдается различий и по тяжести ишемических нарушений.

В связи с важностью оценки ББИМ как прогностического фактора у больных, перенесших инфаркт миокарда, которые уже относятся к группе высокого риска, в ходе исследования отдельно рассматривались особенности возникновения безболевой ишемии у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Из 118 больных, включённых в исследование, инфаркт миокарда давностью более 1 года перенесли 34 человека. У 23 (67,6 %) пациентов с постинфарктным кардиосклерозом при ХМ ЭКГ были обнаружены эпизоды ББИМ. Из них у 8 человек ББИМ носила изолированный характер, среди этих больных 3 человека не отмечали в анамнезе ангинозные боли, ИМ у них также имел безболевой характер. Оставшиеся 5 человек описывали ангинозные боли до перенесения ИМ, либо болевую форму ИМ.

У оставшихся 15 человек, перенесших ИМ, ББИМ сочеталась с БИМ. В анамнезе они отмечали ангинозные боли и болевой инфаркт миокарда.

Только 6 больных с постинфарктным кардиосклерозом имели изолированную форму БИМ, у 5 человек по данным ХМ ЭКГ не удалось зафиксировать миокардиальную ишемию.

Если сравнить полученные данные с показателями, характерными для больных ИБС, стенокардией напряжения II–III ФК без постинфарктного кардиосклероза (84 человека), то окажется, что после ИМ ББИМ встречается на 15,3 % чаще, а БИМ – на 12,9 % чаще.

Количество больных без эпизодов ишемии сократилось среди пациентов, перенесших ИМ в 2,35 раз по сравнению с больными без ИМ в анамнезе ($p < 0,05$).

Частота встречаемости ишемии, в особенности безболевой формы, оказалась более высокой у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. При сопоставлении больных без инфаркта миокарда в анамнезе и больных с постинфарктным кардиосклерозом по основным параметрам ББИМ на основании метода ХМ ЭКГ был обнаружен ряд закономерностей.

Так, суточная продолжительность ББИМ в первой группе больных составляла 24,1±3,1 против 32,4±4,2 во второй группе больных ($p < 0,05$). Суточное количество эпизодов ББИМ составляло 2,6±0,6 в первой группе и 3,4±0,8 во второй группе ($p > 0,05$).

Достоверные данные были получены в отношении средней глубины ишемической депрессии сегмента ST в безболевых эпизодах: –0,14±0,01 в группе без ПИКС и –0,18±0,01 во группе с ПИКС ($p < 0,05$).

Кроме того, обращают на себя внимание различия в реакции ЧСС на безболевой ишемический эпизод у больных с постинфарктным кардиосклерозом и без него. Прирост ЧСС также был выше у больных без перенесённого ИМ: 20,2±8,3 против 15,3±7,5 ударов в минуту у больных с ИМ в анамнезе ($p < 0,05$).

У больных без ИМ в анамнезе ЧСС на высоте безболевого эпизода ишемии достигала 94,3±13,2 ударов в минуту, тогда как у больных с перенесённым инфарктом миокарда этот показатель равнялся 89,3±16,8 ударов в минуту ($p < 0,05$).

Таким образом, большая частота встречаемости ББИМ у постинфарктных больных, а также большее суточное количество и суммарная продолжительность эпизодов ББИМ, большая глубина безболевой депрессии сегмента ST в данной группе больных по сравнению с больными без ИМ в анамнезе, позволяет предположить, что развитие постинфарктного кардиосклероза играет определённую роль в изменении болевой чувствительности миокарда.

Нарушение иннервации миокарда при постинфарктным кардиосклерозе косвенно подтверждается тенденцией к менее выраженной компенсаторной реакции ЧСС у постинфарктных больных в сравнении с больными, не перенесшими ИМ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА

И. П. Татарченко[1], О. И. Морозова[1], А. В. Зайцева[1], Е. А. Молокова[1], Т. В. Лохина[1], В. В. Осипова[2], Е. Г. Зиновьева[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

В диагностике и оценке тяжести ББИМ нагрузочные пробы и ХМ ЭКГ дополняют друг друга, они позволяют обнаружить ББИМ и охарактеризовать её связь с АД, ЧСС, физической нагрузкой. ХМ ЭКГ фиксирует общее количество и длительность эпизодов ББИМ, а также случаи ББИМ в ночные часы и вне связи с физической нагрузкой.

ББИМ – неблагоприятный прогностический признак. Повреждающее действие ишемии на миокард определяется не наличием боли а выраженностью и продолжительностью нарушения его перфузии.

Негативное прогностическое значение имеют также значительные количество, выраженность и продолжительность эпизодов ишемии миокарда

вне зависимости от того, какие они – болевые или безболевые. В суточном ХМ 52–76 % эпизодов изменений сегмента ST являются бессимптомными.

У 27–54 % больных ИБС бессимптомное изменение ST является единственным признаком ишемии миокарда. Чаще (30–87 % случаев) при ХМ регистрируются изменения ST по смешанному типу (с болями и без болей). Эпизоды ББИМ, диагностированные при ХМ ЭКГ, являются предиктором тяжёлого течения и неблагоприятного исхода заболевания.

Поэтому в ходе исследования отдельное внимание уделялось распространённости ББИМ и БИМ у больных с ИБС, а также оценке выраженности основных показателей ишемии (глубины депрессии сегмента ST, количества эпизодов ишемии и суточной продолжительности ишемии при ББИМ и БИМ.

В процессе исследования была выделена группа больных с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II–III функциональных классов, в которую входило 118 человек (53 мужчины и 65 женщин), средний возраст больных составлял 52 ± 6,1 лет. Проведение Холтеровского мониторирования в данной группе больных проводилось на фоне стандартной терапии, включавшей β-адреноблокаторы, антиагреганты, при необходимости – статины и ингибиторы АПФ после стабилизации состояния в стационаре.

При обследовании 118 человек, включенных в исследование, эпизоды безболевой ишемии миокарда были выявлены у 67 (56,7 %) пациентов.

Полученные результаты согласуются с клиническими рекомендациями по кардиологии ВНОК от 2009 г., согласно которым у лиц с типичной стенокардией около 50 % эпизодов ишемии миокарда протекают бессимптомно.

Поскольку диагностика ББИМ представляет определённую сложность, полученные результаты уточнялись посредством проведения нагрузочного тредмил-теста. Из 118 пациентов, тредмил-тест проходили 92 человека, при этом у 42 больных (45,6 %) возникали эпизоды ББИМ. Таким образом, в большинстве случаев ББИМ, выявленная методом ХМ ЭКГ, подтверждалась при проведении нагрузочного тредмил-теста.

Некоторые различия в частоте встречаемости ББИМ, выявляемой при ХМ ЭКГ и нагрузочном тредмил-тесте, связаны с тем, что при суточном мониторировании ЭКГ в ряде случаев безболевые эпизоды возникали наряду с болевыми, и при нагрузочном тесте в данной группе больных мог возникнуть как болевой, так и безболевой ишемический эпизод.

При детальном изучении характера ишемии в ходе обработки результатов ХМ ЭКГ, было выявлено, что у большинства пациентов (45 человек, 38,2 % обследованных) болевые эпизоды ишемии миокарда сочетаются с безболевыми.

Эпизоды изолированной ББИМ были зарегистрированы у 22 (18,6 %) больных, ещё у 17 (14,4 %) больных прослеживалась чёткая взаимосвязь ишемических изменений с болями в сердце.

У 28,8 % больных за сутки проведения ХМ ЭКГ ишемические эпизоды не регистрировались вообще, это может быть связано с тем, что на фоне ста-

билизации состояния в условиях стационара повседневная активность не приводила у данных больных к недостаточности коронарного кровотока.

Таким образом, БИМ выявлялась в среднем у 36,9 – 43,2 % больных, ББИМ встречалась на 8,7 – 13,5 % чаще – у 45,6 – 56,7 % больных, по данным ХМ ЭКГ и нагрузочного тредмил-теста соответственно. Обращает на себя внимание преобладание ББИМ над БИМ по частоте встречаемости среди пациентов со стенокардией напряжения II–III функциональных классов.

Для ББИМ средняя глубина ишемической депрессии составляла -0,15±0,01 мВ, при БИМ данный показатель равнялся –0,17±0,02 мВ. Максимальная глубина депрессии сегмента ST в эпизодах ишемии равнялась -0,21±0,02 мВ при ББИМ и –0,24±0,03 мВ при БИМ соответственно.

Аналогично были сопоставимы показатели глубины ишемической депрессии сегмента ST, выявляемые при нагрузочном тредмил-тесте. При ББИМ глубина ишемической депрессии равнялась –0,21±0,03 мВ, а при БИМ –0,26±0,03 мВ ($p < 0,05$). Реакция ЧСС на коронарную недостаточность была несколько более выражена при болевой ишемии, однако разница являлась недостоверной. Так, исходная ЧСС составляла в среднем 72,7±7,3 при безболевых и 68,1±8,4 при болевых эпизодах. При этом на высоте болевого эпизода тахикардия достигала 97,8±15 ударов в минуту, на высоте безболевого эпизода – 91,2±12 ударов в минуту.

Таким образом, при сопоставлении БИМ и ББИМ отмечается тенденция к более выраженной депрессии сегмента ST на фоне приступов стенокардии. Примечательно также, что прирост ЧСС на ишемическом эпизоде и максимальная ЧСС характеризуются большими значениями при болевой ишемии. Данная особенность может объясняться патофизиологическими особенностями ББИМ: нарушением нервной регуляции ишемизированного миокарда, которая проявляется в том числе ригидностью сердечного ритма.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА

Н. А. Тимофеева, Н. А. Морозова, Е. А. Нинарова

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Цели: уже завершается третье десятилетие в истории компьютерной томографии (КТ), но этот метод продолжает динамично развиваться. Быстрое развитие техники КТ ставит перед рентгенологами задачу по своевременному изменению протоколов сканирования. Наша статья поможет клиницистам приобрести знания в области КТ, достаточные для того чтобы заниматься практикой на самом высоком уровне.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – окклюзия ствола или основных ветвей легочной артерии частичками тромба, сформировавшимися в венах большого круга кровообращения или правых камерах сердца и зане-

сенными в легочную артерию с током крови. Иногда очень сложно различить тромбоэмболию и локальный тромбоз в системе легочной артерии, поэтому их рассматривают как единый симптомокомплекс.

Наиболее часто используемым методом диагностики ТЭЛА является компьютерная томография с контрастированием легочных артерий. Роль диагностических изображений заключается в том, чтобы подтвердить или исключить диагноз острой ТЭЛА или по возможности установить альтернативный диагноз. Это важно, так как клиническое подозрение на ТЭЛА в большой части случаев оказывается ложноположительным.

Тесты с кровью – такие, как тест, специфический для продуктов деградации фибрина (D-dimer), – имеют высокий индекс негативных предсказаний, хотя и не исключает полностью ТЭЛА.

Рентгенограммы органов грудной клетки нормальные у многих пациентов с ТЭЛА, или на них обнаруживаются небольшой плевральный выпот и дисковидные ателектазы. Инфаркты легких наблюдаются редко (10–15 % случаев).

Трансторакальная и трансэзофагеальная эхокардиография используется при подозрении на массивную ТЭЛА (у нестабильных пациентов) для выявления острой перегрузки правого сердца. Их не применяют у стабильных пациентов вследствие нечувствительности к периферическим эмболам.

Легочная ангиография рассматривается как радиологический «золотой стандарт» диагностики острой ТЭЛА. Однако вследствие её инвазивной природы она редко назначается в большинстве лечебных учреждений.

Перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия используется как тест первой очереди у стабильных пациентов, она обеспечивает вероятностную оценку наличия ТЭЛА.

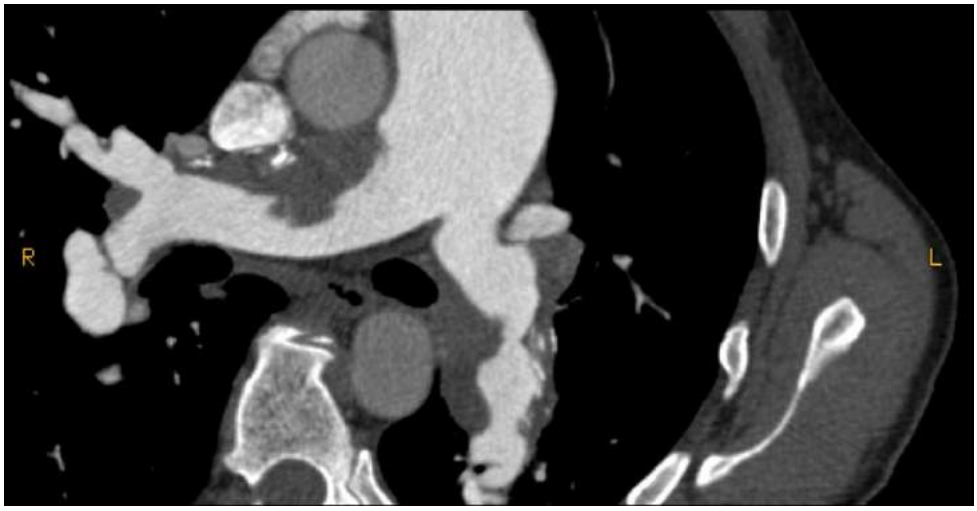
В настоящее время спиральная компьютерная томография с контрастированием – это стандарт неинвазивной диагностики ТЭЛА ввиду простоты проведения и высокой чувствительности и специфичности.

Сканирование при КТ – ангиографии грудной полости проводится быстро (в течение одной задержки дыхания) на фоне болюсного введения рентгенконтрастного вещества. Предварительным этапом исследования является выполнение нативной КТ грудной полости, которая помогает выбрать оптимальное положение и протяженность зоны сканирования. Также нативное исследование необходимо для первичного анализа патологических изменений в легочной ткани, плевре и средостении, выявляются обызвествления в лимфатических узлах, стенках сосудов, внутрисосудистых тромбах; рентгенконтрастные инородные тела, которые могут быть пропущены после введения контрастного вещества. Затем, вторым этапом, выполняется введение контрастного вещества в течение 10–15 с и выполнение КТ грудной полости с толщиной среза 0,5 мм и построением трехмерных MIP, SSD реформаций с контрастированными сосудами. При исследовании контрастное вещество вводится в объёме 80–100 мл (2 мл/кг), при концентрации йода 240–370 мг/мл,

со скоростью 2–4 мл/с. После введения болюса контрастного вещества осуществляется введение солевого болюса (физиологического раствора) в объёме до 50 мл. Контрастированная кровь, заполняя легочную артерию и её ветви, обтекает тромботические массы, создавая дефекты наполнения в просвете сосудов.

Клинический случай. Пациент П, 71 года, поступает в кардиологический стационар с жалобами на общую слабость, нестабильность АД, одышку при физической нагрузке, при ходьбе в меньшей степени, ангинозных болей не отмечает.

На аксиальных срезах отчетливо видны тромбы в просвете главных, а также долевых и сегментарных ветвях легочной артерии с двух сторон (рисунок).



Выводы.

Таким образом при постановке диагноза «ТЭЛА» главная роль рентгенографии заключается в установлении альтернативных диагнозов – пневмонии, пневмоторакса и в принятии решения о том, какие дальнейшие диагностические процедуры должны быть проведены. Тест D-dimer довольно неспецифичен и положительные результаты могут наблюдаться при многих заболеваниях, которые сопровождаются активным тромбообразованием.

Легочная ангиография имеет недостаток за счёт своей инвазивности, при этом чувствительность и специфичность ангиографии в выявлении легочной эмболии сходны с компьютерной томографией высокого качества.

Таким образом, компьютерная томография с контрастным усилением может рассматриваться как метод первой очереди у пациентов с патологической рентгенограммой грудной клетки или сердечно-лёгочными болезнями в анамнезе и может использоваться как альтернатива перфузионной сцинтиграфии у прочих пациентов.

ЗНАЧЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В МЭП-26 (г. ПЕНЗА) В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг. ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И РАЙОНАХ КАТАСТРОФ

В. А. Томилов, Б. И. Золотой

ГБОУ СПО «Самарский медико-социальный колледж», г. Самара,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Важнейшей составной частью единой системы здравоохранения в действующей армии и гражданского населения страны в годы Великой Отечественной войны являлось обеспечение санитарно-эпидемического благополучия. Это потребовало как от органов гражданского здравоохранения, так и санитарной службы Красной Армии проведения взаимосвязанных мероприятий по предотвращению на фронтах и в тылу массовой инфекционной заболеваемости, прежде всего сыпным, возвратным и брюшным тифом, дизентерией, малярией, туберкулёзом, природно-очаговыми заболеваниями.

Выполнение задачи по санитарно – эпидемическому благополучию в тыловых эвакогоспиталях Пензенской области, а с ноября 1943 г. ещё и в Мордовской АССР, в местном эвакуационном пункте № 26 (МЭП-26) (управление которого находилось в г.Пензе) совместно с областным отделом здравоохранения было одним из приоритетных направлений работы в годы минувшей войны.

Во всех эвакогоспиталях области персональную ответственность за их санитарно-эпидемическое благополучие несли начальники медицинских частей этих лечебных учреждений. В штате каждого госпиталя предусматривались должности дезинфекторов, которые обеспечивали проведение дезинфекционно-дезинсекционных мероприятий. Во всех госпиталях были развёрнуты санитарные пропускники, поэтому поступающие раненые и больные проходили обязательную санитарную обработку со сменой нательного белья, стирка которого проводилась в прачечных каждого лечебного учреждения. Всё госпитальное нательное и постельное бельё проходило дезинфекционно-дезинсекционную обработку в жаровых или паровых дезинфекционных камерах. Санитарные пропускники были обеспечены душевыми или же госпитальными банями.

Военно-санитарные поезда (ВСП), военно-санитарные летучки (ВСЛ) проходящие через ст. Пенза-4 обеспечивались бельём, стирка которого проводилась в пензенском банно-прачечном отряде.

В годы войны миграция огромных масс населения, передислокация промышленных предприятий с западных регионов, ухудшение санитарно-гигиенического состояния населённых мест были главными факторами, влияющими на эпидемическую ситуацию в армии и стране. Уже осенью 1941 г.

и в первом квартале 1942 г. заболеваемость сыпным тифом в Чувашской, Татарской, Удмуртской, Башкирской автономных республиках была по сыпному тифу самой неблагополучной за весь период войны. Заболеваемость сыпным, возвратным, брюшным тифом, паратифами отмечалась и среди населения Пензенской области. Так, за второе полугодие 1944 г. сыпным тифом заболело 674, возвратным тифом – 59 человек, за первое полугодие 1945 г. соответственно 2023 и 157 человек.

Летом 1942 г. в Сталинграде возникла реальная опасность эпидемии холеры. Отмечались случаи заболевания холерой среди призванных в ряды Красной Армии из Астрахани. Среди местного населения в июле 1942 г. заболело холерой 112 человек, из них умерло 25. В это время шли ожесточённые бои в излучине Дона на подступах к Сталинграду. Ежедневно город принимал тысячи раненых, которых эвакуировали в Саратов, Пензу, Куйбышев, Астрахань. В районе Бекетовки под руководством профессора З. В. Ермольевой было налажено сложное микробиологическое производство холерного бактериофага, который принимали как бойцы и командиры Красной Армии, так и жители Сталинграда.

При прохождении ВСП и ВСЛ через ст.Каменка-Белинская, ст. Пенза-4 выявлялись лица с подозрением на инфекционные заболевания, которые направлялись на стационарное лечение в инфекционное отделение эвакогоспиталя № 3289 в Каменке-Белинском, или в инфекционный эвакогоспиталь № 1650 в г. Пензе. При следовании эшелонов на восток подозрительные на инфекционные заболевания госпитализировались в инфекционные отделения эвакогоспиталей № 1312, № 2738 в г. Кузнецке.

Туберкулёзные больные направлялись на стационарное лечение в туберкулёзный эвакогоспиталь № 4582, развёрнутый в пос. Чаадаевка.

Недопущение заноса инфекции в эвакогоспитали потребовало создания в МЭП-26 санитарно-контрольного пункта на ст. Пенза-4. Такая система контроля на путях передвижения войск обеспечивала предотвращение заноса инфекции в эвакогоспитали МЭП-26, а также способствовала раннему выявлению случаев инфекционных заболеваний.

Большинство эвакогоспиталей зоны ответственности МЭП-26 имели лишь клинические лаборатории, поэтому санитарно-бактериологическое обследование проводилось на базе санитарно-бактериологического института им. И. И. Мечникова в г. Пензе и бактериологической лаборатории НКЗ Мордовской АССР в г. Саранске, а в остальных эвакогоспиталях – на базе местных санитарно-бактериологических лабораторий. Медицинский персонал госпиталей обязательно иммунизировался поливакциной НИИСИ, а при возникновении случаев заболеваний кишечных инфекций предусматривалась и фагопрофилактика.

На завершающем этапе Сталинградской наступательной операции (январь-февраль 1943 г.) возникла необходимость организации медицинского

обеспечения раненых и больных военнопленных в связи, с чем в МЭП-26 стали создаваться специализированные эвакогоспитали для лечения этой категории раненых и больных. К ноябрю 1944 г. в МЭП-26 было развёрнуто для лечения военнопленных 5 эвакогоспиталей в Пензенской области и 1 эвакогоспиталь в Мордовской АССР. В Пензенской области эти лечебные учреждения были развёрнуты в пос. Пачелма – эвакогоспиталь № 2916 (500 коек), в г. Кузнецке № 2917 инфекционный эвакогоспиталь (500 коек) и эвакогоспиталь № 2738 (1700 коек), в пос. Нижний Ломов – эвакогоспиталь № 2741 (500 коек), в с. Махалино эвакогоспиталь № 5903 (500 коек). В Мордовии для лечения раненых и больных военнопленных был развёрнут эвакогоспиталь № 1631 в пос. Зубова Поляна.

Среди поступивших на лечение военнопленных преобладали больные алиментарной дистрофией, сыпным тифом, с отморожениями. Все поступающие на лечение военнопленные проходили полную санитарную обработку в санитарных пропускниках и ежедневно проходили осмотр на педикулёз. Температурящие больные, с неясным диагнозом направлялись в инфекционные изоляторы, которые были развёрнуты в каждом госпитале. В случаях заболеваний сыпным или возвратным тифом среди военнопленных обеспечивался весь комплекс противоэпидемических мероприятий по локализации очагов. Так, при ликвидации очага сыпного тифа, возникшего в январе 1945 г. в госпитале № 2916 (пос. Пачелма), проводилась ежедневная термометрия как находившихся на лечении военнопленных, так и персонала лечебного учреждения; были организованы дезинфекционно-дезинсекционные мероприятия, полная санитарная обработка каждые 5–7 дней, ежедневное проглаживание госпитального белья. В период проведения перечисленных мероприятий среди персонала госпиталя сыпным тифом заболело 16 человек. Их немедленно госпитализировали и по каждому случаю были также проведены противоэпидемические мероприятия в полном объёме. Благодаря огромным усилиям медицинского и обслуживающего персонала этого госпиталя в начале февраля 1945 г. удалось остановить дальнейшее распространение сыпного тифа.

Как показывает опыт проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в годы Великой Отечественной войны при чёткой их организации, как органами здравоохранения, так и местными органами власти позволили не допустить эпидемий и значительно снизить санитарные потери от инфекционных заболеваний. В современных условиях историческое понимание этих организационных принципов единства и преемственности в проведении противоэпидемических мероприятий при массовом появлении пострадавших должно способствовать достижению санитарно-эпидемического благополучия в зонах катастроф и чрезвычайных ситуаций.

МЕСТНЫЙ ЭВАКУАЦИОННЫЙ ПУНКТ № 26 (г. ПЕНЗА) В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 гг.)

В. А. Томилов, В. К. Усов

ГБОУ СПО «Самарский медико-социальный колледж», г. Самара,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

В годы Великой Отечественной войны славную страницу в достижении Победы над фашистской Германией внесли медицинские работники: врачи, медицинские сестры, санитарки. Героический труд медиков был особенный, так как служил благородному делу – сохранению здоровья, а часто и жизни защитников Отечества. Организация помощи раненым бойцам и командирам потребовала от нашего здравоохранения такой системы лечебно-эвакуационных мероприятий, которая объединила медицинскую службу Красной Армии и гражданского здравоохранения.

Начальный период Великой Отечественной войны был особенно тяжёлым. Только в первые шесть месяцев в госпитали действующей армии поступило более 2 млн человек. Драматизм ситуации усугублялся тем, что к концу лета 1941 г. противником было захвачено или уничтожено более трети всех медицинских частей и учреждений, складов и мобилизационных ресурсов медицинской службы. Большинство медицинских работников, призванных из запаса, не имели опыта работы в боевых условиях.

Неустойчивое положение на фронте и поступление большого числа раненых и больных, которых негде было госпитализировать, вынудили медицинскую службу организовывать их интенсивную эвакуацию всеми имеющимися транспортными средствами. Конечно, в такой тяжелой обстановке возможность этапного лечения раненых и больных отсутствовала. На практике эта была эвакуация по принципу «во что бы то ни стало».

К началу Великой Отечественной войны значительная часть запланированных мероприятий по совершенствованию медицинской службы действующей армии не были завершены, и военно-медицинская служба вступила в войну в стадии незавершённой реорганизации.

Срочно потребовалось силами НКЗ СССР и ГСВУ НКО СССР развёртывать эвакогоспитали в тыловых районах страны и определять функции руководства этими лечебными учреждениями. Однако только к концу 1941 г. сложилась общая система организации и управления эвакогоспиталями тыла страны, которые фактически объединились в госпитальные базы (ГБ) областей, краев, республик.

В соответствии с постановлением ГКО от 22.09.1941 г. и последующими приказами НКЗ СССР и ГСВУ Красной Армии на органы НКЗ была возложена ответственность за формирование тыловых эвакогоспиталей, руководство их лечебной, административно-хозяйственной и финансовой деятель-

ностью. На НКО СССР были закреплены функции организации эвакуации раненых и больных, их приёма и распределения по лечебным учреждениям ГБ, медицинской сортировки и их доставки из мест выгрузки военно-санитарных поездов (ВСП) в эвакогоспитали соответствующего профиля, руководство работой ВВК. Для выполнения функций, возложенных на НКО СССР эвакогоспитали, объединялись под руководством военных органов – управлений местных и распределительных эвакопунктов (УМЭП и УРЭП). УМЭП и УРЭП находились в областных городах и столицах автономных республик.

УМЭП-26 все военные годы находилось в г. Пензе и решало все возложенные на него функции по эвакогоспиталям области, а с ноября 1943 г. и по Мордовской АССР. Тыловые эвакогоспитали (ТЭГи) Пензенской области и Мордовии были дислоцированы вдоль железной дороги по следующим железнодорожным направлениям: Ряжск – Куйбышев, Ртищево – Рузаевка, Рязань – Ульяновск, Тамбов – Ртищево. В 1943 г. 65,8 % эвакогоспиталей Пензенской области дислоцировались вблизи железнодорожных станций, а 34,2 % на удалении от 10 до 30 км.

Организацию работы госпиталей затрудняло то обстоятельство, что в ходе войны в зависимости от оперативно-стратегической обстановки на фронтах приходилось неоднократно изменять их дислокацию. В наиболее сложный период Сталинградской битвы из состава МЭП-26 в октябре 1942 г. убыло в район боевых действий 26 эвакогоспиталей, в 1943 г. ещё 8 эвакогоспиталей. Поэтому вместо убывших лечебных учреждений пришлось формировать новые эвакогоспитали, что было связано с нехваткой врачебного и сестринского персонала, с недостаточным медицинским оснащением, хозяйственным имуществом, транспортом.

Перегрузка госпиталей ГБА и ГБФ в период Сталинградской битвы (17.07.1942 г. – 2.02.1943 г.), вынужденная массовая эвакуация раненых и больных из ФЭП-148 (г. Балашов) Юго-Западного фронта, ФЭП-73 (г. Камышин) Донского фронта (до 28.09.1942 г. Сталинградского фронта) нередко приводили к тому, что они поступали в эвакогоспитали МЭП-26 без историй болезней или записей, отражающих тяжесть ранения. Это во многом осложняло проведение медицинской сортировки, которая в этот сложный период проводилась как на станции Пенза-I, так и в эвакоприёмнике станции Пенза-4.

Руководил работой МЭП-26 полковник медицинской службы Проданов, в подчинении у которого были отделы: лечебно – эвакуационный (1-й отдел), санитарно – противоэпидемический (2-й отдел), ВВК, санитарно-транспортное отделение, в котором имелось 3 автобуса ЗИС-16 на 37- 42 посадочных места, 4 автобуса общей ёмкостью на 34 носилочных места. Непосредственное руководство медицинской сортировкой проводили начальник 1-го отдела капитан м/с Бланк Я. А., врачи капитан м/с Хохлова Н. П., старший л-т м/с Вильчинская.

На станции Пенза-4, куда прибывала основная часть ВСП и ВСЛ, помещение было переоборудовано под эвакоприёмник. В нём предусматривалось два отделения: одно ёмкостью на 60–70 носилочных раненых, второе для ходячих вместимостью до 200 человек. В эвакоприёмнике имелось 200 носилок для обменного фонда и 250 одеял для осеннее – зимнего периода года.

По прибытии ВСП, ВСЛ медицинская сортировка проводилась по вагонам, после чего их выгрузка осуществлялась силами санитаров, медицинских сестёр эвакогоспиталей, личного состава ВСП и ВСЛ, а также санитарных дружинниц различных предприятий города. Ограниченная вместимость прирельсового эвакоприёмника вынуждала часть раненых и больных сразу же погружать в прибывший санитарный автотранспорт, а оставшиеся размещались в отделениях эвакоприёмника. Последующими рейсами автотранспорта они направлялись в соответствующие лечебные учреждения г.Пензы.

При дальнейшем следовании ВСП, ВСЛ управление МЭП-26 телеграфировало по железнодорожному селектору данные начальникам эвакогоспиталей по маршруту следования с указанием числа раненых и больных подлежащих выгрузке на соответствующих ж.д. станциях.

На железнодорожной станции в Саранске был развёрнут эвакоприёмник ёмкостью на 20–25 носилочных мест на специально оборудованных топчанах и 30–40 посадочных мест для ходячих раненых и больных. При разгрузке ВСП и ВСЛ выделялись автомашины из войсковых частей и гужевой транспорт из 4 саранских эвакогоспиталей, которые были развёрнуты в 2–4 км от железнодорожной станции.

После завершения Сталинградской битвы и перемещения боевых действий на Запад появилась возможность заблаговременно высылать навстречу пребывающему ВСП медицинские сортировочные бригады УМЭП-26. За 3–4 ч до прибытия поезда на ст. Пенза-4 в вагонах проводилась медицинская сортировка с распределением потоков в соответствующие госпитали г. Пензы, что в значительной степени способствовало своевременной выгрузке прибывших раненых и больных.

В приёмно-сортировочных отделениях лечебных учреждений раненые и больные распределялись по отделениям госпиталя, проходили обязательную санитарную обработку.

Таким образом, изложенные данные свидетельствуют о том, что несмотря на значительные трудности в МЭП-26 в годы Великой Отечественной войны система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению, взаимодействие органов гражданского здравоохранения с военно-санитарной службой действующей армии, службой военных сообщений в значительной степени способствовало качественному улучшению организации оказания медицинской помощи и лечению защитников Отечества.

В настоящее время лечебно-эвакуационные мероприятия относятся к одним из основных и наиболее трудоёмких видов деятельности здравоохранения при ликвидации медицинских последствий в чрезвычайных ситуациях

и катастрофах. Опыт работы медицинской службы в годы минувшей войны свидетельствует о том, что организация чёткого взаимодействия всех звеньев здравоохранения при массовом поступлении из очагов чрезвычайных ситуаций и катастроф в значительной степени способствует улучшению исхода многих видов поражений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В. З. Тотиков, Д. В. Тобоев, З. В. Тотиков

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ

Введение. По данным литературы желчнокаменная болезнь имеет место у каждого десятого жителя планеты, а холедохолитиаз встречается в 5–20 % случаев [1, 2, 3, 4, 5]. В связи с чем, проблема лечения больных с данной патологией по-прежнему остается актуальной для хирургических стационаров [2, 3, 5]. За последние десятилетия приоритет в лечение данной группы больных отдается оперативным вмешательствам, выполненным с использованием новых миниинвазивных технологий [1, 2, 4, 5]. В тоже время нет единого мнения о выборе метода операции [2, 3].

Цель исследования: улучшить ближайшие и отделенные результаты лечения больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом.

Материал и методы. В исследование включены 192 больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Сроки наблюдения за больными составили от 3 до 5 лет.

В первую группу вошли 64 больных, которым были выполнены эндоскопические папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующей лапароскопической холецистэктомией. Вторую группу составили 72 больных, которым выполнена минилапаротомия с помощью набора «Миниассистент», холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопия, холедохостомия по Керу. В третью группу были включены 56 больных с лапароскопической холецистэктомией, холедохолитотомией, фиброхолангиоскопией, холедохостомией по Керу.

Результаты. В первой группе в раннем послеоперационном периоде при выполнении ЭПСТ у 8 больных (12,5 %) развился отечный панкреатит. У двух больных (3,2 %) развился панкреонекроз, который у 1(1,6 %) из них явился причиной летального исхода. Еще у одного больного (1,6 %) отмечено кровотечение из рассеченной папиллы. При эзофагогастродуоденоскопии кровотечение остановлено с помощью коагуляции. Кроме того у 4(6,3 %) больных выполнить ЭПСТ не удалось из-за размеров конкрементов более 1 см. Еще у 1 (1,6 %) пациента попытка ЭПСТ оказалась неэффективной из-за

парапапиллярного дивертикула. На этапе выполнения лапароскопической холецистэктомии осложнений не зарегистрировано. При оценке отдаленных результатов лечения у 5 больных (7,8 %) выявлен рефлюкс-холангит. Стеноз БДС развился у двух больных (3,1 %), что потребовало повторного выполнения ЭПСТ. Резидуальный холедохолитиаз отмечен в 1 случае (1,6 %).

Во второй группе больных интраоперационных осложнений не было. У 2 больных извлечь конкремент «вколоченный» в дистальный отдел холедоха не удалось, в связи с чем была выполнена папиллосфинктеротомия. На 21 сутки после удаления дренажа Кера в одном случае (1,3 %) диагностировано желчеистечение в свободную брюшную полость. Выполнена лапароскопическая санация и дренирование подпеченочного пространства и правого бокового канала. У двух больных отмечено инфицирование послеоперационной раны (2,6 %). В позднем послеоперационном периоде холедохолитиаз выявлен у одного больного (1,3 %). Стриктур общего желчного протока не выявлено.

В третьей группе больных переход на мини лапаротомию осуществлен в одном случае (1,8 %) из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. Еще в одном случае (1,8 %) выполнен переход на минилапаротомию, когда лапароскопическая холедохолитотомия оказалась неэффективной ввиду множественного холедохолитиаза и сложностях лапароскопической литоэкстракции. После удаления дренажа Кера на 21 сутки в двух наблюдениях (3,6 %) отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость, что потребовало выполнения лапароскопии и дополнительного дренирования подпеченочного пространства. В позднем послеоперационном периоде в одном случае развилась частичная (неполная) стриктура холедоха, что потребовало продольного рассечения протока на месте стриктуры с поперечным ушиванием разреза. Необходимо отметить, что указанные осложнения в виде повреждения желчных протоков и развитие стриктуры отмечены на этапе освоения методики лапароскопической холедохолитотомии.

Заключение. Таким образом, проблема лечения больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом, несмотря на свою давность, еще далека от своего окончательного решения. Анализ ближайший и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что выбор метода операции должен быть индивидуализирован.

Библиографический список

1. Тотиков, В. З. Опыт лечения больных с синдромом механической желтухи / В. З. Тотиков, Д. В. Тобоев, З. В. Тотиков, В. В. Медоев // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т.17, № 4. – С. 57–58.

2. Лечение больных с холедохолитиазом, осложненным синдромом механической желтухи / В. З. Тотиков, Д. В. Тобоев, З. В. Тотиков, В. В. Медоев, Т. Б. Ардасенов // Хирург. – 2013. – № 5. – С. 13–18.

3. Хирургическая тактика у больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой / В. З. Тотиков, Д. В. Тобоев, З. В. Тотиков, В. В. Медоев, Т. Б. Ардасенов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 3. – С. 124–126.

4. Molvar, C. Choledocholithiasis: Evaluation, Treatment, and Outcomes / C. M olvar, B. Glaenzer // Semin Intervent Radiol. – 2016. – Dec. – № 33 (4). – P. 268–276.

5. Laparoscopic technique and initial experiences of choledocholithotomy closure with knotless unidirectional barbed sutures after surgery for biliary stone disease / K. Yokoyama, N. Tanigawa, A. Ogata, T. Nagai, M. Higashino // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2015. – Aug. – № 25 (4). – P. 129–133.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ДИАГНОЗОМ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА НА ФОНЕ ТРОЙНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Е. Ю. Трушина[1], В. А. Типикин[1], Г. Н. Тарасеева[2], Н. В. Назаров[3], Ю. Р. Автамонова[3], Т. Г. Бушуева[3], Е. Ю. Панова[3]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»,
[3]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Пенза

Больные с сочетанным диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА) характеризуются прогрессирующей одышкой, тяжелым неконтролируемым течением заболевания, частыми обострениями, приводящими к госпитализации в стационар по экстренным показаниям, низким качеством жизни пациентов. Поэтому в первую очередь, лечение этих больных должно быть направлено на улучшение качества жизни. Терапия этой когорты больных предполагает комбинацию ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и бронхорасширяющих препаратов (длительно действующие β2-агонисты (ДДБА) и М-холинолитики длительного действия (МХДД)).

Целью работы было дать оценку качеству жизни больных с сочетанием ХОБЛ и БА на фоне тройной комбинированной терапии. Все пациенты (n = 27), включенные в исследование, получали фиксированную комбинацию формотерола фумарата дигидрата и будесонида в суточной дозе 24/800 мкг. 1 группа (комбинация препаратов ИГКС+ДДБА+МХДД) – пациенты (n = 17), которые в дополнение к базисной терапии получали гликопиррония бромид в суточной дозе 50 мкг один раз в сутки в течение 6 месяцев; 2 группа (комбинация препаратов ИГКС+ДДБА), группа сравнения (n = 10), получала только двойную терапию. Качество жизни больных оценивали с помощью опросни-

ков: Asthma Control Test (ACT), Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT). Полученные данные обработаны с помощью программы Statistica 6,0. Результаты представлены в виде медианы (Me). Оценка ACT – теста показала, что улучшился контроль течения астмы с 18,00 баллов до 24,00 баллов ($p \leq 0,05$) при включении гликопиррония бромида в лечение. Уменьшилась тяжесть и выраженность симптомов ХОБЛ по результатам опросника CAT через 6 месяцев наблюдения с 15,00 баллов до 10,00 баллов ($p \leq 0,05$), что свидетельствовало о положительном влияние тройной терапии у больных с сочетанием ХОБЛ и БА. Значимых изменений результатов опросников ACT и CAT в группе сравнения выявлено не было ($p \geq 0,05$). Также у пациентов наблюдались уменьшение частоты приема короткодействующих бронхолитиков на фоне тройной терапии. За время наблюдения уменьшилось число обострений и госпитализаций в связи с тяжелыми обострениями. Таким образом, тройная комбинированная терапия (ИГКС, ДДБА, МХДД) значительно улучшает качество жизни, способствует контролю над заболеванием у пациентов с сочетанием ХОБЛ и БА.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2012 г.

С. Л. Тузов[1], Н. С. Карташева[1], Л. А. Мусатова[1], А. В. Котовский[1], Л. В. Цыганова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Городская детская поликлиника», г. Пенза

Сохранение здоровья подрастающего поколения является приоритетной задачей отечественного здравоохранения.

В рамках национального проекта «Здоровье» в Российской Федерации с 2011 г. проводится углубленная диспансеризация детей подросткового возраста (14-летних) по новым стандартам с привлечением «узких» специалистов (детского эндокринолога, акушера-гинеколога, уролога-андролога), диагностических исследований (УЗИ органов репродуктивной сферы и щитовидной железы) с целью оценки репродуктивного здоровья подростков, раннему выявлению заболеваний, способных привести к ограничению репродуктивной функции.

Особое внимание уделяется состоянию здоровья девочек-подростков, как репродуктивному потенциалу нации.

Анализ состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков имеет большое практическое значение, так как позволяет оценить перспективы предстоящего материнства.

По результатам диспансеризации 2012 г. проведен анализ состояния здоровья девочек-подростков (в год исполнения 14 лет), проживающих в рай-

оне обслуживания детской поликлиники № 1 г. Пензы, по показателям заболеваемости, физического и полового развития. Прошли диспансеризацию всего 223 девочки-подростка. Оценка общей заболеваемости показала, что из общего количества только 8 (3,6 %) из них не имеют хронической органической патологии или функциональных нарушений – являлись здоровыми на время обследования. Экстрагенитальную хроническую патологию (в сочетании с генитальной) имели 215 (96,4 %) девочек.

Соматическая отягощенность девочек-подростков снижает репродуктивный потенциал, несет риск осложнений будущей беременности и риск здоровью последующих поколений. Соматическая заболеваемость (отягощенность) составила 3–4 заболевания на каждую девочку-подростка.

Генитальная патология в группе половозрелых девочек имелась у 31 чел. (17,5 %), в том числе гинекологические заболевания выявлены у 3 чел. (2,9 %), нарушение менструальной функции (дисменорея, опсоменорея, олигоменорея) отмечены у 28 чел. (15,8 %).

Появление менархе (первой менструации) – является важным показателем полового развития девушек. Из 223 14-летних девочек-подростков менархе имели – 179 чел. (80 %), отсутствие – 44 чел. (20 %). Средний возраст появления менархе – 12 лет и 4 мес.

В нарушении репродуктивного здоровья девочек-подростков большую роль играет не только наличие гинекологической, но и соматической патологии. В группе девочек с менархе не имели соматическую патологию – 7 чел. (3,9 %), а в группе девочек без менархе только 1 чел.

Оценка характеристик физического развития девочек проводилась по показателям роста, массы тела, индексу Кетле; изучались уровни систолического и диастолического артериального давления. Результаты представлены ниже в табл. 1.

Установлено, что в группе девочек без менархе средняя масса тела и рост достоверно ниже, чем у девочек-подростков с менархе.

Известно, что половое развитие и репродуктивная функция находятся в тесной взаимосвязи с физическим развитием. В период полового созревания различные отклонения физического развития могут привести к серьезным нарушениям репродуктивной функции. Избыточное количество жировой ткани приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы в подростковом возрасте, а это нарушает процессы становления репродуктивной функции. Избыточный вес и ожирение верифицировались с использованием международных критериев ИМТ (индекс массы тела) с учетом возраста и пола ребенка (T.Cole at all., 2000).

По показателям ИМТ у девочек с менархе выявлено лиц с избытком массы тела – 29 чел. (16 %), а в группе без менархе таковых – 2 чел. (4 %). И, напротив, в группе половозрелых девочек-подростков дефицит массы тела определен у 3 чел. (6 %), в группе девочек без менархе – у 11 чел. (26 %).

Таблица 1

Показатели веса, роста, индекса кетле и артериального давления у девочек 14 лет с наличием и отсутствием менархе

Показатель	Девочки с менархе (M±m)	Девочки без менархе (M±m)	Достоверность различий
Вес (кг)	54,2±0,56	44,01±1,05	p < 0,01
Рост (см)	162,7±0,33	159,1±0,97	p < 0,05
Индекс Кетле	20,51±0,21	17,34±0.34	p < 0,01
Систолическое АД (мм рт. ст.)	110,8±0,63	104,3±1,47	p < 0,05
Диастолическое АД (мм рт. ст.)	70,6±0,47	67,5±1,46	P > 0,05

П р и м е ч а н и е : M – средняя арифметическая величина показателя в группе; m – ошибка средней арифметической.

Статобработка велась по статпрограммам Statistica 6.0 и Statistica 8.0; достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

В «зоне риска» по развитию артериальной гипертонии в группе девочек с менархе выявлено 7 чел. (4 %), в группе лиц без менархе – 0. Эти цифры значительно ниже данных (более 10 %), приводимых в клинических рекомендациях, указанных ниже.

Верификацию АД проводили в соответствии с рекомендациями, изложенными в руководстве «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков» 2009 г.

Таким образом, результаты работы показали, что большинство девочек-подростков имеют различные нарушения состояния репродуктивного здоровья в сочетании с экстрагенитальной патологией и нарушением физического развития, что требует дальнейшего изучения и определения активных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Антропометрические, физиометрические характеристики у девочек одного возраста должны рассматриваться раздельно: у имеющих менархе и без таковых.

Установленная небольшая частота у девочек повышенного артериального давления, очевидно, отражает необходимость отдельного изучения региональных нормативов этого показателя проблемы и распространенности повышенного артериального давления среди детского населения Пензенской области.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ВЕДЕНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

М. В. Тюякпаев, М. Н. Боликов, В. А. Низовцев

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», 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 A-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, кровоточение, потребующее 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 CO2, 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 анастетика севофлюрана в сочетании с центральной анелгезией. Вводная апестезия: 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/ч, 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/час. 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.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В. К. Усов

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Основное место в организации и оказании медицинской помощи населению в кризисных ситуациях принадлежит территориальным лечебно-профилактическим учреждениям здравоохранения. Они являются базой, как для создания подвижных мобильных формирований СМК, так и для оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях.

Больницы и поликлиники могут быть районного, городского, областного (краевого) и республиканского подчинения.

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать амбулаторную медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

Больницы и поликлиники располагаются в городской или сельской местности, в зонах возможного воздействия поражающих факторов, прогнозируемых чрезвычайных ситуаций или вне зон.

Все эти обстоятельства необходимо учитывать при создании в больницах и поликлиниках структуры органов управления и формирований для работы в ЧС. С учетом этих особенностей выдается задание объектам здравоохранения на планирование работы в чрезвычайных ситуациях.

При этом нельзя не учитывать реальные возможности больницы или поликлиники по выполнению заданий с учетом той ситуации, в которой они могут оказаться при наиболее вероятных катастрофах.

Организация работы поликлиники при массовом поступлении пораженных.

При ликвидации последствий аварий и катастроф, террористических актов приоритетное значение имеет своевременное оказание медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуация, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах, на этапах медицинской эвакуации. Решающая роль в выполнении защиты населения и больных принадлежит объектам здравоохранения. Состояние готовности, степень устойчивости больниц и поликлиник, организация взаимодействия между ними определяет успешное решение задач по защите больных.

Одним из важнейших направлений в работе больниц и поликлиник является планирование мероприятий по защите здоровья и жизни населения в кризисных ситуациях. Кроме общих целей планирования, присущих каждому объекту здравоохранения, СМК любой административной территории, могут быть выделены специфические цели в планировании мероприятий на объектах здравоохранения. В зависимости от предназначения (Приказ МЗ РФ от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» к поликлиникам (в том числе детские) а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения относятся:

- консультативно-диагностическая, в том числе детская;
- медицинской реабилитации;
- стоматологическая, в том числе детская;
- психотерапевтическая;
- физиотерапевтическая.

Деятельность поликлиник регламентируется Приказом Минсоцразвития России от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации

оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в ред. Приказа Минздрава России от 23.06.2015 № 361н, от 30.09.2015 № 683н).

По решению руководства в поликлинике могут быть организованы другие подразделения:

– стационарозамещающие отделения (палаты), так называемые, дневные стационары, которые в чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении пострадавших могут быть использованы для госпитализации и лечения этого контингента.

С учетом анализа исходных данных, характеризующих объект, и прогнозируемой обстановки поликлинике выдается задание, в котором определяется степень участия учреждения в составе СМК в ЧС.

Задание является официальным документом, на основе которого разрабатываются планирующие документы, составляется смета финансирования мероприятий, связанных с подготовкой поликлиники к работе в ЧС. Задание выдается на мирное и военное время.

Задание должно учитывать следующие варианты:

– поликлиника находится в штате больницы;

– поликлиника существует как самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение.

Амбулаторно-поликлинические учреждения, которые не имеют Задания по выполнению мероприятий, в составе службы медицины катастроф, медицинской помощи населению в ЧС, так же отрабатывают планы объектов мирного времени, сосредотачивая основное внимание на вопросах защиты персонала и больных (амбулаторных или стационарных) в зависимости от прогнозируемой обстановки и, предусматривая организацию медицинского обеспечения в лагерях размещения беженцев и вынужденных переселенцев, если они будут размещаться на территории, которую обслуживает данная поликлиника.

Отработанные документы плана корректируются два раза в год, по состоянию на январь и июль месяцы, о чем делается соответствующая отметка на плане.

План, разрабатываемый в поликлинике (больнице) для решения задач оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях мирного времени, должен быть адаптирован с планами, которые разрабатываются на объектах здравоохранения на военное время.

Организация работы в поликлинике при теракте и в локальных вооруженных конфликтах

Организация работы поликлиники при терактах и в локальных вооруженных конфликтах должна рассматриваться с двух позиций: поликлиника входит в состав больничных учреждений или она является самостоятельным амбулаторно-поликлиническим учреждением.

Готовность сил и средств здравоохранения к ликвидации последствий возможных терактов определена целым рядом нормативно-правовых документов, в соответствии с которыми для координации деятельности привлекаемых медицинских сил и средств в зоне (очаге) террористического акта создаются и поддерживаются в постоянной готовности оперативные группы, формируемые из числа руководящего состава органов управления здравоохранения и центров медицины катастроф.

Исходя из существующей системы медико-санитарного обеспечения в ЧС, оказание медицинской помощи населению при террористических актах организуется следующим образом.

На муниципальном или территориальном уровнях в зону террористического акта первоначально направляются дежурные бригады скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются врачебно-сестринские бригады, создаваемые на базе поликлиник, бригады специализированной медицинской помощи.

Для оказания помощи населению с психическими и психосоматическими расстройствами в зону теракта направляются бригады психиатрического профиля. После оказания первой и доврачебной помощи пораженные санитарным или дополнительно выделенным транспортом срочно эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения. Лица, не нуждающиеся в госпитализации, направляются на амбулаторное лечение в поликлинику по месту жительства. Это догоспитальный этап оказания медицинской помощи пораженным.

В отдельных случаях (значительная удаленность, захват террористами ближайших больниц, поликлиник) в качестве первого этапа медицинской эвакуации в зоне террористического акта развертывается полностью или частично госпиталь (отряд) центра медицины катастроф.

Особенно следует отметить ситуацию, при которой поликлиника или больница может оказаться захваченной террористами или вооруженными бандформированиями. Врач может подвергаться опасности по самым различным причинам – криминогенным, политическим, военным.

Вследствие ухудшения криминогенной обстановки, увеличения количества наркоманов можно ожидать нападений на аптечные киоски, поликлиники, на сотрудников с целью похищения наркотиков. Медицинский персонал поликлиник (в первую очередь) должен быть подготовлен к таким инцидентам. Заранее и в достаточной степени знать и уметь применять на практике рекомендации новой науки виктиологии с тем, чтобы психологически правильно, адекватно, не провоцируя, реагировать на действия нападающих. В этом плане методическую помощь могут оказать разработанные Главным управлением МВД РФ «Методические рекомендации работникам системы здравоохранения о поведении в экстремальных ситуациях криминогенного характера».

Имеет свои особенности работа поликлиники и в локальных вооруженных конфликтах. К ЛВК относятся различные военные инциденты, военные

акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба (низкой интенсивности) с применением нерегулярных или регулярных вооруженных формирований, при которых акт формального объявления войны отсутствует, а вооруженная борьба имеет незначительный масштаб на ограниченной территории.

При разработке системы медицинского обеспечения мирного населения, пострадавшего в результате вооруженного конфликта, необходимо учитывать конкретные условия обстановки. Широкое вовлечение в конфликт и высокая степень уязвимости местного мирного населения проявляются массовой, в подавляющем большинстве случаев трудноуправляемой, миграцией населения, как из зоны вооруженного конфликта, так и внутри ее.

Перемещение населения связано с обострением социально-политической обстановки и ухудшением экономического положения в зоне конфликта, с ведением боевых действий и их последствиями.

В миграционном процессе населения выделяются две категории:

– беженцы;
– вынужденные переселенцы.

Беженец – это лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследования по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности и т.д. находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны.

Вынужденный переселенец – гражданин Российской Федерации, покинувший место жительства вследствие совершенного в отношении его или членов его семьи насилия или преследования, а также по признаку принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, ставших поводами для проведения враждебных кампаний в отношении конкретного лица или группы лиц, массовых нарушений общественного порядка.

Перемещение вынужденных переселенцев за пределы зоны конфликта осуществляется, как правило, большими группами (многотысячная масса населения) в близлежащие (соседние) субъекты федерации, где соответствующими ведомствами, службами, администрацией субъекта осуществляется их размещение. Среди вынужденных переселенцев, как правило, преобладают женщины и дети. Как правило, на территории, где происходит наибольшее сосредоточение вынужденных переселенцев инфраструктура здравоохранения в значительной степени не удовлетворяет потребностям их полноценного медицинского обеспечения.

Организация медицинского обеспечения вынужденных переселенцев осуществляется, в основном, с учетом двух принципиально важных обстоятельств.

Первое: необходимо организовать амбулаторно-поликлиническую помощь вынужденных переселенцев, размещенных в городках их временного проживания, т.е. относительно более организованных групп населения, находящихся на небольшой площади.

Второе: необходимо скорректировать действующую систему организации медицинского обеспечения населения субъекта федерации с учетом вынужденных переселенцев, их количества и мест размещения на территории данного субъекта.

Население, находящееся непосредственно в зоне вооруженного конфликта, получают медицинскую помощь, прежде всего в местных лечебно-профилактических учреждениях, при их отсутствии – в ближайших лечебных учреждениях, развертываемых (в том числе силовыми) министерствами и ведомствами.

Организация работы поликлиники в автономном режиме

Первичная медико-социальная помощь (ПМСП) и соответствующие ей учреждения – это зона первого контакта населения со службами здравоохранения. Одним из таких учреждений является амбулаторно-поликлинические, на которые приходится 80–90 % всех посещений. Они входят в состав больниц, существуют как самостоятельные городские поликлиники, узкоспециализированные поликлиники (стоматологические, физиотерапевтические и др.) и пр.

Если поликлиника объединена со стационаром, то «План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС» разрабатывается больницей (городской, медико-санитарной частью, центральной, районной).

Если же поликлиника является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением, то в соответствии с Заданием, получаемым из вышестоящего органа здравоохранения, она самостоятельно разрабатывает «План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС», исходя из автономного режима работы в КС.

Время и организацию работы сотрудников поликлиник в режиме повседневной готовности определяет руководство поликлиники с учетом законодательства по труду. В режиме повышенной готовности и чрезвычайной ситуации для них должны быть разработаны функциональные обязанности (задания) с учетом степеней готовности поликлиники к работе в чрезвычайных ситуациях.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЗМА АНДРОГЕНОВ У МУЖЧИН С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

А. Г. Фатхуллин, А. О. Поздняк

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Цель: изучить особенности обмена андрогенов, в частности тестостерона, и метаболитов андрогенов у мужчин репродуктивного возраста при аденоме простаты и хроническом простатите.

Методы. Обследовано 40 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет с аденомой простаты и хроническим простатитом. Исследовались уровни лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, общего тестостерона, эстрадиола, дигидротестостерона, тиреотропного гормона.

Результаты. При аденоме простаты продукция гонадотропных гормонов гипофиза и пролактина не нарушена. Уровень общего тестостерона у большинства больных находился в пределах нормальных значений, а у 30 % – ниже нормальных показателей. Уровень дигидротестостерона не снижался, напротив, у части пациентов (15 %) показатели дигидротестостерона были ближе к верхней границе нормы. Уровень эстрадиола в 5 % случаев был выше нормы, а у 35 % – ближе к верхней границе нормы. Фермент 5-АР фермент катализирует превращение тестостерона в дигидротестостерон, обладающий в несколько раз большей пролиферативной активностью, чем тестостерон. Именно дигидротестостерон отвечает за формирование мужского фенотипа – формирование скелета, мышечной массы, оволосения по мужскому типу, психологических особенностей. Выявление повышенной активности 5-АР в гиперплазированной предстательной железе дало основание полагать, что развитие ДГПЖ связано с избыточной трансформацией тестостерона в дигидротестостерон. В то же время имеется ряд публикаций, демонстрирующих, что действие эстрогенов может усиливать действие тестостерона на ПЖ, способствуя усилению процессов пролиферации и нарушению мочеиспускания, причем наличие и выраженность этого эффекта зависит не только от концентраций этих гормонов, но и от их соотношения (Кирпатовский В. И., Мкртчян К. Г., Фролова Е. В., Казаченко А. В., 2013).

При хроническом простатите продукция гонадотропных гормонов гипофиза не была нарушена. Уровень пролактина также находился в пределах нормы, но у части обследуемых мужчин (20 %) пролактин был ближе к верхней границе нормы. Уровень общего тестостерона у 35 % исследуемых был ниже нормальных значений. Уровень дигидротестостерона наблюдался ближе к нижней границе нормы у 70 % пациентов. Уровень эстрадиола в 20 % случаев был ближе к верхней границе нормы.

Простата – гормонально зависимый орган. При этом как андрогены, так и эстрогены обладают способностью стимулировать пролиферативные процессы в предстательной железе, однако действуют они при этом на различные структуры. Для андрогенов основной мишенью является эпителий, а для эстрогенов - соединительная и мышечная строма простаты. Повышенный уровень эстрогенов способствует задержке натрия и воды в организме вплоть до развития отеков. Длительное повышение эстрогенов способствует тромбообразованию в венозной сети, инициирует процессы пролиферации эндотелия. Перечисленные эффекты эстрогенов в значительной мере укладываются в патогенетическую картину хронического простатита. Согласно существующей концепции важнейшим пусковым механизмом хронического простатита является повреждение ткани предстательной железы вследствие нарушения гемо-

динамики, а венозный застой в предстательной железе вызывает повреждение ее ткани. Первый период болезни характеризуется выраженными воспалительными явлениями в ткани предстательной железы, второй пролиферативным процессом, а третий склерозом предстательной железы. Таким образом, увеличение уровня эстрогенов может участвовать в развитии хронического простатита на всех его стадиях. На первой стадии – в формировании отечных явлений, тромбообразовании в венозной сети, на второй и третьей стадиях - в пролиферации стромы и развитии фиброза (Спирин П. В., Попков В. М., Полозов А. Б., Хмара Н. В., 2013).

Выводы: выявлены особенности обмена тестостерона и его метаболитов, что является возможной причиной развития эректильной дисфункции у обследованных пациентов и, соответственно, возможен подбор необходимой терапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ

А. В. Федин[1,2], Н. А. Ключникова[1], Д. М. Галахов[2], Д. Г. Филин[2], И. В. Танюшкина[2], С. Б. Тараканова[2], И. Ю. Лапшова[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Хронический верхнечелюстной ателектаз (ХВА) является специфической для верхнечелюстной пазухи (ВЧП) формой хронического синусита. По определению Kass E. S. и соавт. ХВА – это клиническое состояние, которое характеризуется постепенным уменьшением объема пазухи, что обусловливает втяжение антральных стенок. Такой вариант течения хронического синусита можно объяснить анатомическими особенностями строения, характерными для ВЧП. Так, верхние отделы медиальной стенки синуса лишены костной основы и представлены лишь дупликатурой слизистой оболочки, что предрасполагает к развитию ремоделирования в данной области.

Пусковым механизмом развития ХВА является нарушение дренажной функции вследствие обструкции естественного и, при наличии, дополнительных соустий ВЧП. В тоже время в других случаях аналогичные изменения приводят к развитию мукоцеле ВЧП – состоянию, которое характеризуется расширением костных границ и увеличением объема синуса. Следует отметить, что мукоцеле ВЧП – чрезвычайно редкое осложнение хронического воспаления и в литературе имеются лишь единичные его описания.

Клинические симптомы ХВА можно разделить на следующие группы: синоназальные и глазные, эндоскопические и рентгенологические (табл. 1).

Таблица 1

Клинические симптомы ХВА

Синоназальные симптомы	лицевая боль, чувство дискомфорта или давления в проекции ВЧП, головная боль, заложенность носа, ринорея
Окулярные и лицевые симптомы	односторонний энофтальм и/или гипоглобус (смещение глазного яблока книзу), диплопия, затруднение закрывания век, синдром «сухого глаза» вследствие лагофтальма, западение мягких тканей щеки
Эндоскопические признаки	ретракция крючковидного отростка, расширенный средний носовой ход, латерализация средней носовой раковины, становится обозрима верхняя носовая раковина
Рентгенологические симптомы	ретракция крючковидного отростка и медиальной стенки ВЧП, окклюзия решетчатой воронки, частичное или тотальное затемнение пазухи, уменьшение объема ВЧП, истончение нижней глазничной стенки, ее пролапс в ВЧП, увеличение объема орбиты

В клиническом течении ХВА Kass E. S. и соавт. выделяют следующие стадии:

1) стадия мембранозной деформации с латерализацией размягченной медиальной стенки ВЧП;

2) стадия костной деформации с втяжением верхней, передней и заднелатеральной стенок ВЧП;

3) стадия клинической деформации с появлением лицевой ассиметрии, энофтальма и/или гипоглобуса.

От первой стадии заболевания к последующим интенсивность синоназальных симптомов уменьшается.

ХВА не является редким заболеванием, однако диагностика данной формы синусита остается на низком уровне. Это связано прежде всего с тем, что у большинства врачей отсутствуют четкие представления о патогенезе и клинике хронического верхнечелюстного ателектаза. По этой же причине отсутствуют статистические данные о распространенности заболевания. Наиболее распространенными клиническими масками ХВА являются аллергический ринит и гипоплазия ВЧП.

Цель исследования: улучшить диагностику хронического верхнечелюстного ателектаза, изучив клинические особенности течения заболевания у группы больных, проходивших стационарное лечение в оториноларингологическом отделении ГБУЗ «Клиническая больница № 6».

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов. Среди них было 15 женщин и 11 мужчин. Средний возраст больных составил 33,82±9,67 лет. Диагностика ХВА основывалась на данных компьютерной томографии

околоносовых пазух. Кроме того всем пациентам проводилось исследование полости носа и носоглотки с помощью ригидных эндоскопов с углом обзора 0 и 30°.

Лечение исследуемых пациентов проводилось в отделении оториноларингологии им. В.А. Кузнецова ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарьина» (Пенза, Россия) с января 2013 по сентябрь 2016 г. Всем пациентам с ХВА была выполнена эндоскопическая антростомия супратурбинальным доступом на пораженных ВЧП. С целью профилактики гнойных осложнений проводилось однократное парентеральное введение антибактериального препарата периоперационно. Выбор антибиотика был основан на данных литературы об основных возбудителях бактериальных инфекций верхних дыхательных путей, а также на данных анамнеза о лекарственной непереносимости и принимаемых ранее антибактериальных препаратах. Ведение послеоперационного периода заключалось в промывании оперированных ВЧП физиологическим раствором через сформированную антростому и проведении туалета полости носа.

Для оценки отдаленных результатов операции через 3 месяца всем больным проводили повторное КТ-исследование и эндоскопический осмотр полости носа с помощью ригидных эндоскопов с углом обзора 0и 70°.

Результаты и обсуждение. У 25 больных было диагностировано одностороннее изолированное поражение ВЧП. У одной пациентки отмечался двусторонний ателектаз верхнечелюстных синусов на фоне хронического пансинусита. Во всех случаях в клинической картине преобладали синоназальные симптомы: ринорея, нарушение носового дыхания, лицевые боли. При проведении эндоскопической риноскопии у всех пациентов на пораженной стороне отмечалось расширение среднего носового хода с ретракцией крючковидного отростка, у 12 человек визуализировалась верхняя носовая раковина. На основании данных компьютерной томографии к 1 стадии по классификации Kass были отнесены 25 больных, ко 2 стадии – 1 пациент.

После проведенного хирургического лечения полное купирование синоназальных симптомов в течение первого месяца отметили 24 больных. Через 3 месяца после операции 2 пациента продолжали предъявлять жалобы на лицевые боли на стороне поражения, отметив при этом уменьшение интенсивности болевого синдрома. При контрольном обследовании через 3 месяца после выписки из стационара эндоскопически у всех пациентов на стороне операции визуализировалась функционирующая антростома. При осмотре ригидным риноскопом с углом обзора 70° у 20 пациентов слизистая оболочка оперированных ВЧП не имела воспалительных изменений. У 6 больных отмечался умеренный отек слизистой оболочки, в полости содержался вязкий слизистый экссудат. Эндоскопическая картина полностью коррелировала с результатами контрольного КТ-исследования.

Выводы. 1. Хронический верхнечелюстной ателектаз не является редким заболеванием; о нем всегда следует помнить при дифференциальной диа-

гностике заболеваний, сопровождающихся синоназальными или окулярными симптомами на фоне рентгенологических изменений верхнечелюстных пазух.

2. Единственным методом лечения хронического верхнечелюстного ателектаза с доказанной клинической эффективностью является эндоскопическая антростомия.

Библиографический список

1. Лопатин, А. С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации / А. С. Лопатин. – М. : Практическая медицина. – 2014. – С. 25–28.

2. Аллахвердиев, С. А. Синдром «молчащего» синуса: обзор литературы и описание двух клинических наблюдений / С. А. Аллахвердиев, А. С. Лопатин, П. А. Кочетков // Вестник оториноларингологии. – 2010. – № 6. – С. 81–84.

3. Савватеева, Д. М. Синдром молчащего синуса у пациентов с прилежанием крючковидного отростка к стенке орбиты / Д. М. Савватеева, В. М. Свистушкин, В. М. Авербух, М. З. Джафарова // Вестник оториноларингологии. – 2015. – № 3 – С. 10–13.

4. Montgomery, W. Mucocele of the maxillary sinus causing enophtalmos / W. Montgomery // Eye Ear Nose Throat Mon. – № 196 (43) – P. 41–44.

5. Soparkar, C. The Silent Sinus Syndrome. / C. Soparkar, J. Patrinely, M. Cauycong // Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. – 1995. – № 11 (2). – P. 146.

6. Autelitano, L. Orbital floor reconstruction in silent sinus syndrome/ L. Autelitano, H. Castelnuovo, P. O. Bossolesi // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. – 2008. – № 36 – P. 86.

7. Kass, E. Manometric Study of Complete Ostial Occlusion in Chronic Maxillary Atelectasis / E. Kass, S. Salman, W. Montgomery // The Laryngoscope. – 1996. – № 106 (10). – P. 1255–1258.

КОРРЕКЦИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

А. В. Федин[1,2], С. Б. Тараканова[2], М. А. Васина[1], Е. А. Дасаева[2], А. В. Кусакина[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Врожденные расщелины верхней губы и нёба занимают второе место по частоте встречаемости среди пороков развития лица и челюстей и приводят к значительным косметическим и функциональным нарушениям. По данным ВОЗ, частота рождения детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в мире составляет 0,6–1,6 случая на 1000 новорожденных. Наличие данной патологии приводит к нарушению питания, речи, слуха и носового дыхания ребенка, что требует четкой и слаженной работы специалистов

в различные возрастные периоды по индивидуальной программе в соответствии с соматическим статусом ребенка и видом расщелины.

Реконструкция носа при расщелинах губы остается сложной задачей для оториноларингологов и пластических хирургов. Данный порок развития сопровождается сложным трехмерным нарушением анатомии носа, с вовлечением всех слоев тканей: кожи, хряща, выстилки преддверия и кости. Расщелины верхней губы всегда сочетаются с деформацией кожно-хрящевого отдела носа. Крыло носа на стороне расщелины растянуто, уплощено, основание его смещено кнаружи и книзу, кончик носа асимметричен, дистальная часть перегородки носа смещена в здоровую сторону. При полных расщелинах имеется деформация кожно-хрящевого и костного отделов носа. Для восстановления носового дыхания у данной группы пациентов недостаточно проведения только операции на перегородке носа, т.к. имеющиеся деформации внутреннего и наружного клапана носа будут являться причиной сохраняющейся назальной обструкции. Обструкция наружного носового клапана, возникающая в результате инвагинации нижнего латерального хряща и сращение крыла, зачастую может быть устранена правильным выбором доступа, увеличением проекции, полученным за счет использования «распорок», рассечением купола и репозицией основания крыльев. Кроме того, может быть произведена Z-пластика над перепонкой, удаление избыточной ткани с первичным закрытием и помещение ватно-марлевых подушечек для ретракции ткани и способствования латеральному рубцеванию ткани. При поражении внутреннего носового клапана введение одностороннего хрящевого лоскута между перегородкой и верхним латеральным хрящом способствует восстановлению формы просвета воздухоносных путей и повышает стабильность верхнего латерального хряща.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения носовой обструкции у пациентов, имеющих в анамнезе расщелину верхней губы и неба.

Материалы и методы. В исследование было включено 9 пациентов с нарушением носового дыхания, обусловленным деформацией перегородки и клапана носа на фоне расщелины верхней губы и неба. Среди них было 3 женщины и 6 мужчин. Средний возраст больных составил 22,67±7,12 лет. Все пациенты ранее были неоднократно оперированы челюстно-лицевыми хирургами. У 8 пациентов анамнезе была расщелина верхней губы и неба, у 1 – изолированная расщелина верхней губы. Лечение исследуемых пациентов проводилось в отделении оториноларингологии им. В.А. Кузнецова ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарьина» (Пенза, Россия) с апреля 2014 по ноябрь 2016 г.

Результаты и обсуждение. Для восстановления носового дыхания 8 пациентам была выполнена септопластика с коррекцией костной и хрящевой части перегородки носа. В 1 случае у пациентки после перенесенных ранее вмешательств имелась обширная перфорация перегородки носа в задних и средних отделах. Всем 9 пациентам была проведена хирургическая коррекция стеноза наружного и внутреннего клапана носа. Для увеличения объема

мягких тканей колумеллы традиционный инвертированный V-образный ринопластический разрез был заменен V-Y-пластикой или модифицированным ассиметричным разрезом Bardach с целью перемещения кожи этой области внутрь для увеличения объема соединительной ткани верхнемедиальной части крыла. Далее сформированный хрящевой, колумеллярный лоскут, служащий «распоркой», перемещали между медиальными ножками нижних латеральных хрящей. Затем производили рассечение и реконструкцию нижних латеральных хрящей. 5 пациентам дополнительно нижний латеральный хрящ подшивали к верхнему для перемещения края крыла кверху с целью устранения оставшейся после предыдущих этапов инвагинации нижнего латерального хряща на стороне незаращения. Кроме того, 6 пациентам была проведена одно- или двусторонняя подслизистая силовая нижняя конхотомия с предварительной латерализацией нижних носовых раковин.

При послеоперационном наблюдении в течение 6 месяцев все 9 пациентов отметили значительное улучшение носового дыхания и уменьшение деформации наружного носа.

Выводы. Для восстановления носового дыхания у пациентов с расщелиной верхней губы и неба в анамнезе необходимо применять расширенное хирургическое вмешательство, включающее коррекцию перегородки носа, устранение деформации наружного клапана носа и уменьшение объема нижних носовых раковин.

Библиографический список

1. Ал Манкал, М. Б. Состояние ЛОР-органов после уранопластики при врожденном незаращении губы и неба / М. Б. Ал Манкал, Г. И. Гарюк // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1993. – № 1. – С. 32–34.

2. Laberge, L.C. Unilateral cleft lip and palate Simultaneous early repair of the nose anterior palate and lip / L. C. Laberge // Can J Plast Surg. – 2007. – № 15 (1). – С. 13–18.

3. Wang, Z. Nasal Airway Evaluation After Le Fort I Osteotomy Combined With Septoplasty in Patients With Cleft Lip and Palate / Z. Wang, P. Wang, Y. Zhang, G. Shen J. // Craniofacial. Surg. – 2017. – № 28 (1). – С. 207–211.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ АМИОТРОФИИ

П. Г. Филиппов[1], И. Г. Золкорняев[2]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

При сахарном диабете помимо форм симметричной полинейропатии существуют встречаются мало известные редкие формы. К формам поражения относится пояснично-крестцовая амиотрофия, клиническим примером которой является следующий случай.

Пациент Г., 61 года, предъявлял жалобы на слабость мышц левого бедра, жгучие боли в области левого тазобедренного сустава, бедра, левого коленного сустава. Болен около полугода, когда появилась боли указанной локализации, через некоторое появилась слабость и похудание левого бедра. Более 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает пероральные гипогликемические препараты (метформин, ситаглиптин, глимепирид). Концентрация глюкозы в крови за сутки не превышает 10 ммоль/л. Имеется артериальная гипертензия.

В объективном статусе: гиперстенический тип телосложения (ИМТ-37 кг/м^2), патологии дыхательной, сердечно-сосудистой систем, органов брюшной полости не выявлено. ЧДД 18 в минуту. ЧСС 76 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. В неврологическом статусе патологии черепной иннервации не выявлено. Расстройств поверхностной, глубокой чувствительности в области лица, туловища, верхних и нижних конечностей не выявлено. Отмечена гипотрофия мышц левого бедра – разность в окружности бедер 5 см. Мышечная сила снижена в проксимальных отделах левой нижней конечности – в горизонтальном положении не может поднять левую ногу, выявлена слабость во всех группах мышц левого бедра. Сухожильные рефлексы равномерные, живые с верхних конечностей, коленные оживлены слева, ахилловы равномерные. Мышечный тонус в левом бедре снижен. Патологические рефлексы не вызываются. Болезненность при пальпации паравертебральных мышц не определяется. Симптомы натяжения отрицательные.

При лабораторном обследовании изменений в клинических анализах крови, мочи не выявлено. Глюкоза крови в период лечения колебалась в пределах 5,9–10,4 ммоль/л.

При МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника обнаружены признаки дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, явления спондилоартроза. По результатам Rö-графии левого коленного сустава выявлены начальные проявления гонартроза 1 степени.

Для исключения патологии органов малого таза выполнена КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием – обнаружены признаки единичных кистозных образований обеих почек, малых размеров, признаки хронического пиелонефрита, хронического панкреатита.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, отсутствия признаков непосредственного структурного поражения пояснично-крестцового сплетения выставлен диагноз диабетической пояснично-крестцовой плексопатии с парезом, амиотрофией левого бедра. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, целевой HbA 1 с < 7 %. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3 ст. ИБС атеросклеротический кардиосклероз НК 1 ст. Ожирение 2 ст.

Пациенту была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 1000 мг в течение 3 суток, с последующим пероральным приемом метилпред-

низолона в дозе 90 мг/сут и постепенным снижением дозы. Одновременно проводилась физиотерапия.

На фоне введения кортикостероидов отмечалось увеличение степени гипергликемии до 23,5 ммоль/л, что купировалось назначением протофана.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика в виде уменьшения выраженности пареза, уменьшения степени мышечной гипотрофии, увеличения силы в пораженной конечности, расширении двигательных возможностей.

Впервые диабетическая бедренная амиотрофия описана у пациентов с сахарным диабетом в 1890 г. Для нее характерно возникновение сильных ноющих, жгучих или стреляющих болей, обычно асимметричных, в области тазобедренного сустава и бедра с последующей их слабостью и атрофией мышц бедра при минимальном расстройстве чувствительности. Преимущественно страдают ягодичные, проксимальные участки четырехглавой, приводящих, подвздошных мышц. Помимо сплетения могут поражаться корешки, нервы. Нередко заболеванию предшествует значительная потеря массы тела, что ассоциируется с плохим гликемическим контролем. Иногда амиотрофия сопровождается типичной для диабета дистальной, преимущественно сенсорной нейропатией.

Точная причина диабетической пояснично-крестцовой плексопатии остается неизвестной. Предполагается иммунная природа заболевания, в основе которой лежит васкулопатия.

Диагноз диабетической пояснично-крестцовой плексопатии основывается на характерных жалобах, клинических проявлениях поражения пояснично-крестцового сплетения, наличии сахарного диабета, результатах дополнительных методов исследования (ЭМГ, методы нейровизуализации, иногда исследование ликвора).

Важным элементом диагностики является исключение других возможных причин заболевания: плексопатии, травмы, патологии органов малого таза, гинекологической патологии, синдрома конского хвоста, БАС, прогрессирующей мышечной дистрофии, постполиомиелитического синдрома.

Возможно амбулаторное лечение. Важен гликемический контроль – первостепенное значение имеет диета, физическая активность, использование гипогликемических препаратов. Применение метилпреднизолона и циклофосфамида способствует уменьшению боли, мышечной слабости, но доказательная база эффективности этого отсутствует. По литературным данным, у 60 % больных с диабетической тазовой амиотрофией в течение 1–2 лет отмечается хорошее функциональное восстановление. Возможно сохранение легкой слабости или дискомфорта, могут возникать рецидивы заболевания.

ЭКОНОМЕЧЕСКАЯ ВЫГОДА ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

П. Г. Филиппов[1], Т. В. Чернова[1], М. Ф. Купцова[2], Н. А. Тимофеева[1]

[1]ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»,
[2]ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Цель исследования: изучение возможной медико-экономической выгоды при проведении системного тромболизиса в остром периоде инсульта.

Материал и методы: проанализировано 57 пациентов с ишемическим инсультом. Определение показаний для проведения тромболитической терапии (ТЛТ) проводилось по шкале национального института здоровья шкала инсульта (NIHSS), оценка результатов терапии осуществлялась по модифицированной шкале Рэнкин.

Результаты и выводы: проведение системного тромболизиса при ишемическом инсульте, заметно улучшает качество жизни больных, уменьшает сроки пребывания в стационаре, а также снижает затраты на последующее реабилитационное мероприятия

Актуальность исследования

Инсульт – жизнеугрожающее состояние, при котором происходит нарушение кровообращения в участке мозга. Ежегодно в России регистрируется порядка 450–500 тыс. новых случаев. Стоимость лечения одного больного с инсультом, включая стационарное лечение, реабилитацию и вторичную профилактику, составляет 127 000 руб. в год. Общий объем расходов государства на лечение больных с инсультом из расчета 450 000 новых случаев в год составляет 57,2 млрд руб. В связи с этим весьма актуальной является внедрение в практику доказанных методов лечения, укорачивающих время пребывания в стационаре, уменьшающих затраты на последующую реабилитацию и быстро возвращающий пациента к труду, что при инсульте бывает крайне редко.

Помогает избежать трагических последствий ишемии головного мозга методика системного тромболизиса, которая доказала свою безопасность и эффективность во многих рандомизированных исследованиях (NINDS, ECASS, ATLANTIS).

Материал и методы. В КБ № 6 им. Г. А. Захарьина при поступлении пациента с подозрением на инсульт, согласно порядку оказания помощи больным с ОНМК, в течение 40 мин от момента его доставки в приемное отделение выполнялась нейровизуализация аппаратами СКТ (Toshiba, Siemens) или МРТ (GeneralElectric), ЭКГ, общеклинические лабораторные анализы. Пациент незамедлительно транспортировался в блок ОРИТ, где производился мониторинг жизненно важных функций, цветовое дуплексное сканирование магистральных артерий головы.

Одновременно рассчитывалась доза вводимого тромболитика (Альтеплаза) согласно международным рекомендациям 0,9 мг/кг массы тела. 10 % вводилось в виде болюса в/венноструйно, остальные 90 % посредством инфузомата. Мониторинг неврологического статуса осуществлялся согласно протоколам ведения больных. Эффективность оценивалась с помощью модифицированной шкалы Рэнкин.

Проведен анализ 57 пациентов (25 женщин 32 мужчин) в остром периоде ишемического инсульта, которым проводился системный тромболизис Альтеплазой. Средний балл по шкале NIHSS равен 15 баллов. Средний возраст 68 лет из них 9 пациентов трудоспособного возраста, работающих пенсионеров 8 человек. Средний койкодень составил 15,5.

Результаты и обсуждение. Средний койко день в сравнении с произвольно выбранными больными, получающими базисную терапию, снизился на 5,2 дн.

По шкале Рэнкин пациенты распределились следующим образом: 5 пациентов оценивались как Рэнкин – 0 (отсутствие симптомов), из них 4 трудоспособного возраста, 10 больных Рэнкин 1ст (отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности); 15 пациентов Рэнкин 2 ст (легкое нарушение жизнедеятельности); 16 больных Рэнкин 3 ст (умеренное нарушение жизнедеятельности). 7 человек Рэнкин 4 ст (выраженное нарушение жизнедеятельности); 4 больных Рэнкин 5 ст (тяжелое нарушение жизнедеятельности).

Выводы:

- проведение тромболитической терапии при ишемическом инсульте уменьшились в сроки пребывания пациента в стационаре;
- 24,5 % больных (Рэнкин 0–1 ст) не потребовалось последующее восстановительное лечение в условиях реабилитационных центров;
- 26,3 % (Рэнкин 2 ст) ранний восстановительный период не требовал интенсивных финансовых затрат был возможен в амбулаторных условиях.

Заключение: на фоне проведения тромболитической терапии зарегистрировано заметное снижение неврологического дефицита или его регресс, что снизило пребывание пациентов в круглосуточном стационаре и уменьшило затраты на последующую реабилитацию.

Библиографический список

1. Гусев, Е. И. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии / Е. И. Гусев, А. Б. Гехт. – URL: minzdrav.saratov.got.ru

2. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9788453

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ И ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А. А. Хромова, Л. И. Салямова, Ю. А. Томашевская

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель: установить корреляционные связи между показателями локальной жесткости общих сонных артерий и параметрами липидного спектра у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: обследовано 157 человек (132 мужчины и 25 женщин) в возрасте от 40 до 67 лет (средний возраст 54,1±10,8 лет), страдающих ишемической болезнью сердца. Критериями включения являлись: наличие острого или перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда, реваскуляризационные вмешательства на крупных коронарных артериях, положительный неинвазивный стресс-тест или документированная госпитализация по поводу нестабильной стенокардии. Обследования в настоящей работе проводили без отмывочного периода, с полным сохранением назначенной терапии по поводу основного заболевания. Структурно-функциональные свойства общих сонных артерий оценивали технологией высокочастотного сигнала RF на ультразвуковом аппарате MyLab 90 («Esaote», Италия). Толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) анализировали с использованием программы RF-QIMT. С помощью программы RF-QAS регистрировали следующие параметры: коэффициент поперечной растяжимости DC, коэффициент поперечной податливости CC, индекс жесткости β. Биохимические показатели крови (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды) определяли с помощью прибора OLYMPUS AU400 (OLYMPUS CORPORATION, Япония). При обработке результатов исследования использовали лицензионную версию программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) с определением рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты: согласно результатам исследования параметр ТКИМ оказался положительно взаимосвязан с общим холестерином ($r = 0,38$; $p < 0,05$), липопротеидами низкой плотности ($r = 0,27$; $p < 0,05$); отрицательно – с липопротеидами высокой плотности ($r = –0,26$; $p < 0,05$). Нарастание значений коэффициента поперечной податливости CC было сопряжено с увеличением уровня липопротеидов высокой плотности ($r = 0,35$; $p < 0,05$). Коэффициент поперечной растяжимости DC оказался отрицательно связан с триглицеридами ($r = –0,26$; $p < 0,05$). Индекс жесткости β коррелировал с липопротеидами низкой плотности ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

Выводы: по результатам настоящей работы у больных ишемической болезнью сердца увеличение ТКИМ, индекса жесткости β и снижение уровня параметров эластичности общих сонных артерий сопровождается ухудшением показателей липидного спектра.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАУДАЛЬНОГО (САКРАЛЬНОГО) БЛОКА В КЛИНИКЕ

Я. Хурейби[1], В. Н. Маринчев[1,2], Н. И. Боса[1], Б. И. Барташевич[1]

[1]Госпиталь им. «Революции», г. Сана, Йемен,
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Интерес к каудальному блоку интенсивно развился в 1940-х гг. прошлого столетия. Каудальный блок или сакральный, это эпидуральный блок, выполненный через крестцовую щель (Hiatus sacralis). Через этот доступ удаётся блокировать все крестцовые и поясничные сегменты спинного мозга вплоть до нижнегрудных. Развивается временная денервация от L-1 до S-5, а значит и все органы, получающие иннервацию из этих источников окажутся анестезированными.

Это может и должно заинтересовать анестезиологов, проктологов, урологов, гинекологов, травматологов, акушеров, невропатологов, онкологов, детских хирургов и др.

Каудальный блок может быть применён как однократная процедура, так и для длительного использования в течение нескольких дней.

Области применения каудального блока следующие: для обезболивания при операциях, как аналгетический компонент при мультимодальной анестезии, лечебный блок при болевом синдроме, обезболивание второго периода родов. Каудальный блок может быть с успехом применен, как у взрослых так и у детей начиная с неонатального периода.

Опыт проведения более 700 каудальных блокад у взрослых и детей каудальных блокад, которые были сделаны с целью получения аналгетического компонента при операциях на органах малого таза (урологические, гинекологические, проктологические, хирургические), ортопедические (остеосинтез бедра, костей таза, протезирование тазобедренного сустава) и др. Кроме того каудальная анестезия с успехом была проедена и в онкологической практике у пожилых и ослабленных пациентов. Особое внимания заслуживает использование каудальной блокады в комбинации с севофлюраном как средством прекондиционирования у пожилых и стариков с переломами бедренной кости.

Нами использовалась смесь местных анестетиков (лидокаин с бупивакаином) или один из них (ропивакаин, лидокаин, бупивакаин) и центрального аналгетика (фентанил). Применялись спинальные иглы или внутривенные канюли размером G20-22. Нельзя вводить воздух для идентификации правильности нахождения иглы. С целью продлённой блокады мы катетеризировали позвоночный канал внутривенной канюлей малого размера, а с цель удобства соединяли её с удлинителем. Асептика и антисептика должны строго соблюдаться, учитывая характер зоны использования блока.

Простота выполнения блока позволяет быстро освоить эту процедуру, а проведение аспирационного теста через каждые 5 мл раствора делает её без-

опасной для пациента. Тем не менее, следует начинать мониторинг (АД, ЭКГ, пульс, пульсоксиметрия) до выполнения блока. Продолжительность однократного блока зависит от препарата для местной анестезии и адъюванта (фентанил, адреналин). Добавление адреналина 1:200 000 к местному анестетику не только продляет действие блока, но и является дополнительным тестом при определении правильности нахождения иглы – при внутривенном введении развивается сразу тахикардия и артериальная гипертензия. При использовании катетерной методики использование адреналина противопоказано.

При выполнении блока у детей следует помнить, что дуральный мешок у них расположен низко, у детей до года он находится на уровне S-4, и введение иглы глубже чем на 0,5 см опасно ошибочным введением раствора местного анестетика субарахноидально или внутривенно. Каудальный блок у детей всех возрастов производится под общим обезболиваем в положении пациента на левом боку (для праворуких анестезиологов). Мы использовали каудальный блок у детей при всех операциях на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях. Если мультимодальная анестезия дополняется введением суппозиторий (диклофенак, парацетамол), то необходимости в использовании центральных аналгетиков во время операции, как правило, нет.

При ошибочном субарахноидальном введении местного анестетика разовьётся высокая спинальная анестезия, что чревато нарушениями гемодинамики в виде коллапса и возможной остановкой дыхания, что потребует своевременных и адекватных мер. При ошибочном внутривенном введении местного анестетика развивается генерализованная токсическая реакция, которая будет проявляться сначала возбуждением ЦНС, а потом резким угнетением гемодинамики и сознания, что также потребует экстренных мероприятий.

Противопоказания для каудального блока такие же, как и для эпидуральной анестезии: коагулопатии, инфекции или нарушенная анатомия в месте пункции, аллергия на местный анестетик, шок, прогрессирующее заболевание нервной системы. Наш опыт демонстрирует, что данная блокада является эффективным способом обезболивания, особенно при использовании современных средств для местной анестезии как у взрослых, так и у детей.

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВРТ

А. П. Чемезов, Е. Б. Дружинина, Н. В. Протопопова, В. Н. Дудакова

ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница,
Областной перинатальный центр»,
ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

В настоящее время принято считать, что мужской фактор бесплодия встречается изолированно в 20 % случаев, а в сочетании с женским достигает

40 %. Таким образом, значимость мужского фактора бесплодия достаточно высока. Основной метод, применяющийся для диагностики мужского бесплодия - спермограмма, позволяющая оценить такие критерии фертильности, как концентрация сперматозоидов, их подвижность и морфология. Но у части пациентов, имеющих нормальные основные исследуемые показатели спермограммы, имеются нарушения фертильности, и стандартное обследование эякулята в данной когорте не позволяет сделать вывод о мужском факторе бесплодия. За последнее десятилетие наблюдается возрастающий объем исследований, посвященных изучению роли целостности ядерной ДНК сперматозоидов при мужском бесплодии. Было высказано предположение, что целостность ДНК сперматозоидов является лучшим предиктором мужчины к оплодотворению, чем рутинный анализ спермы. Целостность цепочки ДНК сперматозоидов на данный момент рассматривается как один из основополагающих факторов нормального развития беременности. Согласно последним данным европейского общества урологов и американского общества репродуктивной медицины повышенный уровень фрагментации ДНК может приводить к снижению вероятности самостоятельного зачатия в паре. Также высокий уровень фрагментации ДНК сперматозоидов может повышать риск невынашивания беременности.

Цель исследования – изучить влияние повышенной фрагментации ДНК сперматозоидов на исход программ ВРТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 78 историй болезни пар, обратившихся в центр ВРТ в период с января 2016 г. по октябрь 2016 г. с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. При подготовке к программам ВРТ мужчины выполняли тест на фрагментацию ДНК сперматозоидов. Показания к выполнению данного исследования - неудачные программы ЭКО в анамнезе, выраженная патозооспермия.

Результаты и обсуждение.

По результатам проведенного исследования сформировано 2 группы – 1 группа (36 мужчин) с повышенной фрагментацией ДНК и 2 группа (42) – в пределах референсных значений. По нозологическим формам в 1 группе выявлено – у 6 (16,7 %) пациентов левостороннее варикоцеле, у 12 (33,3 %) – ожирение различной степени тяжести, у 10 (27,7 %) – идиопатическое бесплодие, у 2 (5,6 %) выставлен диагноз крипторхизм, у 6 (16,7 %) - патологии репродуктивной системы нет. У каждого пятого пациента (19,4 %) отмечено нарушение сперматогенеза: у 3 пациентов – изменения концентрации сперматозоидов и их подвижности, у 4 – астенозооспермия. Во 2 группе – клинические диагнозы были представлены следующими нозологическими формами: у 5 (11,9 %) левостороннее варикоцеле, ожирение у 8 (19,1 %), у 69 % – патологии репродуктивной системы не было выявлено. Изменения в спермограмме отмечены у 4 (9,5 %) в виде астенозооспермии.

Выводы. Общая эффективность программ ЭКО составила 23 %. В 1 группе эффективность программ ЭКО составила 6 %, во 2 группе бере-

менность наступила в 14 % случаев ($p < 0,5$). Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о неблагоприятном влиянии повышенной фрагментации ДНК сперматозоидов на исход программы ЭКО. Следовательно, исследование для выявления целостности структуры ДНК сперматозоидов имеет важное клиническое значение при планировании беременности.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А. И. Черепанин, О. Н. Антонов, И. А. Микаелян

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в практику миниинвазивных вмешательств, снижающих риск операции и расширяющих возможности хирургического лечения пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Новые медикоэкономические стандарты требуют ранней диагностики, сокращения сроков госпитализации пациентов и скорейшего возвращения пациентов к труду.

Мы проанализировали результаты лечения 102 больных острым холециститом, которым выполнена холецистэктомия с использованием малотравматичных доступов – из них у 56 пациентов холецистэктомия из мини-доступа (МХЭ), у 46 пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Группу сравнения составили 117 пациентов перенесших традиционную холецистэктомию (ТХЭ) по поводу острого холецистита. В группе больных с ЛХЭ 4 пациентам с наличием послеоперационной вентральной грыжи выполнена мануально-ассистированная лапароскопическая холецистэктомия с герниопластикой полипропиленовой сеткой.

Продолжительность операции в исследуемых группах существенно не отличалась и составила 78,5 мин при МХЭ, 78,5 мин при ЛХЭ и 62,7 мин при ТХЭ. Основной причиной конверсии явился плотный перипузырный инфильтрат, который достоверно чаще отмечался у больных, оперированных после 72 часов от начала заболевания. В основной группе отмечался больший процент интраоперационных осложнений, чем в группе сравнения (9,8 и 4,3 % соответственно). Из 9 осложнений, возникших в основной группе, 8 не потребовали конверсии и были устранены в ходе самой операции. Благодаря малотравматичности доступа при выполнении МХЭ у 18 пациентов в качестве анестезиологического обеспечения удалось ограничиться перидуральной анестезией, все эти пациенты имели тяжелые сопутствующие заболевания, влияющие на степень ОАР и противопоказания для ЭТН. В раннем послеоперационном периоде лучшие результаты получены у пациентов основной группы – осложнения отмечены у 15 (14,7 %) пациентов, а в контрольной –

у 30 (25,5 %) пациентов. Причем в контрольной группе количество осложнений было больше за счет осложнений, обусловленных обострением хронических заболеваний или декомпенсации сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (9,4 и 3,9 % соответственно). После МХЭ и ЛХЭ потребности в обезболивании наркотическими анальгетиками не было, тогда, как после ТХЭ была – 4,4 мл 2 % промедола в течение 1,5 суток. Функция кишечника у пациентов основной группы восстанавливалась через 1,5 суток, в контрольной группе через 3,5 суток, полная активизация больных в основной группе происходила через 1,5 суток, в контрольной группе – через 2 суток. Длительность послеоперационного госпитального периода в основной группе в среднем составила 4 суток, в контрольной группе 12 суток.

Таким образом, дифференцированное использование малотравматичных доступов при остром холецистите позволяет свести к минимуму недостатки каждого из них в отдельности и уменьшить количество неоправданных традиционных холецистэктомий. Хирургическое лечение острого холецистита с использованием лапароскопической холецистэктомии и МХЭ свидетельствует о сопоставимости результатов этих технологий и сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений, сокращением сроков реабилитации по сравнению с ТХЭ. МХЭ в сочетании с использованием центрального сегментарного блока в качестве анестезиологического пособия и сохранением функции внешнего дыхания позволяет свести к минимуму риск операции, связанный с эндотрахеальным наркозом и расширяет возможности раннего оперативного вмешательства у больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском.

УЛЬТРАЗВУК АССИСТИРОВАННАЯ БЛОКАДА ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

В. А. Чернышев

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Регионарная анестезия связана с лучшей оценкой неврологического статуса во время операции. Любые изменения сознания, речи или мышечной функции после окклюзии сонной артерии являются ранним признаком несостоятельности мозговой перфузии. Другие преимущества включают предотвращение использование дорогостоящих неврологических мониторов, большей стабильностью и управляемостью гемодинамических параметров19, снижение доз вазопрессорных средств во время окклюзии сонной артерии, сохранение саморегуляции мозговой перфузии, и отсутствие некоторых негативных последствий общей анестезии.

Сонографический контроль регионарных блокад может улучшить эффективность, облегчить технику выполнения и снизить риск осложнений. Ультразвук ассоциированная блокада шейного сплетения, не достаточно оценена на пациентах, перенесших операции на сонных артериях.

Регионарная анестезия при каротидной эндартерэктомии выполняется путем блокады глубокого, поверхностного шейного сплетений, симпатического ствола и шейной петли. Традиционный инъекционный метод может чаще заканчиваться такими осложнениями как непредсказуемый блок, неудача блока, интрасосудистое введение местного анестетика, неврологические нарушения. Эти осложнения при выполнении блокад в области шеи связаны с непосредственной близостью нервных и сосудистых структур. Ультразвук позволяет более точно идентифицировать нервные и другие смежные структуры, контролировать продвижение иглы и распространение местного анестетика, обеспечивать лучшую точность и безопасность селективной блокады нервов в области шеи. В России отсутствуют официальные рекомендации, поддерживающие использование ультразвука для региональных блокад. Мы постарались в нашей клинике оценить эффективность и безопасность периферических блокад, в том числе шейного сплетения под ультразвуковым контролем. В используемой в нашей клинике методике, инъекции проводились из 2-х доступов в зону предпозвоночной фасции (симпатический ствол), в зону корешка С4-С3, в область шейной петли, а также производилась паравазкулярная инъекция в зоне бифуркации сонной артерии. Проведено наблюдение 60 пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию под ультразвук управляемой селективной блокадой выше описанным способом, в период с января 2015 г. по апрель 2016 г.

Все пациенты были с симптомами преходящего нарушения кровообращения в каротидном бассейне либо инсультом в анамнезе и имели стеноз внутренней сонной артерии в пределах от 60 до 95 % или гемодинамически значимую извитость внутренней сонной артерии (табл. 1).

Таблица 1

Особенности пациентов,
определяющие течение периоперационного периода

Возраст (лет)	67,2 ± 8,6
Мужчины	44 (73 %)
Женщины	16 (27 %)
Индекс массы тела (kg/m^2)	27,2 ± 4,4
ASA II	22 (37 %)
ASA III	38 (63 %)
Артериальная гипертензия	40 (67 %)
Коронарная дисфункция	14 (23 %)
Сахарный диабет	11 (18 %)

Окончание табл. 1

ХОБЛ	9 (15 %)
ПИКС	8 (13 %)
Левая ВСА	23 (38 %)
Правая ВСА	37 (62 %)

Сонографически поверхностное шейное сплетение определяется по точке Эрба как гиперэхогенная тень между задней границей грудинно-ключично-сосцевидной и средней лестничной мышц. Блок выполняется путем введения 10 мл местного анестетика (0,5 % ропивакаина). Блокада глубокого шейного сплетения выполняется путем введения 5–6 мл местного анестетика к корешкам С4, С3 параневрально. Сонографическая анатомия данной блокады определяется идентификацией переднего и заднего бугорков поперечных отростков С4, С3 (эхогенный признак «двойного горба») между которыми лоцируется гипоэхогенный нервный корешок. Также под контролем ультразвука вводится по 5 мл в зоны предпозвоночной фасции и шейной петли.

Средний суммарный объем ропивакаина 0,5 % 25,0 ± 5 мл.

При проведении селективных блокад под контролем ультразвука не наблюдалось симптомов общей токсичности местного анестетика, также не было случаев внутрисосудистой или субарахноидальной инъекций местного анестетика. Не наблюдалось ни одного случая блокады диафрагмального нерва.

Данная блокада сопровождается прогнозируемыми сопутствующими симптомами, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2

Дисфония	43 (72 %)
Синдром Горнера	22 (37 %)
Кашель	12 (20 %)
Паралич лицевого нерва	8 (13 %)
Дисфагия	7 (12 %)
Затрудненное дыхание	0
Слабость в руке	0

Некоторые пациенты чувствовали кратковременное чувство першения в горле и кашель проходящие через несколько минут. В послеоперационом периоде, все вышеперечисленные симптомы полностью нивелировались.

Интраоперационная установка шунта была в 5 случаях. У этих пациентов не было изменение анестезиологической тактики.

У части пациентов (12 (20 %)) при высоком расположении бифуркации сонной артерии интраоперационно хирургом дополнительно проводилась инфильтрационная анестезия ропивакаином в объеме 10–15 мл 0,2 % в основ-

ном из-за боли или дискомфорта в верхней части операционной области или под нижнечелюстным углом в результате расширения раны. В результате дообезболивания тактика анестезии не изменилась.

Все пациенты во время операции были седатированы. Степень седации по Ramsay составляла 1–3 балла.

Эффективность анестезии определялась по шкале комфорта Глостера. Все пациенты были в пределах 1–2 баллов.

Шкала комфорта Глостера

1 – Спокойный (контактный / отсутствие дискомфорта)

2 – Минимальный дискомфорт (1 или 2 эпизода умеренного дискомфорта без физической боли или недомогания)

3 – Умеренный дискомфорт (больше чем 2 эпизода дискомфорта без физической боли или недомогания)

4 – Умеренно беспокойный (значительный дискомфорт, испытываемый несколько раз с умеренной, терпимой физической болью или недомоганием)

5 – Беспокойный (постоянный дискомфорт со значительной физической болью или недомоганием)

Исходя из вышеизложенных данных, можно сделать вывод, что управляемая ультразвуком регионарная анестезия является эффективным, безопасным и высокоселективным способом обезболивания при операциях в области шеи. Данная методика может использоваться альтернативно как к общему обезболиванию, так и к традиционной регионарной анестезии, так как лишена присущим им осложнениям.

Мы полагаем, что этот анализ расширяет осведомленность, и дает толчок к использованию ультразвук управляемых блокад в области шеи среди анестезиологов.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ю. С. Шевченко, В. В. Грачев

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Сохранение и укрепление психического здоровья подрастающего поколения является стратегической общегосударственной задачей и предполагает решение целого ряда межведомственных и полипрофессиональных вопросов. Общая система и конкретные учреждения охраны психического здоровья детей и подростков базируются на взаимодействии многих специалистов, и прежде всего врачей, педагогов, психологов и социальных работников. Ключевой же фигурой в этой интеграции является детско-подростковый психиатр. В то же время уровень профессионализма как детских психиатров, так и

смежных специалистов, работающих в рассматриваемой системе здравоохранения, требует качественного повышения.

Предлагаем следующие модели межкафедрального взаимодействия в рамках объединенного РМАНПО, перспективные в плане подготовки и совершенствования специалистов, работающих в сфере психического здоровья детей и подростков Иркутской, Новокузнецкой, Пензенской областей и Республики Татарстан.

1. Целевое направление, по согласованию с главным детским психиатром региона, молодых врачей (педиатров, психиатров) в ординатуру на кафедру детской психиатрии и психотерапии РМАНПО. Прошедшие обучение в ординатуре по детской психиатрии и вернувшиеся под курацию региональной кафедры могут на ней выполнять научные исследования на местном детско-подростковом контингенте в рамках очной, заочной аспирантуры или соискательства.

2. Плановое (в рамках пятилетней программы усовершенствования) направление общих психиатров и психотерапевтов, совмещающих на местах должности детско-подростковых специалистов и ни разу не обучавшихся на профильной кафедре в Москве на сертификационный цикл «Психиатрия», «Психотерапия».

3. Как вариант второй модели – проведение для указанных специалистов, обучающихся на сертификационном цикле по месту жительства параллельного выездного (очно-заочного) тематического цикла по детской психиатрии (в том числе по психиатрии раннего возраста; наркологии и состояниям зависимости, лечению психических расстройств; шизофрении и другим психозам детского возраста) или психотерапии детей и подростков силами преподавателей московской кафедры детской психиатрии и психотерапии.

4. Совместное (силами филиальной кафедры психиатрии и московской кафедры детской психиатрии и психотерапии) проведение для смежных специалистов, работающих в сфере здравоохранения (врачей, психологов, логопедов, дефектологов, педагогов, социальных работников, реабилитологов) тематических циклов по начальным проявлениям нервно-психических расстройств у детей и подростков; медицинской психологии; психологической коррекции и лечебной педагогике; кризисным состояниям у детей и подростков; пограничным (невротическим, поведенческим, психосоматическим) расстройствам в детско-подростковой психиатрии; резидуально-органическим состояниям и умственной отсталости.

5. Совместное проведение преподавательских циклов по актуальным вопросам общей и детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

6. Для школьных врачей, а также для специалистов, работающих с детьми в системе образования и социального обеспечения – школьных психологов, логопедов, дефектологов, социальных педагогов, работников реабилитационных медико-психолого-педагогических и социальных центров про-

ведение (по согласованию с соответствующими министерствами или департаментами) совместных прерывистых циклов по профилактической психиатрии, клинической психологии, психологической коррекции, лечебной педагогике. Преподаватели базовой кафедры психиатрии проводят еженедельные лекции и семинары, преподаватели кафедры детской психиатрии и психотерапии – выездные недельные циклы, приуроченные к школьным каникулам.

7. Для школьных психологов, работающих в сельской местности и являющихся там, по сути, единственными представителями службы детского психического здоровья – организация постоянно действующего дистанционного семинара по клинической психологии, чередующегося с очно-заочными циклами усовершенствования, проводимыми базовой кафедрой психиатрии совместно с кафедрой детской психиатрии и психотерапии РМАНПО.

В случае нахождения консенсуса по данному вопросу между преподавателями указанных кафедр, потребуется помощь в организации апробации обозначенных перспективных образовательных технологий со стороны центрального и регионального руководства РМАНПО по их согласованию с местными органами здравоохранения, образования и социальной защиты, а также по оформлению совместного учебного плана.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ, НЕ ВХОДЯЩИХ В ДЕЙСТВУЮЩУЮ НОМЕНКЛАТУРУ ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ)

Ю. С. Шевченко, В. В. Грачев

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Необдуманная отмена в 1995 г. целого ряда педиатрических специальностей, осуществленная тогдашним Министерством здравоохранения, создало целый ряд проблем как в организации работы соответствующих медицинских служб на местах, так и в обеспечении профессиональной подготовки для них врачей и смежных специалистов. Так, в сфере «охраны психического здоровья детей и подростков» (соответствующие Центры в крупных городах именно так и называются) возникла парадоксальная ситуация – «детский психиатр» и «подростковый психиатр» в номенклатуре должностей присутствуют, а в номенклатуре врачебных специальностей их нет. Таким образом целая служба оказалась без своих ключевых специалистов! Что же касается «детских психотерапевтов», «детских клинических психологов», то эти крайне необходимые профессионалы вообще не обозначены ни в том, ни в другом официальном документе Минздрава, т.е. являются своего рода «поручиками Киже от медицины». И это при росте раннего детского аутизма, суицидального и самоповреждающего поведения, гиперактивности, компьютерной зави-

симости и проч. Одним из аргументов сохраняющегося положения вещей, выдвигаемого чиновниками, является тот, что малая плотность детского населения во многих регионах делает более рентабельным совмещение должности детского психиатра «взрослым» специалистом – общим психиатром. В таком случае подразумевается, что, как и любая врачебная специальность, не разделенная на «детскую» и «взрослую», психиатрия должна работать «с нуля», т.е. с рождения ребенка. И это отражено в известном приказе МЗ, гласящего, что в профосмотрах детей годовалого возраста должны участвовать врачи-психиатры. А, стало быть, они должны иметь достаточную подготовку по детской психиатрии, в том числе по психиатрии раннего возраста. И это при том, что во всем мире профессионалов – «микропсихиатров», способных качественно работать с детьми от 0 до 3-х лет крайне мало, а в нашей стране их вообще единицы. Поэтому есть достаточное основание предположить, что выполнение указанного Приказа носит в большинстве случаев сугубо формальный и малоквалифицированный характер, впрочем, также, как и совместительство должностей детского и подросткового психиатра общими психиатрами, не получившими соответствующей дополнительной подготовки. Однако вместо того, чтобы восстановить педо-психиатрическую специальность, либо в приказном порядке обязать всех психиатров-совместителей хотя бы раз в жизни пройти обучение на профильных кафедрах усовершенствования по детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (таковых на всю страну осталось две – в Москве в структуре РМАНПО и в Санкт-Петербурге, третья – в Челябинске упразднена), руководство отечественным здравоохранением в своей активной реформаторской деятельности пустило вопрос подготовки кадров для службы детского психического здоровья на самотек. Это крайне негативно отражается на качестве выявления, диагностики, лечения и реабилитации детей с психическими нарушениями, повышает рост детской инвалидности и формирует возрастающий и утяжеленный контингент будущих пациентов взрослых психиатров.

Проблема усугубляется еще и тем, что кризис отечественного медицинского образования обострил «борьбу за курсанта» между кафедрами общей психиатрии системы последипломной профессиональной подготовки. Более того, имея формальное право – специальность ведь одна и сертификат един – «Психиатрия» (без дополнительных указаний), многие «взрослые» кафедры (руководители которых зачастую являются параллельно Главными специалистами местных министерств и департаментов здравоохранения) берут на себя усовершенствование детско-подростковых психиатров и психотерапевтов. В погоне за выполнением учебного плана и иллюзорной экономией средств детско-подростковые специалисты не отпускаются руководством лечебных учреждений на учебу на указанные выше профильные кафедры Москвы и Санкт-Петербурга, что, конечно же, пагубно отражается на их профессионализме. Ни одна из знакомых нам уважаемых общих кафедр психиатрии не располагает достаточным количеством преподавателей в области детско-

подростковой психиатрии и адекватной клинической базой, чтобы полноценно заменить специализированные учебные подразделения педиатрического профиля (основанные, кстати, не в самые бескризисные для страны годы и наработавшие уникальный научно-педагогический опыт). Кстати, это подтверждается тем, что ответственные руководители здравоохранения требуют подтверждения того, что направленные ими на сертификационные циклы детские психиатры, проучились именно на профильных кафедрах.

Присоединение к РМАНПО четырех учреждений последипломного медицинского образования (Иркутской и Казанской академий, Новокузнецкого и Пензенского институтов усовершенствования врачей), в каждом из которых существуют кафедры психиатрии, дает уникальную возможность совместно с московской кафедрой детской психиатрии и психотерапии наработать эффективные модели подготовки и повышения квалификации специалистов для службы психического здоровья детей и подростков. От эффективности последней во многом зависит будущее страны.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТИЧЕСКОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

А. В. Шелехов, В. В. Дворниченко, Р. И. Расулов, Р. А. Зубков, А. С. Загайнов

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Метастатическое поражение печени при колоректальном раке наблюдается у 50–60 % пациентов. Одним из перспективных методов лечения метастатического колоректального рака (МКРР) является химиоэмболизация печеночной артерии. При химиоэмболизации вводятся сравнительно небольшие дозы химиопрепаратов, положительный эффект связан с повышением чувствительности клеток опухоли к химиопрепаратам на фоне гипоксии.

Целью нашего исследования являлся анализ осложнений возникающих, при химиоэмболизации печеночной артерии.

Материалы и методы: В исследование включено 64 пациента, страдающих колоректальным раком с билобарным поражением печени. Количество мужчин составило 31 человек, женщин – 33 человека. Средний возраст в основной группе составил 56,7±6,1. Большинство больных (82,8 %) имели возраст 50 лет и старше. Диаметры метастазов варьировали от 0,3 до 7,5 см.

В ходе лечения всем пациентам выполнялись стандартные хирургические вмешательства на толстой кишке. При вмешательстве на печени наиболее часто мы выполняли анатомические резекции печени – гемигепатэктомии, секционэктомии и сегментэктомии. Всем пациентам мы производили химиоэмболизацию воротной вены с введением 10 мл липиодола с растворенными

в нём 50 мл доксорубицина. При гладком течении послеоперационного периода всем пациентам после операции назначали системную химиотерапию в режимах FOLFIRE и FOLFOX4. Всем пациентам проведено 4 курса системной химиотерапии. Через 2–3 недели после завершения 4 курса системной химиотерапии выполняли химиоэмболизацию печёночной артерии (ХЭПА). Для этого использовали смесь липиодола с доксорубицином в расчете 10 мл липиодола с 50 мл доксорубицина. ХЭПА выполнялась под контролем ангиографии из трасфеморального доступа (путем пункции бедренной артерии).

Результаты. При исследовании непосредственных результатов ХЭПА, выявлено, что самым частым осложнением являлся постхимиоэмболизационный синдром, в наших наблюдениях он встречался у 42 (70%) пациентов, он характеризовался абдоминальным болевым синдромом, тошнотой и рвотой, повышением температуры тела до фебрильных цифр с пиком на 2–3 сутки и обратным развитием с 4–5 суток с момента процедуры, повышением уровня трансаминаз, гипербилирубинемией до 30 мкмоль/л в плазме крови. К 8–9 суткам после процедуры явления постхимиоэмболизационного синдрома исчезали.

Нецелевая эмболизация означает незапланированное попадание эмболизата в другую анатомическую область с током крови. У наших пациентов это произошло в 3 случаях (5 %). Эмболизат может попасть в правую желудочную, пузырную, желудочно-двенадцатиперстнокишечную артерию, непостоянную артерию серповидной связки и в ветви чревного ствола. Пути предупреждения этого многочисленны – от интраоперационной перевязки ветвей печеночной артерии, холецистэктомии, иссечении серповидной связки печени до рекомендаций проводить селективную химиоэмболизацию под контролем ангиографии. В двух случаях химиоэмболизации под контролем ангиографии выявлено попадание препарата в желудочно-двенадцатиперстнокишечную артерию, у одного из этих пациентов развилась клиника отечного панкреатита. На фоне назначения инфузионной терапии, спазмолитиков и препаратов соматостатина, а также антибактериальных препаратов клинические симптомы острого панникреатита были купированы. У 1 пациента при введении химиоэмболизата через артериальный катетер возник рефлюкс эмболизата в чревный ствол и попадание в селезеночную артерию.

Летальных исходов в основной группе после этого этапа лечения не было.

Таким образом, метод химиоэмболизации печёночной артерии, как метод лечения, показала себя сравнительно безопасной. Возникающие осложнения при выполнении данной процедуры могут быть эффективно купированы консервативными мероприятиями.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

Е. В. Шестаков, С. Е. Каторкин, С. А. Быстров

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

Профилактика и ранняя диагностика раневых осложнений при хирургическом лечении больных с ущемленными грыжами брюшной стенки остается одной из актуальных проблем современной герниологии, частота которых по литературным данным составляет от 1 до 67 %.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки путем использования комплекса мероприятий по профилактике и диагностике раневых осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 265 пациентов с ущемленными паховыми, пупочными и послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ), которые были разделены на основную (n = 138) и контрольную (n = 127) группы. Пациентам основной группы применялось низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и устройство для профилактики эвентрации (УДПЭ), внедренные в работу хирургического отделения клиники госпитальной хирургии с 2010 г. В контрольное группе НИЛИ и данное устройство не применялись. В свою очередь пациенты основной и контрольной групп, в зависимости от способа пластики были условно разделены на две подгруппы. Подгруппу «А» составили больные, которым выполнялись ненатяжные способы пластики, подгруппу «В» – традиционные способы пластики.

Для выявления, прогнозирования развития в послеоперационном периоде (п/о) раневых осложнений нами применялась компьютерная термография (рац. предложение № 296 от 09.02.2015). Эффективность применения НИЛИ подтверждалась цитологическими методами исследования раневого отделяемого на 1, 3, 5 сутки с помощью мазков-отпечатков по методике М. Покровского с окраской по Романовскому – Гимза.

В качестве способа профилактики раневых осложнений нами применялось НИЛИ. Пациентам без дренирования подкожно - жировой клетчатки использовали – чрескожный метод воздействия лазерного облучения, а при дренирование зоны пластики – дистантный, посредством гибкого моноволоконного световода с расфокусированным пучком световой энергией. Использовали аппарат «Креолка-32». Длина волны 630 нм, мощность 3 мВт/см, экспозиция 4–7 мин. Режим непрерывный. Курс лечения в среднем составил 6,0±2,0 суток. НИЛИ обладает проникающей способностью в ткани, улучшает лимфо- и гемоциркуляцию. Это усиливает репаративные процессы и ускоряет регенерацию тканей в зоне пластики. С целью уменьшения остаточной

полости, уменьшения количества раневых п/о осложнений и профилактики рецидива грыжеобразования – у 30 (21,7%) пациентов основной группы нами применено устройство для профилактики эвентрации (патент РФ на полезную модель № 103462 от 28.04.2010), которое содержит: пластину из полимерного материала с отверстиями, препятствующая прорезыванию швов, съемную крышку с фиксаторами, позволяющая следить за состоянием раны. Через отверстия по краям пластины пропускаются концы П-образных швов, захватывающие наружные кожно – апоневротические слои брюшной стенки. Данное устройство снимали на 10–12 сутки.

Полученные результаты. Применение НИЛИ и УДПЭ у пациентов основной группы позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики, по сравнению с таковыми в контрольной группе, что составило 12, и 42,5%, соответственно ($p < 0,05$). Цитологические исследования раневого отделяемого показали, что у пациентов основной группы регенераторный тип цитограммы наблюдался на 5–6 сутки, тогда как в контрольной группе на 9-11 сутки ($p < 0,05$). По данным КТ при благоприятном течении п/о периода у всех пациентов подгруппы «А» и «В» основной группы на 1–3 сутки отмечалась локальная умеренная гипертермия – 1,2±0,4 ºС, соответствующая площади эндопротеза, умеренной воспалительной реакции. На 3–5 сутки местная температура составляла 1,3±0,5 ºС, что говорит об асептическом воспалении, как естественной реакции на оперативное вмешательство. На 7–8 сутки термопрофиль зоны операции практически не отличался от окружающих тканей и разница составляла 0,3±0,2 ºС. Повышение локальной температуры на 1,2±0,4 ºС, свидетельствовало о гладком течении п/о периода и отсутствие осложнений. Это наблюдалось у 88,1 % пациентов подгруппы «А» и у 82,9 % – подгруппы «В» основной группы. Повышение локальной температурной реакции в зоне пластики на 2,4±0,5 ºС свидетельствовало о наличии инфильтрата или серомы в области п/о раны, а на 3,0 ºС и более – о гнойно-септическом воспалении в области п/о раны.

Использование НИЛИ и УДПЭ способствовало: уменьшению сроков дренирования послеоперационной раны с 8,1±1,0 до 4,2±1,0 дня и периода госпитализации с 11,6±1,0 до 6,2±1,0 дня ($p < 0,05$) у пациентов основной группы, по сравнению с таковыми в контрольной группе. В основной группе рецидива заболевания в сроки от 1 до 5 лет нами не выявлено, тогда как в контрольной группе – у 16 (38,1 %) пациентов.

Заключение. Использование НИЛИ в интра – и послеоперационных периодах, УДПЭ у больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, оперированных с использованием протезирующих и традиционных методов герниопластики позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики с 42,5 до 12,3 % соответственно ($p < 0,05$), интенсивность болевого синдрома, сроки дренирования, госпитализации и достичь наилучших отдаленных результатов лечения. Внедрение ненатяжной пластики и НИЛИ в хирургическом лечении ущемленных грыж брюшной

стенки позволило снизить частоту рецидивов по сравнению с пластикой местными тканями с 38,1 % до нуля. КТ позволяет на ранних стадиях выявить раневые осложнения, прогнозировать течение послеоперационного периода и своевременно корректировать хирургическую тактику.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БУВАНЕСТИНА С ДРУГИМИ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ

А. Ю. Шилов, В. Н. Маринчев, Т. И. Тряшкина

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Спинальная анестезия как разновидность региональных методов обезболивания является одним из наиболее приемлемых способов анестезии у пациентов любого возраста при различных оперативных вмешательствах.

В условиях импортозамещения у отечественной фармакологической промышленности появилась необходимость разработки местных анестетиков длительного действия, разрешенных для введения в субарахноидальное пространство.

Цель исследования. Изучить эффективность отечественного местного анестетика «Буванестин» при операциях на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях по сравнению с другими местными анестетиками в клинике.

Материал и методы. Обследовано 75 пациентов, средний возраст которых составлял 57,4±7,67 (от 28 до 87 лет), из них 34 женщины и 41 мужчина. 43,5 % пациентов имели сопутствующую патологию (в основной массе сердечно-сосудистую). ASA I-II.

Все пациенты были обследованы по программе, принятой в клинике: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, глюкоза, билирубин), анализ на группу крови и резус-фактор, флюрография, ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, консультация терапевта и, при необходимости, специалистов по профилю сопутствующей патологии.

Исследования проводили у плановых пациентов, которым выполнили следующие операции: герниопластика паховой и бедренной грыж с использованием сетки, влагалищная экстирпация матки, пластика шейки матки, пластика влагалища, уролинг с использованием сетки, геморроидэктомия, иссечение прямокишечных свищей, венэктомия на одной или двух нижних конечностях.

Перед подачей в операционную всем пациентам проводилась премедикация (атропин 0,1 % – 0,5).

Пациенты были разделены на 3 группы. В первой (25 человек) в качестве метода анестезии использовалась спинальная анестезия препаратом «Бу-

ванестин» 0,5 % 0,18 – 0,2 мг/кг на уровне LII–LIII. Во второй группе (25 человека) применялась спинальная анестезия препаратом «Маркаин Спинал Хеви» 0,5 % 0,18 – 0,2 мг/кг на уровне LII–LIII. В третьей группе (25 человек) использовалась спинальная анестезия препаратом «Лидокаин» 2 % 0,8–1 мг/кг на уровне LII–LIII. Всем пациентам регистрировали параметры гемодинамики систолическое АД, диастолическое АД, ЧСС неинвазивным методом, а также регистрировали длительность анестезии.

Этапы исследования: 1-й этап – до анестезии (исходные показатели), 2-й этап – через 5–7 мин после выполнения анестезиологического пособия, 3-й – основной этап операции (через 20–30 мин от начала операции), 4-й – период восстановления (через 1,5–2 ч после выполнения анестезии).

Результаты исследования и обсуждение. До анестезии у всех пациентов (в среднем) систолическое и диастолическое АД было в норме (135±11,45 и 81±6,7 мм рт. ст.) и незначительное учащение ЧСС (90±6,3 уд./мин), что связано с введением атропина перед подачей в операционную, а также психологическим фактором.

При анализе 2-го этапа исследований (после выполнения спинальной анестезии) во всех 3-х группах пациентов выраженной гипотонии зафиксировано не было ($p > 0,05$), отмечено некоторое урежение ЧСС на 7,6 % ($p < 0,02$). Скорость наступления анестезии в первой и второй группе были сравнимы друг с другом 3,7±0,93 мин и 3,5±1,47 мин. В третьей группе необходимый уровень анестезии наступал через 2,3±0,45 мин.

Во время основного этапа операции (3-й этап) изменения были отмечены во всех группах, характеризовавшиеся незначительным снижением систолического и диастолического АД и дальнейшим урежением ЧСС. В первой группе с применением «Буванестина» систолическое АД (САД) снизилось на 18,5 % от первоначального и составило 110±8,12 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) на 7,4 % (75±3,98 мм рт. ст.), $p < 0,05$. ЧСС в первой группе составило 74±4,33 уд./мин (урежение на 18 %, $p < 0,02$). Во второй группе с применением «Маркаина Спинал Хеви» САД снизилось на 20,3 %, ДАД на 8,1 % от первоначального, $p < 0,04$, ЧСС уменьшилась до 69±5,2 уд./мин. В группе применения «Лидокаина» по сравнению с начальными данными САД снизилось на 12,5 %, ДАД – на 6,8 %, ЧСС составила 72±6,23 уд./мин. По мнению пациентов и хирургов на данном этапе анестезия во всех 3-х группах была удовлетворительная.

Таким образом, в течение основного этапа операции во всех 3-х группах САД и ДАД оставались приемлемыми для работы жизненно важных систем организма. Назначение инотопных и вазопрессорных средств не потребовалось.

В период восстановления показатели гемодинамики во всех группах стремились к исходным. В 1-й и 2-й группе САД и ДАД сравнялись с исходными значениям (различия на 1–5 %). В 3-й группе были несколько выше первоначальных (на 10,45 %, $p < 0,04$), что в 4-х случаях потребовало назна-

чения гипотензивной терапии. ЧСС оставалось стабильным во всех группах и составило 68±4,87 уд./мин.

Длительность анестезии в 1-й группе с использованием «Буванестина» составила 170±12,33 мин, во 2-й группе «Маркаина Спинал Хеви» 195±8,67 мин, в 3-й группе «Лидокаина» 75±6,71 мин.

Выводы.

1. Отечественный местный анестетик «Буванестин» эффективен в качестве препарата для спинальной анестезии при операциях на органах гипогастрия и нижних конечностях.

2. «Буванестин» по длительности действия сравним с «Маркаином Спинал Хеви» и выгодно отличается от «Лидокаина» по длительности действия.

СИНДРОМ МЭН 2А ТИПА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

О. Н. Шимохина, И. А. Матвеева, О. Я. Гржибовская, Т. Ю. Руденко

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Введение. Множественная эндокринная неоплазия второго типа (синдром МЭН 2 типа) – это симптомокомплекс, объединяющий группу патологических состояний, для которых характерно наличие новообразования или гиперпластического процесса из клеток нейроэктодермального происхождения, поражающего два и более органов эндокринной системы. Практически в 100% случаев диагностики МЭН-2 одним из новообразований является медуллярный рак щитовидной железы.

Различают синдром Сиппла, или множественную эндокринную неоплазию 2А типа, при котором медуллярный рак щитовидной железы сочетается с феохромоцитомой и поражением паращитовидных желез, и синдром Горлина, или множественную эндокринную неоплазию 2Б типа, при котором наряду с феохромоцитомой и раком щитовидной железы диагностируют множественные ганглионейромы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Из-за того, что заболевание имеет длительный латентный период, характеризующийся бессимптомным течением, ранняя диагностика его затруднена.

Лабораторная диагностика играет одну из ключевых ролей в распознавании МЭН-2. При подозрении на медуллярный рак щитовидной железы обязательным является определение уровня кальцитонина. Для подтверждения наличия в организме феохромоцитомы определяют содержание метанефрина и норметанефрина в суточной моче. А увеличение секреции паратгормона подтверждается определением его концентрации, а также содержания ионов кальция в сыворотке крови.

Для выявления всех новообразований, составляющих основу синдрома множественных эндокринных неоплазий, одними из наиболее информативных являются инструментальные методы исследования: УЗИ щитовидной и паращитовидной желез, СКТ и МРТ надпочечников.

Мы представляем описание клинического случая диагностики синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа.

Клинический случай

Пациент Я., 1975 г.р. Сахарный диабет 1 тип диагностирован в 2006 г. (в возрасте 31 год). Получал инсулинотерапию инсулином Лантус и Новорапид в суточной дозе 32 ед, острых осложнений сахарного диабета не было. Наблюдался у эндокринолога не менее 2 р в год, госпитализация в отделение эндокринологии 1 раз в год, в последние 5 лет – не госпитализировался. HbA1c 12.10.2015 – 6,7 %. Глюкоза крови 7–9 ммоль/л. Самоконтроль гликемии нерегулярный, периодически отмечал гипогликемии. У пациента имелись осложнения сахарного диабета: диабетическая непролиферативная ретинопатия, диабетичсекая нефропатия, ХПБ С2А2, дистальная диабетическая полинейропатия.

В течение 10 лет у пациета пациента отмечалось повышение АД (преимущественно в утренние часы, при перемене положения тела, непостоянного характера), максимально до 210/120 мм рт ст. Получал различные схемы антигипертензивной терапии (диротон, нифедипин, бисопролол). Целевые значения АД не достигнуты.

В 1994 и 1999 г. оперирован по поводу кист теменной области. В 2013 г. – выявлена гемангиома печени (по УЗИ органов брюшной полости) размером около 6 см.

В октябре 2015 г. поступил в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» с клиническим диагнозом:

Сахарный диабет 1 тип. Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма.

ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2 ст, АГ 2 ст, риск 4. ХСН 1 ст. 2 ФК. Последствия удаления кисты правой теменной области от 1994 г., 1999 г. Гемангиома правой доли печени. Целевой уровень HBa 1 с менее 7,0 %.

Состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Рост 171 см. Вес 61 кг. ИМТ 21 кг/м^2. Температура тела 36,6 °С. Телосложение: правильное. Питание: удовлетворительное. Кожа обычной окраски, умеренной влажности. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы: не пальпируются. Пальпация грудной клетки безболезненная. Перкуторный звук не притуплен, оттенок легочный. ЧДД: 16 уд./мин. В легких дыхание везикулярное, хрипы: не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС: пульс 98 уд./мин, удовлетворительных качеств. АД 150/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот: мягкий, безболезненный. Печень не выходит

из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не увеличена, б/болезненная, узловые образования в обеих долях щитовидной железы, плотной консистенции, безболезненные. Умеренное нарушение вибрационной, болевой, температурной чувствительности по типу ««гольф» и «перчаток».

При обследовании выявлено: повышение кальция крови – 2,91ммоль/л; МСКТ надпочечников – правый надпочечник размером 53–65–84 мм, левый 68–30–33 мм, плотностью 40 HU, метанефрин в суточной моче 3886 мкг/сут. (норма до 350), норматанефрин в суточной моче 6516 мкг/сут. (норма до 600) кортизол сыворотки крови в 8 ч 519,7 нмоль/л (норма утро 101,2–535,7), кортизол сыворотки крови в 24 ч – 124,7 нмоль/л (вечер 79,0–477,8).

Малая дексаметазоновая проба – 95,6 нмоль/л.

Суточная моча на кортизол 205,8 нмоль/л (норма 11,8–485,6).

Альдостерон 156,8 (норма 40,0–310,0 пг/мл).

Ренин в положении лежа 169,5 пг/мл (норма 4,66–31,90).

Ионизированный Са 1,28 ммоль/л (1,12–1,32).

Фосфор крови 1,15 ммоль/л (норма 0,81–1,45).

Паратиреоидный гормон 99,1 пг/мл (норма 15,0–68,3).

УЗИ щитовидной и паращитовидной желез – в правой доле выявлено образование диаметром 5,8 мм. В структуре левой доли образование 15×10 мм, проведена пункционная биопсия образования левой доли – цитограмма нетоксического коллоидного зоба с признаками дистрофии и кистозной дегенерации А клеток, группы мелких мономорфных клеток с гипохромными ядрами (вероятно клетки паращитовидной железы) с признаками пролиферации.

ТТГ 1,83 мМЕд/л (норма 0,35–4,94), Т4 св. 11,71 пмоль/л (норма 9.0–19,05).

Кальцитонин 304,0 пг/мл (норма 0–18,2).

МРТ головного мозга – данных за объемное образование гипофиза не получено.

СМАД Максимум АД 231/128 мм рт. ст., минимум 110/69 мм рт. ст.

Кардиолог – Симптоматическая артериальная гипертензия Миграция водителя ритма по предсердиям. ХСН 1 ст. 2 ФК.

После проведенного обследования выставлен диагноз:

Синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа:

– Феохромоцитомы надпочечников.

– Первичный гиперпаратиреоз, мягкая форма. Объемное образование правой околощитовидной железы.

– Узловые образования в обеих долях щитовидной железы. Подозрение на медулярный рак щитовидной железы. Эутиреоз.

Симптоматическая артериальная гипертензия.

Сахарный диабет 1 типа.

Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия.

Диабетическая нефропатия.ХБП С2. А 3.

Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма

Миграция водителя ритма по предсердиям. ХСН 1 ст. 2 Ф. К. Дислипидемия.

Узловые образования в обеих долях щитовидной железы. Эутиреоз.

Последствия удаления кисты правой теменной области от 1994 г., 1999 г. КПТЧ.

Поверхностный гастрит.

Целевой уровень HBa1c менее 7,0 %.

Был назначен доксазозин 4 мг/сут., показатели АД на этом фоне 130-160–90–100 мм рт. ст.

Направлен в ФГБУ ЭНЦ г Москвы в мае 2016 г., где проведено дообследование:

ТАБ узлов щитовидной железы (полиморфные «голые» ядра и клетки полиморфноклеточного новообразования с наличием многоядерных форм) – подтвержден медуллярный рак щитовидной железы.

Уровень паратгормона крови – 269 пг/мл, кальциурия – 10,7 ммоль/сут. (норма 1,7–8,0), что подтверждает наличие у пациента первичного гиперпаратиреоза.

Двухсторонние образования надпочечников подтверждены по данным УЗИ и КТ-исследования. Фракционированные метанефрины суточной мочи значительно повышены (норметанефрин 11696 мкг/л, норма 3–445, метанефрин 7903 мкг/л, норма 25–312), что подтверждает наличие у больного феохромоцитом.

Альдостерон крови в пределах референсных значений, ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона отрицательный, но уровень АКТГ утром, кортизола в слюне и в суточной моче в пределах референсных значений, что позволило исключить эндогенный гиперкортицизм.

Выявлен дефицит витамина Д (25-OH) в сыворотке крови – 16,8 нг/мл, (норма 30–100 нг/мл).

Пациенту рекомендовано проведение генетического исследования.

Подтвержден диагноз: синдром множественных эндокринных неоплазий 2а типа.

Феохромоцитомы обоих надпочечников. Смешанный тип секреции.

Симптоматическая артериальная гипертония 3 ст Риск 4.

Медулярный рак щитовидной железы T1NxMx, эутиреоз.

Первичный гиперпаратиреоз, мягкая форма.

Образование правой нижней околощитовидной железы.

МКБ. Конкремент правой почки.

Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, вне обострения Миграция водителя ритма по предсердиям Недостаточность кардии. ГРЭБ Пищевод Баретта без признаков дисплазии Дуодено-гастральный рефлюкс Дефицит витамина Д.

Остеопения проксимального отдела бедренной кости, поясничного отдела бедренной кости, поясничного отдела позвоночника (Z критерий 1, 1. Гиперурикемия Миопический астигматизм.

Сахарный диабет 1 типа.

Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия.

Диабетическая нефропатия. ХБП С2. А 3.

Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма.

Целевой уровень HBa 1 с менее 7,0 %.

В мае 2016 г. оперативное лечение пациенту отложено в связи с Herpes zoster, в стадии затихающего обострения, также, с целью предоперационной подготовки увеличена доза доксазозина.

В 09.2016 г. на фоне увеличения дозы доксазозина до 26 мг/сут. и приема бисопролола 5 мг/сут. достигнута стабилизация гемодинамических показателей.

26.09.2016 проведена операция – лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия с опухолью, 05.10.2016 проведена операция - лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия с опухолью.

Морфологическое исследование послеоперационного материала: феохромоцитома.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

В послеоперационном периоде наблюдалась нормализация гликемического профиля, пациенту проводились лабораторные анализы, исключившие наличие сахарного диабета 1 типа (инсулин 8,45 мкЕ/мл, норма 2,3–26,4). Нарушение углеводного обмена было опосредовано наличием феохромицитомы, инсулинотерапия отменена.

Пациенту инициирована заместительная гормональная терапия: кортеф 40 мг/сут, кортинефф 0,1 мг 1/2 т в сутки, аквадетирим 50 кап 1 раз в неделю.

Больной направлен повторно в ФГБУЭНЦ г Москвы на оперативное лечение по поводу медуллярного рака щитовидной железы.

Заключение

1. При выявлении высокой артериальной гипертонии у пациентов молодого возраста необходимо обследование на предмет эндокринного генеза артериальной гипертонии.

2. Диагностика синдрома МЭН 2А представляет значительные трудности. На раннем этапе развития заболевания методы топической диагностики (ультразвуковое исследование, КТ-, МР-томография) часто малоэффективны.

3. При выявлении новообразования или гиперпластического процесса в одном из периферических эндокринных желез необходимо помнить о синдроме множественной эндокринной неоплазии.

4. Новые технологии, применяемые в эндокринологии (определение кальцитонина крови, пункционная биопсия паращитовидной железы, СКТ НП с определением плотности HU) дают возможность диагностировать редкую эндокринную патологию.

Дополнительная информация

Персональные медицинские данные публикуются с письменного согласия пациентов.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Библиографический список

1. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению медуллярного рака щитовидной железы / Ф. М. Абдулхабирова, Д. Г. Бельцевич, В. Э. Ванушко, И. И. Дедов, Н. С. Кузнецов, Г. А. Мельниченко, Н. М. Платонова, П. О. Румянцев, Е. А. Трошина, А. Н. Тюльпаков, В. В. Фадеев. – М., 2015.

2. Феохромоцитома/параганглиома: клинико-генетические аспекты / М. Ю. Юкина, Е. А. Трошина, Д. Г. Бельцевич и др. // Проблемы эндокринологии. – 2013. – Т. 59. – № 3. – С. 19–26.

3. Дедов, И. И. Первичный гиперпаратиреоз: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. – М., 2016.

4. Клинические рекомендации инциденталомы гипофиза: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Л. Я. Рожинская, Л. К. Дзеранова, Е. А. Пигарова, А. Ю. Григорьев, Б. А. Кадышев, Л. И. Астафьева, Л. В. Шишкина, А. В. Воронцов, А. К. Липатенкова, С. Ю. Воротникова. – М., 2014.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Л. Н. Шишова[1], М. Н. Максимова[2], С. В. Селивёрстова[1], Н. В. Агеева[1], О. А. Жеворченкова[1], О. Е. Холина[1], Л. А. Сретенская[1], А. Е. Сосновский [1]

[1] ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова»,
[2] ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Актуальность: Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС) продолжают оставаться актуальной проблемой в неонатологии и занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей первого года жизни. Частота их встречаемости (по различным источникам) составляет от 25 до 75 % (Пальчик А. Б., 2007, Шабалов Н. П., 2009, Володин Н. Н., 2014).

Среди этиологических факторов развития перинатальной патологии нервной системы наиболее распространенными причинами (около 47%, по

данным Гузева В. И., 1998) является гипоксия-ишемия мозга, связанная как со снижением содержания кислорода в артериальной крови (гипоксемией), так и с уменьшением мозгового кровотока (ишемией). До 80 % детей, выживающих после тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ), страдают серьезными неврологическими расстройствами (Zanelli S. A., Stanley D. P., Kaufman D., 2012).

В структуре ранней детской инвалидности ППП ЦНС (по данным Ю. И. Барашнева и др., 2007) составляют 60–70 %. В связи с чем, восстановительное лечение новорожденных с перинатальной патологией ЦНС должно проводиться как можно раньше, комплексно и интенсивно (Боголюбов В. М., 2009).

Возникающие в перинатальном периоде нарушения ЦНС часто ведут к развитию гипертензионно–гидроцефального синдрома, что диктует необходимость поиска эффективных, в том числе, нелекарственных (физиотерапевтических) методов лечения (Давыдкин Н. Ф. с соавт., 2012).

Нервная система, среди всех органов и систем организма, наиболее чувствительна к воздействию магнитного поля. Для него характерно высокая проникающая способность, позволяющая воздействовать на глубинные структуры мозга, не оказывая при этом теплового воздействия (Лосинская Н. Е., 2008, Пономаренко Г. Н., 2012). При транскраниальном воздействии бегущего магнитного поля улучшается микроциркуляция гипоталамо-гипофизарной области, нормализуется ликвородинамика (Улащик В. С., Лукомский Н. В., 2008).

В неонатальной практике особенно важными являются такие эффекты магнитных полей, как способность оказывать сосудорасширяющее, противовоспалительное, иммуномоделирующее, седативное и нейротропное действие (Братова Е. А., 2004, Кадыков А. С. с соавт., 2008).

Цель исследования: изучить эффективность транскраниальной магнитотерапии бегущим импульсным магнитным полем (БИМП) и реализирующей его приставки «Оголовье» в комплексной реабилитации детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом.

Пациенты и методы исследования. С 2015–2016 гг. на базе ГБУЗ ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова было обследовано и пролечено 108 детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, поступивших для лечения последствий перинатального поражения ЦНС. Возраст больных от 1 до 6 месяцев жизни, мальчики составили 48 % (n = 52), девочки – 52 % (n = 56). Из них 42 ребенка (39 %) – доношенные, 66 (61 %) – недоношенные дети. На естественном вскармливании находилось – 35 % детей (n = 38), на искусственном – 22 % (n = 24), на смешанном – 43 % (n = 46).

Городские жители преобладали над сельскими (67 и 33 % соответственно). Возраст матерей – от 17 до 38 лет, в 75 % случаев он составил от 19–25 лет. Первые роды отмечались у 41 % (n = 44), повторные у 59 % (n = 64). Отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза невынашивания, анемия, ОРВИ, кольпит) отмечался у 93 % матерей наблюдаемых детей. Оперативное

родоразрешение применялось у 48,1 % женщин (n = 52). Асфиксия в родах зафиксирована у 25 % (n = 27) детей. При обследовании детей использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Среди основных симптомов, выявленных у обследуемых детей, отмечались вегето-висцеральные нарушения (59 %), снижение двигательной активности и гипорефлексия (85 %), беспокойство (67 %), тревожный сон (68,5 %), увеличение темпов роста окружности головы (87 %). По данным нейросонографии (НСГ) у всех пациентов до начала лечения выявлены патологические изменения со стороны головного мозга (перивентрикулярный отек, расширение боковых желудочков и субарахноидальных пространств, перивентрикулярные кровоизлияния различной степени выраженности).

Все наблюдаемые дети были выделены в две равноценные, сопоставимые в клинико-анамнестическом плане группы:

I (контрольная) – 52 (48 %) ребенка, получали базовую терапию ППП ЦНС (сосудистые, ноотропные, дегидратационные медикаментозные препараты, витамины группы В, лечебный массаж с элементами лечебной физкультуры и лекарственный электрофорез спазмолитиков (0,5 % раствор эуфиллина, 0,5 % раствор папаверина) с расположением электродов поперечно на шейный отдел позвоночника и область рукоятки грудины);

II (основная) – 56 (52 %) человек, которым наряду со стандартным комплексом медикаментозного лечения, назначали транскраниальную магнитотерапию с последующим применением лекарственного электрофореза спазмолитиков.

Курс транскраниальной магнитотерапии проводили с помощью аппарата «АМО–АТОС» (регистрационное удостоверение Росздравнадзора РФ № ТУ 9444-050-26857421-2014, ООО «Трима», г. Саратов) с применением приставки «Оголовье» (регистрационное удостоверение Росздравнадзора РФ № РЗН 2015/3093), индуцирующего бегущее магнитное поле.

При 1-й процедуре – частота модуляции (ЧМ) 1 Гц, с последующим увеличением на 1 Гц до 10 Гц ежедневно, в импульсном режиме (магнитная индукция 15 мТл), от парных устанавливаемых битемпорально излучателей.

Время воздействия 5 мин при 1-й процедуре с постепенным увеличением времени воздействия на 1 до 10 мин ежедневно, курсом 10 процедур.

Результаты. В основной группе детей (получавших транскраниальную магнитотерапию БИМП с приставкой «Оголовье») отмечалась более выраженная положительная клиническая динамика проявлений гипертензионно-гидроцефального синдрома ($p < 0,05$). Уменьшение вегето-висцеральных нарушений выявлено у 53,6 % (n = 30) II группы в сравнении с 30,7 % (n = 16) КГ ($p < 0,05$). Улучшение поведения и сна отмечено у 62,5 и 67,8 % пациентов основной группы против 42,3 и 28,8 % группы контроля соответственно ($p < 0,05$). Нормализация темпов роста окружности головы наблюдалась у 80,3 % (n = 45) II группы при сравнении с 52 % (n = 27) I группы, что подтверждалось и результатами НСГ ($p < 0,05$). Отмечена хорошая переносимость процедур, отсутствие осложнений.

Выводы. Таким образом, предложенный способ лечения послествий перинатальных поражений ЦНС с использованием транскраниальной магнитотерапии БИМП с приставкой «Оголовье» в комплексной реабилитации детей первых месяцев жизни, позволяет значительно повысить эффективность лечения гипертензионно-гидроцефального синдрома.

СЛУЧАЙ ТОТАЛЬНОЙ АГЕНЕЗИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У НОВОРОЖДЁННОГО

М. В. Шлыкова, Е. Б. Мусатова, И. В. Юрьева

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом», г. Пенза

Врождённые пороки развития ЦНС у детей составляют около 30 % всех пороков у человека и в большинстве случаев обусловливают грубую задержку психомоторного развития. Клиническое выявление пороков развития головного мозга представляет значительные трудности и подчас невозможно.

Известна высокая информативность и доступность ультразвуковой диагностики данной патологии, а также использование в некоторых случаях МРТ и КТ для подтверждения и уточнения диагноза.

Агенезия мозолистого тела относится к редко встречающимся порокам развития головного мозга и формируется на 3,5–4 неделе эмбриогенеза. В 80 % случаев она сочетается с другими пороками и сопровождается грубой задержкой психомоторного развития, генерализованной гипотонией, судорогами. Однако возможна полная компенсация функций ЦНС, если порок является изолированным. При данном пороке полностью или частично отсутствует комиссуральная спайка головного мозга. Эхографический диагноз у новорождённого не представляет трудностей. При строго сагиттальном сканировании головного мозга мозолистое тело не обнаруживалось, отсутствовала также околомозолистая борозда. Обращает на себя внимание также аномальное расположение борозд и извилин на медиальной поверхности полушарий – веерообразное их расхождение, а также расширение желудочковой системы.

В нашем роддоме наблюдалась новорождённая А., родившаяся 02.03. 2017 г., от 3 беременности, 3 срочных родов в головном предлежании с массой 3800 г, ростом 55 см (32/33 см) с оценкой по Апгар 8/9 б. Из анамнеза: матери 29 лет, домохозяйка. 1 беременность закончилась в 2008 г. срочными родами, родился мальчик с массой 4200 г, ребёнок умер в возрасте 9 месяцев от менингококковой инфекции. Вторая беременность закончилась срочными родами в 2012 г. Масса ребёнка 4150 г, здоров. Данная беременность – третья, протекала с токсикозом лёгкой степени в 1 половине, угрозой прерывания в сроке 9–10 недель беременности, проводилась сохранная терапия. На учёте в женской консультации состоит с 7 недель беременности. Во второй половине беременности отмечалась анемия 2 степени (Нв – 95 г-л). В сроках

17–18 недель и 31 неделю беременности наблюдались отклонения в биохимическом скрининге. УЗИ плода проводилось в сроках 22–23 недели – в норме, в 28 недель отмечалось ВЗРП плода первой степени, в 33–34 недели – умеренное многоводие, конфликт с пуповиной. Кровь на ИППП отрицательная. Данный брак – второй, мужу 31 год, здоров. Мать страдает хроническим холециститом с 2015 г. Данные роды протекали без особенностей. Отмечалось дородовое излитие околоплодных вод. В периоде адаптации в роддоме обращало на себя внимание уменьшение в размерах окружности головы и нарушение соотношения окружности головы и груди (32–33 см), а также размеры большого родничка 0,5–0,5 см и плотные кости черепа. Соматический и неврологический статус у ребёнка – без особенностей (Активен, тонус мышц и рефлексы удовлетворительные). Находился на грудном вскармливании.

В роддоме ребёнку проведено обследование: гр. крови ребёнка АВ (4) резус-положительная, общий анализ крови: Нв – 230 г/л, Л – 25,8 тыс., Нт – 64 %, Эритроцитов – 6,2 млн, э-2, п-16, с-60, л-21, м-1. Общий анализ мочи: белок – 0,033 г-л., лейкоцитов -1-2, эпителий – 2–3 в п/зр. Мазок из глаза на микрофлору – отрицательный.

НСГ. Срединные структуры мозга не смещены. Эхогенность ткани несколько повышена. Сосудистые сплетения и стенки боковых желудочков уплотнены. Боковые желудочки расширены. Мозолистое тело не определяется, отсутствует околомозолистая борозда (рис. 1, 2).

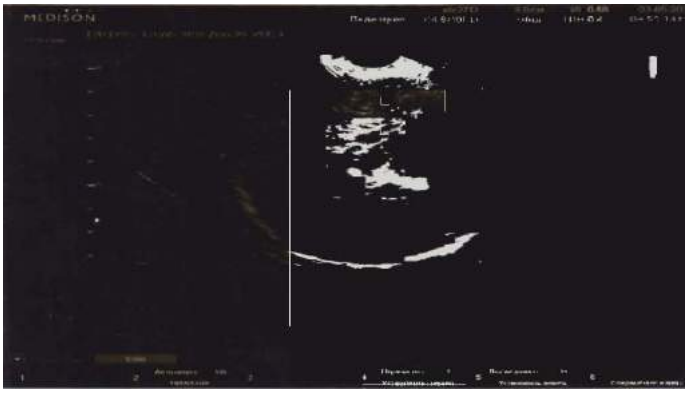


Рис. 1

Рис. 2

При фронтальном сканировании определяется высокое расположение третьего желудочка и отсутствие прозрачной перегородки. При допплерографии сосудов головного мозга определяется обратный кровоток в вене Галена.

Состояние ребёнка в периоде адаптации было удовлетворительным. На 5-е сутки жизни с массой 3720 г. переведён на П этап выхаживания.

На П этапе лечения в ОДБ проведена КТ, при которой выявленный порок развития был подтверждён. Проведена также консультация врача-генетика. После проведённого обследования ребёнок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра и узких специалистов: ЛОР, окулиста и невропатолога.

Описанный случай представляет клиническую значимость для врачей-педиатров, неонатологов, врачей ультразвуковой диагностики ввиду редкости данной патологии и необходимости улучшения и совершенствования диагностики пороков развития ЦНС у плода.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ С НОРМАЛИЗОВАННЫМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ КАТАХРОМОМ И ВИЗОМИТИНОМ

Н. Б. Шурупова[1], Д. В. Логунов[1], Е. А. Янова[1], О. В. Куликова[2], Е. Д. Никифоров[2], Н. П. Березина[2]

[1]ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
[2]ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница», г. Пенза

Стабилизация зрительных функций у больных глаукомой остается актуальной проблемой. В России глаукома стоит на первом месте по первичному выходу на инвалидность в нозологии офтальмологических заболеваний. Для сохранения зрения требуется не только снижение ВГД до уровня давления цели, но и регулирование сосудистых и метаболических факторов. При нормализованном ВГД и нестабилизированном течении заболевания, что наблюдается в 40–60 % случаев (В. В. Егоров и соавт., 2000; Chen T, 1997), лечение проводится в амбулаторных условиях и необходимы экономически доступные, легко применяемые препараты.

Цель: проанализировать стабилизацию процесса у больных глаукомой с нормализованным ВГД на фоне инстилляций глазных капель Катахром и Визомитин.

Материал и методы. В исследование были включены 117 пациентов с развитой и далеко зашедшей стадиями открытоугольной глаукомы с нормализованным операцией внутриглазным давлением без гипотензивных препаратов. Возраст пациентов находился в пределах от 58 до 76 лет. Мужчин было 57, женщин – 60 человек. Они были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту и полу. В первую группу отнесены 44 больных (44 глаза) со II (26 глаз) и III (18 глаз) стадией глаукомы, получавшие в оперированный глаз

инстилляции: катахром по 1 капле 3 раза в день и через 15 мин Визомитин по 1 капле 3 раза в день ежедневно. Вторую группу составили 37 больных (37 глаз, в том числе со II стадией глаукомы – 23 глаза, с III – 14 глаз), инстиллировавшие в оперированный глаз Катахром по 1 капле 3 раза в день. Третья группа (36 пациентов, 36 глаз, в том числе со II стадией глаукомы – 23 глаза, с III – 13 глаз) получала в оперированный глаз Визомитин по 1 капле 3 раза в день. Средний офтальмотонус больных (P_{t10}) составил в I группе 18,6±1,5 мм рт. ст., во II группе – 19,0±1,3 мм рт. ст. и в III группе 18,8 ± 1,3 мм рт. ст. Стабилизация глаукомного процесса оценивалась по полю зрения и состоянию глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва. Продолжительность наблюдения составила два года. Критерием исключения служили рецидивы повышения офтальмотонуса. Критериями стабилизации служили сохранность поля зрения и состояния диска зрительного нерва. В исследованиях использованы приборы: 1) PTS 1000 OPTOPOL (Польша) для оценки поля зрения с выделением паттерна стандартной девиации (PSD) и кривой Бебье; 2) центральная часть линзы Гольдмана для описания состояния диска зрительного нерва.

Результаты и обсуждение. В течение двухлетнего применения Катахрома и Вихомитина ни в одном случае не отмечалось побочных действий либо непереностимости препаратов. У больных первой группы, использующих в лечении инстилляции Катахрома и Визомитина, в течение 2 лет стабилизация глаукомного процесса достигнута на 35 глазах из 44 (79,55 %), из них со II стадией заболевания – на 22 глазах из 26 (84,62 %), с III стадией – на 13 глазах из 18 (72,22 %). Вторая группа больных имела более низкие результаты: стабилизация отмечалась на 27 глазах из 37 (72,97 %), в тм числе у больных со II стадией глаукомы – на 18 глазах из 23 (78,26 %), с III стадией – на 9 глазах из 14 (64,29 %). Данные третьей группы больных оказались самыми низкими: отсутствие отрицательной динамики заболевания отмечено на 23 глазах из 36 (63,89 %), в том числе у больных со II стадией заболевания на 15 глазах из 23 (65,22 %) и у больных с III стадией – на 8 глазах из 13 (61,54 %).

Данные результаты показывают, что сочетание инстилляций Катахрома и Визомитина оказывает более выраженный эффект по стабилизации процесса, чем применение каждого препарата отдельно. В состав Катахрома входят лекарственные вещества: цитохром С, аденозин, никотинамид. Цитохром С оказывает антиоксидантное и антигипоксическое действие. Аденозин обладает сосудорасширяющим действием, повышает глазное кровообращение, активирует обмен и продукцию внутриглазной жидкости, уменьшает выраженность воспаления в тканях. Никотинамид регулирует окислительно-восстановительные реакции, что обеспечивает регулирование обменных процессов в организме. Визомитин проявляет митохондриальную антиоксидантную активность, защищая клетки от феноптоза. Таким образом, сочетание Катахрома и Визомитина предупреждает повреждение свободными радикалами как клеточных мембран, так и мембран митохондрий и способствует продлению

функционирования клеток. Клинически это подтверждается большим количеством пациентов с сохранением поля зрения в первой группе. Немаловажным моментом у больных глаукомой является предупреждение оксидативного стресса в митохондриях ганглиозных клеток сетчатки. Гибель ганглиозных клеток сетчатки начинается с энергетической слабости митохондрий вследствие оксидативного стресса. У больных второй группы, получавших только Визомитин, результаты стабилизации глаукомного процесса встречались чаще, чем у больных третьей группы, применявших инстилляции Катахрома. Назначение Катахрома и Визомитина представляется целесообразным через месяц после антиглаукоматозной операции при нормализованном ВГД. Послеоперационный воспалительный процесс к этому моменту купируется, а для улучшения состояния ганглиозных клеток сетчатки, находящихся в состоянии парабиоза катахром и визомитин становятся активной поддержкой.

Выводы.

У больных глаукомой с нормализованным операцией ВГД стабилизация заболевания выше на фоне совместных инстилляций Визомитина и Катахрома (в 79,55 % случаев), чем при использовании каждого препарата отдельно, причем инстилляции Визомитина способствовали стабилизации глаукомного процесса при нормализованном ВГД в большем количестве случаев (в 72,97 %), чем инстилляции Катахрома (в 63,89 %), а различия между группами наиболее значимы у больных со II стадией глаукомы.

КИСТЕВАЯ АРТРОСКОПИЯ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРАКТИКЕ

М. А. Щербаков

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Проблема диагностики и лечения пациентов с травмами и заболеваниями кистевого сустава до настоящего времени остается актуальной, а порой и трудно решаемой. Это обусловлено особенностями и сложностью строения, а также крайне важной функциональной значимостью кистевого сустава.

До последнего времени в нашем арсенале диагностики и лечения имелись: обследование, рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, консервативное лечение: ФТЛ, ЛФК, «блокады», НПВС, оперативное лечение: как правило, открытые операции на кистевом суставе. Одним из последних методов диагностики и лечения патологии лучезапястного сустава является артроскопия.

Цель: определить возможность применения артроскопии при диагностике и лечении пациентов с травмами и заболеваниями кистевого сустава на базе травматологического центра ГБУЗ КБ № 6 имени Г. А. Захарьина г. Пензы.

Материалы и методы. С 2015 г. на базе травматологического отделения № 2 нашей больницы стали применять кистевую артроскопию. За это время прооперировали 22 пациента с патологией кистевого сустава – 5 пациентов с ладьевидно-полулунной (SL) нестабильностью, 1 – с ложным суставом ладьевидной кости, 4 – с оскольчатыми внутрисуставными переломами дистального конца лучевой кости, 2 – с импиджмент синдромом головки локтевой кости и полулунной кости. 8 – с гигромами кистевого сустава, 2 – с импиджмент синдромом шиловидного отростка лучевой кости и ладьевидной кости. Всем пациентам артроскопию выполняли под ЭТН. У пациентов с импиджмент синдромами, гигромами артроскопию выполнили с диагностической и лечебной целью. У оставшихся пациентов артроскопию выполнили с диагностической и вспомогательной целями.

Результаты: в группе пациентов с импиджмент синдромами выполняли резекцию головки локтевой кости и шиловидного отростка лучевой кости, в результате которой купировали болевой синдром и восстановили функцию кисти. У пациентов с гигромами выполнили тыльную синов и капсулэктомию в месте формирования гигромы. У одного пациента возник рецидив гигромы через 7 месяцев после операции. У пациентов с SL-нестабильностью при выполнении артроскопии выявляли повреждение ладьевидно-полулунной связки и вторым этапом формировали ее из сухожилия лучевого сгибателя запястья. У пациентов с переломами дистального конца лучевой кости артроскопию выполняли на этапе остеосинтеза отломков с целью контроля и репозиции внутрисуставных фрагментов. У пациента с ложным суставом ладьевидной кости выполнили попытку резекции ложного сустава с артроскопическим контролем, но из-за технических сложностей вынуждены были перейти к традиционной костной аутопластике ложного сустава.

Выводы. 1. Применение кистевой артроскопии позволяет выполнять ряд вмешательств малотравматично. 2. В ряде случаев позволяет выполнить точную диагностику и быть информативным вспомогательным инструментом в контроле результатов остеосинтеза.

ПОГРУЖНОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ – ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

М. А. Щербаков, А. Б. Степенко, А. Ю. Денисов, С. Н. Рытьков, А. В. Рублев, В. А. Кокарев

ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Перелом дистального отдела лучевой кости – наиболее часто встречающийся перелом костей верхней конечности. Среди многообразия переломов данной локализации наиболее сложными для лечения являются оскольчатые и внутрисуставные повреждения (тип А3, В и С по классификации АО).

До 2015 г. в учреждении основными способами лечения пациентов с данной патологией были закрытая репозиция отломков с гипсовой иммобилизацией, внеочаговый остеосинтез и спицевой остеосинтез с внешней гипсовой иммобилизацией. В отдаленной периоде наблюдения при применении традиционных методик у 15–25 % пациентов выявили осложнения: контрактуры, деформации, нейродистрофические синдромы. Кроме этого лечение проводилось с длительной нетрудоспособностью и бытовой адаптацией из-за наличия гипсовой иммобилизации или аппарата внешней фиксации.

Цель: показать преимущества погружного остеосинтеза дистального отдела лучевой кости при оскольчатых и внутрисуставных переломах данной локализации.

Материалы и методы: за период с 2015 г. на базе травматологического центра ГБУЗ КБ № 6 имени Г. А. Захарьина, г. Пенза оперировали 165 пациентов с повреждениями дистального отдела лучевой кости типа А3, В, С. Всем пациентам выполнили открытую репозицию и внутреннюю фиксацию лучевой кости ладонными пластинами различных производителей – ЛТМ (Рыбинск), DePuy, Synthes, KLS Martin group. Операции выполняли с использованием С-дуги под проводниковой анестезией плечевого сплетения или эндотрахеального наркоза из ладонного доступа.

Результаты: у всех пациентов получили сращение отломков. Гипсовая иммобилизация применялась у всех пациентов. Срок иммобилизации от 5 до 14 дней и зависел от вида импланта. Пациентам, которым выполнили остеосинтез пластинами DePuy, Synthes, KLS Martin group, иммобилизация продолжалась 5–7 дней. Пластинами ЛТМ (Рыбинск) иммобилизация длилась 10–14 дней. Во всех случаях к моменту консолидации отломков пациенты адаптированы в быту, могли осуществлять действия оперированными конечностями связанные с бытовыми нуждами, что существенно повышало качество жизни в послеоперационном периоде. Осложнения возникли у четырех пациентов – виде нейродистрофического синдрома, у двух – контрактура кистевого сустава, что привело к удлинению сроков лечения.

Выводы.

Использование погружного остеосинтеза в лечении пациентов с переломами дистального отдела лучевой кости позволяет уменьшить количество осложнений лечения пациентов с данной патологией, сократить срок иммобилизации и, как следствие, улучшить качество жизни в более ранние сроки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ CELLSAVER ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ, ВЫЗВАННОЙ РАЗРЫВОМ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

А. А. Юцмюц, Д. Е. Быстров, Е. А. Трифонова, М. В. Юматов

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Массивная кровопотеря и сопутствующая ей высокая летальность остаётся актуальной проблемой в экстренной хирургии. Одним из путей её разрешения является внедрение кровосберегающих технологий.

На базе ГБУЗ ОКБ им. Бурденко внедрена методика аутологической крови с помощью Cell Saver 5+ компании Haemonetics (CS 5+). В этой системе используются новейшие микропроцессорные технологии и обеспечиваются высокий уровень автоматизации при сборе и обработки аутологической крови.

Основой методикой является сбор и обработка потерянной крови для получения эритроцитов и освобождённых от стромы клеток тромбоцитов, активированных факторов свёртывания крови и внеклеточного калия.

К преимуществам методики относятся: возможность быстрого возврата эритроцитарной массы, снижение чистой потери крови, удаление разрушенных клеток и свободного гемоглобина, а также отсутствие риска передачи заболеваний передающих парентеральным путем. Теряемая во время операции кровь собирается аспиратором, затем смешивается с антикоагулянтом и поступает в резервуар, где отфильтровывается мелкий тканевой детрит, сгустки крови. Затем из резервуара попадает во вращающийся колокол центрифуги, где эритроциты отсепаровываются, а плазма выносится из колокола вместе со свободным гемоглобином и активированными факторами свертывания крови, после достижения гематокрита крови в колоколе 55 % туда начинает поступать физиологический раствор промывающий эритроциты. После окончания промывки концентрированная взвесь эритроцитов в физ. растворе поступает в мешок реинфузии.

Время одного цикла сбора крови составляет около 3 мин. В 225 мл получаемой взвеси содержит 137 мл чистых эритроцитов.

В нашем лечебном учреждении все анестезиологи, оказывающие экстренную помощь, прошли обучение данной методике кровосбережения.

Эффективность методики мы хотели бы продемонстрировать на примере клинического случая.

Мужчина (78 лет) поступил в отделение сосудистой хирургии с диагнозом: разрыв брюшного отдела аорты. Время от начала клинических проявлений заболеваний около 4 ч, объективно состояние больного крайне тяжелое. Интенсивная боль в области живота и спины, холодный пот, «мраморность»

кожных покровов, АД 100–110/50 мм рт. ст., ЧСС 125–130 в 1 мин, частые желудочковые экстрасистолы, ЧД 24–26 в 1 мин.

По анализам крови метаболический ацидоз, умеренная анемия, гемоглобин 100 г/л.

После проведения компьютерной томографии брюшной полости и верификации диагноза, пациент в экстренном порядке доставлен в операционную для проведения операции.

В операционной пациенту освоено две центральных вены, установлен датчик измерения прямого инвазивного давления в лучевую артерию справа. Индукция: кетамин 1,5 мг/кг, фентанил 2 мкг/кг, после преоксигенаци 100 % O_2 введение листенона 2 мг/кг, выполнение интубации трахеи, больной переведен на ИВЛ, аппаратом DREGER FABIUS. На поддержании анестезии – кетамин 1,5 мг/кг/ч, миоплегия ардуаном.

При лапаротомии обнаружены аневризма брюшного отдела аорты, с разрывом и массивная забрюшинная гематома.

Хирургическое выделение аорты сопровождалось техническими сложностями вследствие кальциноза выше аневризмы и повлекло за собой массивную кровопотерю. Выполнена операция протезирования аорты. Общий объем кровопотери составил около 4,5 л. Проведена интенсивная терапия: кристаллоиды – 3,5 л, гелофузин – 2,5 л, СЗП – 2,100 мл, эритроцитарная масса – 2 л.

Аутогемотрансфузия составила – 3,8 л в режиме непрерывной отмывки эритроцитов. Динамика гемоглобина крови интраоперационно: максимальное снижение гемоглобина достигало 55 г/л, с последующим его повышением к концу операции до 93 г/л.

Хочется отметить стабильность гемодинамики на всех этапах операции. Максимальное снижение артериального давления на высоте кровопотери до 90/60 мм. рт. ст., последующая ее стабилизация на цифрах 120/130 мм рт. ст.

Диурез составил 1,5 мл/кг/ч. После окончания операции дальнейшее лечение проходило в ОРИТ. В послеоперационном периоде отмечалась стабильная гемодинамика, регресс гипоциркуляции, снижение лактата крови с 6 до 1,5 мммоль/л. Через 6 часов после операции произведена экстубация трахеи при стабильных показателях газа в крови. На 3 сутки пациент переведен в общее отделение.

Таким образом, применение аппарата Cell Saver 5+ оказало неоценимую услугу в спасении данного пациента.

В настоящее время все анестезиологи, оказывающие экстренную помощь, овладели данной методикой кровосбережения и широко применяют ее в рутинной практике.

СОДЕРЖАНИЕ

Д. В. Агафонов ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВРЕМЕННОГО МЕДИАЛЬНОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 3

Н. И. Алешина, И. И. Кухтевич, О. А. Левашова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ 5

А. З. Альмяшев, Р. А. Альмяшева МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ 8

Амри Мохамед Салах, Е. Г. Зиновьева ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ И ПРОПАНОРМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕЩИН С ПАРОКСИЗМАМИ ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ 8

Н. В. Антропова, О. П. Миханова ФАКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ 11

А. В. Аракчеев, Т. В. Чернова, М. Ф. Купцова, В. Г. Васильков, А. А. Гришин ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ 13

А. Н. Астафьева, В. И. Струков, Г. В. Долгушкина, Р. Т. Галеева, Н. А. Милованова, В. С. Либерова, М. А. Скитович, В. А. Яшина, Л. Р. Искандярова, Н. В. Бодрягина, К. В. Алексевнина, А. А. Колкина ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 15

Н. Н. Ашанина, А. А. Железова ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 16

Н. Н. Ашанина, Л. С. Фролова СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ в 2016 г. 18

Л. А. Балабанова, А. А. Имамов, С. К. Камаев ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 20

И. В. Балакина, Е. А. Ксенофонтова УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА 22

Г. А. Баранова, Я. И. Белякова ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 23

И. П. Баранова, О. А. Коннова, О. Н. Лесина, М. В. Никольская, О. А. Зыкова, Ж. Н. Карнеева, Л. И. Краснова НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ 25

И. П. Баранова, И. А. Малова ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРИППА И ОРВИ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФГБУЗ МСЧ 59 ФМБА РОССИИ г. ЗАРЕЧНЫЙ 27

Н. И. Баранова, Л. А. Ащина, Н. Ю. Алексеева ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ФУРУНКУЛЕЗОМ 28

Н. И. Баранова, Л. А. Ащина, О. А. Левашова ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ мРНК IFN-γ И TGF-β У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ 30

А. А. Баулин, В. А. Баулин, О. А. Баулина, В. А. Стародубцев ОТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ 31

А. А. Баулин, Ю. Н. Беляков, В. А. Баулин, О. А. Баулина, Ф. Э. Нозиров ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА Н. А. БАУЛИНА) 33

А. А. Баулин, В. А. Николашин, Н. В. Баулина, С. С. Беребицкий, Е. А. Баулина, Г. В. Шевченко, О. А. Николашин, А. Н. Терентьев, В. П. Ерюшкин РАЗВИТИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 36

Н. В. Баулина, Г. В. Шевченко, А. А. Баулин ПЕРИТОНИТ – ЭТО ОСОБАЯ ГНОЙНАЯ РАНА, ПОЭТОМУ ТРЕБУЮТСЯ ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ 38

В. А. Бегунов, М. Ф. Купцова, А. В. Аракчеев ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА 40

Ю. Н. Беккер, А. Н. Митрошин, В. С. Миронов, К. Ю. Олейниченко ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ДИНАМИЧЕСКОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА ПРИ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИИ 41

А. Н. Беляев, А. Н. Родин, А. Н. Захватов, Е. И. Шибанова КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА 43

М. В. Беляев, Т. В. Беляева, Н. В. Мысяков, В. Б. Мысяков ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН МЕТОДОМ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ 45

Е. Ю. Биденко ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 47

Р. Р. Богданов, А. Ф. Нуриманшин, А. А. Хусаенова, П. М. Староконь РЕГИОНАРНАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 49

Р. Р. Богданов, А. А. Хусаенова, П. М. Староконь ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АНЕСТЕЗИИ, ОПЕРИРОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 50

Н. И. Богомолов, П. П. Пахольчук, Т. В. Каюкова, Н. Н. Томских, С. Н. Сергеев РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 52

Н. И. Богомолов, П. П. Пахольчук, С. Н. Сергеев ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ 54

Н. И. Богомолов, П. П. Пахольчук, В. Ю. Соловьёв, Н. Н. Томских, М. А. Гончарова, Ю. Ю. Ленская, А. С. Голякова НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В ПРАКТИКЕ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 56

Н. И. Богомолов, Е. Б. Порушничак ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОЛОВНОГО ЛПУ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 58

Н. И. Богомолов, Н. Н. Томских ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ 59

Н. И. Богомолов, Н. Н. Томских ОХРАНОСПОСОБНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА 61

В. И. Бондарчук ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА 63

В. И. Бондарчук ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА СВЕТЕРМОПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ МЕЖРЕБЕРНОЙ НЕВРАЛГИЕЙ 65

Н. А. Борисова, В. Э. Олейников ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ 24-НЕДЕЛЬНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 67

И. В. Братищев, Е. А. Евдокимов, Е. П. Родионов, С. В. Выжевский РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 69

С. Е. Бунтин, В. А. Максимов, Р. М. Филимонов, В. Г. Бунтина КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ АЭС ЖКТ и СО НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ БИЛИАРНОГО ТРАКТА И ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА 70

В. Д. Вартик ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДАМИ ТРАДИЦИОННОЙ АКУПУНКТУРЫ 75

С. Н. Васемазов, Е. Н. Васемазова КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ 78

Е. В. Васильев ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ 80

С. А. Васильев ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА 82

Э. Н. Васильева, А. Г. Гунин, Т. Г. Денисова, Л. И. Герасимова, Т. Н. Сидорова СОДЕРЖАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ К ВИТАМИНУ D В МИОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 85

В. Г. Васильков, А. И. Сафронов МЕДИЦИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: ИНТЕНСИВНАЯ ДИАГНОСТИКА 87

Л. Н. Вахрушева, В. Н. Никонорова «ОСТЕОМЕД ФОРТЕ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 92

О. П. Виноградова, Р. С. Синюта, Д. А. Тимаков, Н. А. Андреева ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРОБЛЕМА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ 95

Е. В. Волкова, Ю. А. Уткин, С. В. Адмаева, А. К. Амплеев ВРАЧИ ПСИХИАТРЫ-НАРКОЛОГИ – ГРУППА РИСКА ПО ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ 97

Р. Т. Галеева, Н. Ю. Алексеева, А. С. Купрюшин, Г. В. Долгушкина, А. Н. Астафьева, М. Н. Максимова КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА 99

Н. И. Галик, П. М. Староконь ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВЕЗАМЕЩАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945) 105

А. С. Герасимова, Г. Н. Тарасеева, Е. А. Демчук, Л. А. Яшкина, В. Э. Олейников АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПУЛЬМОНОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА..... 107

М. Н. Гербель, О. К. Смирнова, М. С. Баженов БОЛЕЗНЬ КРОНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА 109

В. О. Гринкевич, Б. Л. Косов, Е. А. Суханова, Н. С. Трунина, М. В. Юматов, Е. С. Ракушин ПАТТЕРН ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОДН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В 2014–2015 гг..... 110

М. С. Денисов, Л. И. Герасимова, Т. Г. Денисова РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 113

Г. В. Долгушкина, К. С. Фелеева, В. И. Струков, И. В. Бакулина, А. В. Гринкевич ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 114

Г. В. Долгушкина, Р. Т. Галеева, А. Н. Астафьева, О. А. Понятова, Л. Р. Искандярова, С. В. Заикина СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ..... 116

В. В. Дубровская АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ..... 119

В. В. Дубровская АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ 121

Е. С. Дудина, В. И. Неплюхина, Г. А. Постникова ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 123

Н. Е. Дятлов, Салах Амри Мохамед ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И УЧАЩЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА 124

Н. Е. Дятлов ПУСКОВЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМНОЙ И БЕССИМПТОМНОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ..... 126

Е. А. Евдокимов, В. В. Валетова, В. Б. Хватов КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА 127

С. В. Евстигнеев, А. В. Никишин, В. В. Васильев ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА 130

С. В. Евстифеев, М. Т. Кулаев, П. И. Скопин, И. А. Евстифеева ФОТОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОЖНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 132

С. В. Евстифеев, М. Т. Кулаев, А. З. Альмяшев, И. В. Бегоулов ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОЖНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 134

Н. Г. Емелина, В. Н. Маринчев СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПУТЕМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА БЕДРЕ 136

В. С. Еремин, С. А. Устинов ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЫХ ОБЪЕМОВ ТЕТРАСПАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ 139

В. В. Ерохин, А. А. Стремоухов «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ I И II СТАДИЙ 141

А. А. Железова, Н. А. Андреева СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 143

В. С. Животощук, О. К. Командирова, Ю. П. Матонин БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ 145

Н. И. Жигалова, К. А. Саркисов МЕДИЦИНСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ 147

Е. Б. Жувикова, Е. В. Агафонова, Л. Н. Саксонова ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 149

А. Н. Захватов, Н. А. Аткина ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНОВИОЦИТОГРАММЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА 150

Д. Ю. Зиновьев, Ю. А. Атмашкина, М. В. Никитина ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ УСЛУГИ КЛИНИНГА В РАБОТЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 153

Д. Ю. Зиновьев, Л. А. Бондаренко, Т. П. Кострикова, Ю. В. Паршина, Н. А. Тимофеева СТРУКТУРА ИНФАРКТА МИОКАРДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 154

Д. Ю. Зиновьев, Ю. Е. Смолькова, Н. А. Тимофеева ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И УРОВНЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ «СИСТЕМА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА «МИКРОБ-2» 156

Е. Г. Зиновьева, Ф. К. Рахматуллов ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 158

И. В. Зотов, Р. И. Кувакова АНАЛИЗ ОТРАВЛЕНИЙ СИНТЕТИЧЕСКИМИ НАРКОТИКАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 6 им. Г. А. ЗАХАРЬИНА в 2014–2016 гг. 160

Т. А. Зубкова, Л. Ф. Бартош, И. С. Бартош, Е. С. Панина СТРУКТУРА, ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДНЕВНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ 161

А. В. Зуева ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЦП 163

О. А. Зыкова, Ф. Ш. Еникеева, И. П. Баранова, Н. В. Свистунова, Д. Ю. Курмаева, Е. А. Захарова КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА СЕЗОНА 2016/17 гг. 165

А. Л. Иванов РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВСЕАРМЕЙСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА 167

А. Л. Иванов НОВЕЙШИЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ 25-го КАДРА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ 170

А. Л. Иванов ОПЫТ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ 173

А. Л. Иванов СОЗДАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ И ПСИХОЛОГОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ» 175

А. С. Ивачев, М. М. Береншитейн, Н. А. Ивачева ТРИДЦАТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 179

А. С. Ивачев, В. А. Петров, Е. А. Квасов ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 181

Е. А. Ивачев ГИПОТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ДРЕНАЖА «КСЕНОПЛАСТ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ 183

Д. С. Ирышков ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ 185

Е. С. Исаева БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 186

Ж. Н. Карнеева, И. П. Баранова, Е. Г. Волик, О. А. Филатова ЛИСТЕРИОЗ 189

С. А. Карпицкая АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ И СТАБИЛОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 191

Н. А. Карпун, Н. И. Чаус, Д. Г. Макаревич, В. Н. Лыхин, В. С. Соловьев, Е. А. Евдокимов ИЛИОФАСЦИАЛЬНАЯ БЛОКАДА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 193

Н. С. Карташева, С. Л. Тузов, Л. А. Мусатова, А. В. Котовский, Н. Д Макарова, С. В. Заикина, Т. В. Фролкова СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ 194

С. Е. Каторкин, А. К. Повелихин МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 197

Н. Ю. Келина, В. Г. Васильков К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ ИМУННО-БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 199

К. С. Коковихина, С. А. Воронцова НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ 203

О. П. Колина, А. В. Гришин, Е. В. Петров ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ 204

А. М. Колчин ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 206

В. Т. Комаров, С. С. Фадеева, Л. И. Салямова, В. Э. Олейников ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 208

К. А. Корейба, Е. А. Корейба, Л. А. Яковлева, А. И. Рафикова МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ». ВОЗМОЖНОСТИ И ОЖИДАНИЯ 210

К. А. Корейба РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА 211

К. А. Корейба, Е. А. Корейба, А. И. Рафикова, Л. А. Яковлева СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА 212

С. Н. Косарев, С. С. Косарев, Н. С. Косарев, Е. А. Янова ДВУСЛОЙНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ С ВОРСИНЧАТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ДЛЯ СКЛЕРОПЛАСТИКИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 215

О. Ю. Костромина, О. В. Мельникова, С. Б. Рыбалкин МЕТАБОЛИЗМ КАЛЬЦИЯ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ 217

А. Ю. Котов, М. Е. Котова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КМВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 219

А. В. Котовский, С. Л. Тузов, Н. С. Карташева, Л. А. Мусатова ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ (ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ) 221

Д. В. Кременицкий, К. В. Мельников ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ 225

Е. П. Кривощеков, Е. Б. Ельшин ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 227

Е. П. Кривощеков, А. В. Казанцев ВЛИЯНИЕ ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 229

Р. П. Крымская, Н. К. Починина, Н. В. Прибыткова, Н. А. Сержантова, Е. С. Сержантова, М. Н. Зигунова К ВОПРОСУ О ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 231

Р. И. Кувакова, Г. В. Пугачев, И. В. Пугачева, О. Е. Пескова ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПАРАЦЕТАМОЛОМ 234

С. Л. Кузнецов, Р. С. Галеев , Т. Р. Галеев РЕЗУЛЬТАТЫ РЕФРАКЦИОННОЙ ЗАМЕНЫ ХРУСТАЛИКА ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ОБЪЕМОЗАМЕЩАЮЩИМИ ИОЛ 236

С. Л. Кузнецов, Е. Е. Бражалович, П. Ю. Татарченко К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПАНФИЛОВА. ЖИЗНЕННЫЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПУТЬ 238

О. Ю. Кузнецова, О. В. Нестеров, Л. Н. Максимовская ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, БОЛЕЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 240

М. Ф. Купцова, А. В. Аракчеев СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 241

М. Ф. Купцова, И. С. Попова, Т. В. Чернова, А. Ф. Соколов, А. В. Аракчеев АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЗА 20 ЛЕТ 251

М. Ф. Купцова, В. Г. Васильков, И. С. Попова, М. В. Прохорова, А. А. Шольчева НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 253

М. Ф. Купцова, С. П. Гатина, Т. В. Чернова, А. В. Аракчеев ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ 258

Л. В. Курашвили, А. Н. Лавров ЭЛЕКТРОЛИТЫ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН НА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ШКОЛЬНОГО КОНТИНГЕНТА ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА 264

М. Ю. Кушнарчук, А. А. Жуков ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 267

О. Н. Лесина, И. П. Баранова, О. А. Коннова, О. А. Зыкова, Ж. Н. Карнеева, М. В. Никольская ОБУЧАЮЩИЙ МОДУЛЬ (НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ): «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЭКЗАНТЕМ» 269

Т. В. Лохина, Н. В. Беренштейн, Л. В. Казанцева, М. Г. Иванчукова, О. П. Руденко, А. Г. Кирасирова, М. Н. Балашова ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 271

Т. В. Лохина, Н. В. Беренштейн, Л. В. Казанцева, М. Г. Иванчукова, О. П. Руденко, А. Г. Кирасирова, М. Н. Балашова ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 273

Е. В. Мазурова, В. В. Васильев ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 274

И. Б. Максимов, Н. И. Галик, П. М. Староконь РОЛЬ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ПО ХИРУРГИИ 276

М. Н. Максимова, В. И. Струков, Л. Г. Радченко, Н. В. Агеева, О. А. Жеворченкова, А. Е. Сосновский, О. И. Симонова, И. А. Агапова, И. В. Калиберда, В. С. Перестань РЕДКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ВОЛЬМАНА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У РЕБЕНКА 3-х МЕСЯЦЕВ 278

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, Д. Г. Колчин, А. Г. Семенов ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРИТЕЛЬ-ОГРАНИЧИТЕЛЬ 282

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов КЛИНИКО-МОРФОЛОГО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ И РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ 284

В. Л. Мартынов, А. А. Чесноков, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина НОВАЯ БАНОЧНАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ АВИТАМИНОЗА «С» 286

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ 289

В. Л. Мартынов, А. А. Тулупов, А. Г. Семенов, Н. В. Казарина РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ 291

Э. В. Матиева, В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, З. В. Тотиков ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ 293

О. В. Мельникова, О. Ю. Костромина, Д. Ю. Курмаева ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПИЩЕВЫМИ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯМИ В ПЕНЗЕ И ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 295

А. В. Миронов, И. И. Хальметов, К. Ю. Олейниченко, В. С. Миронов ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ № 1 ГБУЗ КБ № 6 298

Е. И. Миронова, А. П. Сайфуллин СКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ И ПОПЫТКИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ 301

А. Н. Митрошин, А. С. Кибиткин, А. К. Абдуллаев ПРИМЕНЕНИЕ «МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА» ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОВРЕЖДЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) 303

А. Н. Митрошин, А. С. Кибиткин, М. А. Ксенофонтов ПАРА ТРЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ИЗ ПИРОУГЛЕРОДА 306

А. Н. Митрошин, Д. В. Смоленцев, Д. А. Космынин ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ОБРАБОТАННЫХ ЛИНЕЙНО-ЦЕПОЧЕЧНЫМ УГЛЕРОДОМ 308

Б. А. Молотилов ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 310

А. В. Мочалова, В. И. Лимонова, Г. А. Постникова ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 312

Р. М. Назаров, С. Е. Каторкин, С. А. Быстров, Е. В. Шестаков, П. М. Зельтер СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО 3-D МОДЕЛИРОВАНИЯ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 314

М. В. Насыров, С. Е. Каторкин, М. А. Мельников ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 315

А. В. Никишин, С. В. Евстигнеев, В. В. Васильев ОЦЕНКА МНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 318

В. М. Николаев, Ю. Б. Баженова, В. В. Орлов ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ПСИХИАТРИИ..... 320

В. И. Никольский, С. Н. Логинов, Е. В. Титова, С. В. Фролов ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНЫХ ПЛАСТИН ДЛЯ ПЛАСТИКИ БУЛЛЁЗНО-ИЗМЕНЕННОГО УЧАСТКА ЛЁГКОГО 324

В. И. Никольский, Е. В. Титова, Я. Е. Феоктистов ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ..... 326

Е. М. Новиков, Е. С. Соболев, А. Н. Булатников ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ..... 327

Е. А. Олюшина, О. А. Санникова, А. С. Киселева СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА..... 329

Е. В. Орешников, Э. Н. Васильева, Т. Г. Денисова, Т. С. Лялина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ..... 331

Д. В. Осинькин, В. Н. Маринчев, В. Г. Васильков ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ..... 333

К. О. Осипов, А. И. Сафронов ТЕРМОЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОХЛАЖДЕНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ 335

Е. В. Осипова, Л. В. Мельникова, Л. В. Куршева ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... 336

А. П. Панифёдова, В. В. Марков СТЯГИВАЮЩИЕ ПАЛЬЦЫ И ЛАДОНЬ РУБЦЫ ИЛИ КОНТРАКТУРА ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА (КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА) – ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ 338

О. Е. Пескова, И. В. Пугачева, Р. И. Кувакова АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОМ ЗМЕЙ И ПАУКОВ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ 339

Е. В. Петрова, Е. В. Хрусталева, О. А. Петров КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ МУЖСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ..... 340

Е. В. Петрова, Е. А. Абрамичева, М. Г. Сарайкина, И. В. Рыжова, Е. В. Хрусталева КЛИНИКО-ФОРМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНЫХ ДИСГАРМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ 342

И. С. Попова, М. Ф. Купцова, В. Г. Васильков, А. В. Аракчеев, А. В. Бикташева ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО, БЕЛКОВОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 343

В. А. Потапов, Е. П. Кохан, О. Н. Асанов РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ VAC-ТЕРАПИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ МЕДИАСТИНИТОМ 346

П. А. Прокаева, Е. В. Токарева, О. Л. Фурман, М. Н. Коньшина ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ Д-ДИМЕРА В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 348

А. В. Пугаев , М. Г. Негребов, М. Р. Ба, Л. В. Александров, А. А. Орлов, С. А. Кимпаев, О. А. Калачев, С. В. Калачев ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 354

Г. В. Пугачев, И. В. Пугачева, В. А. Бегунов, Н. Н. Васина АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАНОЛОМ В ОТДЕЛЕНИИ ТОКСИКОЛОГИИ за 2010–2016 гг. 355

И. В. Пугачева, Р. И. Кувакова, Г. В. Пугачев АНАЛИЗ СЛУЧАЯ МАССОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ в 2016 г. 357

Н. А. Пьянов, А. А. Баулин, А. В. Песков, П. П. Мусатов ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ МЕТАЛЛОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ, МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ 359

Л. Г. Радченко, М. Н. Максимова, И. А. Прокофьев, Г. П. Дерябина, Л. В. Камардина, О. А. Филатова, Е. Г. Волик КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАХИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 361

В. А. Раскачкин, С. В. Бичинов, В. А. Вохмянин, А. А. Новичков ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ДРУГИМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ 365

Р. Ф. Рахматуллов, А. Ф. Рахматуллов ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ 367

А. Ф. Рахматуллов, Р. Ф. Рахматуллов ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ 369

А. Н. Родин СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПРЕПАРАТОВ С АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ИХ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 371

А. Н. Родин КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 373

А. Н. Родин, А. Н. Беляев ВЫБОР РЕГИОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 374

М. Д. Романов, Е. М. Киреева, С. А. Сыркин, А. В. Пигачев АНЕВРИЗМЫ НИСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ 376

А. П. Сайфуллин, В. С. Захаров ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ 378

А. В. Салаев, В. А. Моисеенко, А. И. Кислов, А. В. Гатин ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ВИНТА ШАНЦА ПРИ ВНЕОЧАГОВОМ ЧРЕСКОСТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ 380

А. И. Сафронов 170 ЛЕТ ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ 382

А. И. Сафронов, В. Г. Васильков СИНДРОМНЫЙ МОНИТОРИНГ В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ 384

В. Н. Сгибов, П. Н. Кочерганов КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 386

К. И. Сергацкий, Т. В. Кочмарева, И. Г. Шалдыбин, О. В. Просточенко, Д. В. Мизонов, И. И. Петров, Д. И. Шалдыбин, Е. А. Лазутов, И. В. Малякин, К. В. Баланюк АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ЗА СЕМИЛЕТНИЙ ПЕРИОД 388

С. Н. Сергеев, Н. И. Богомолов, Н. С. Литавина РЕЦИДИВ ЗОБА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. ФАКТОРЫ РИСКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ 390

С. А. Середин, А. В. Баулин, Д. Ю. Зиновьев, Р. Р. Ильясов КОМБИНИРОВАННАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА 392

О. И. Симонова, А. П. Столяров, М. Н. Максимова, Л. Г. Радченко, И. А. Агапова, И. В. Калиберда АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ, ПРИВЕДШИХ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ГБУЗ ПОБСМЭ г. ПЕНЗЫ 393

О. Н. Сисина, Т. Н. Белугина, Л. Ф. Бурмистрова, Н. А.Тимофеева РИТУКСИМАБ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНОЗНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ 395

М. А. Смирнова, А. А. Стремоухов «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ 397

А. Ф. Соловьева ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИЯХ 399

Н. В. Сопина ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА. ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 402

Н. В. Сопина, Н. Н. Бекренева РЫНОК ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 405

Н. В. Сопина, Г. А. Саксонова АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ 407

Н. В. Сопина, Д. Е. Феоктистов ОСОБЕННОСТИ ВЫНЕСЕНИЯ ДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗЫСКАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ 410

И. М. Старовойтова РОЛЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА (НА ОСНОВЕ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА) 412

В. А. Стародубцев, А. А. Баулин, О. А. Баулина, В. А. Баулин, Н. Н. Карманова СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА 414

В. А. Стародубцев, О. А. Баулина, А. А. Баулин, В. А. Баулин, Н. Н. Карманова ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПРОФЕССОРА А. А. БАУЛИНА 416

В. А. Стародубцев, В. А. Баулин, А. А. Баулин, О. А. Баулина, Н. Н. Карманова ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ И ГПОД В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ 418

П. М. Староконь, И. Б. Максимов, Р. Н. Долгих, Н. И. Галик, Г. Е. Мохнатов ЕЩЕ РАЗ ОБ ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ 419

П. М. Староконь, Н. И. Галик КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ИНФУЗИОЛОГИИ 421

П. М. Староконь, Р. Р. Богданов, Р. Н. Долгих, Н. И. Галик ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ 423

А. С. Стебельский ЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ МАСКИ И ПИЩЕВОДНО-ТРАХЕАЛЬНЫЕ ВОЗДУХОВОДЫ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ. ОБУЧЕНИЕ И ТРЕНИРОВКА 425

В. И. Струков, Д. Г. Елистратов, О. В. Струкова-Джоунс, Н. В. Еремина, Т. А. Купцова ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА 427

В. И. Струков, Ю. Г. Щербакова, М. С. Баженов, Т. А. Купцова КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ «ОСТЕО-ВИТ D_3» 432

В. В. Стрючков, П. С. Жиляев, А. В. Хвостиков О ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 434

И. П. Татарченко, О. И. Морозова, А. В. Зайцева, Е. А. Молокова, А. Г. Денисова, В. В. Осипова, Е. Г. Зиновьева БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА КАК СЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ 438

И. П. Татарченко, О. И. Морозова, А. В. Зайцева, А. Г. Денисова, Т. В. Лохина, В. В. Осипова, Е. Г. Зиновьева ОСОБЕННОСТИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ 440

И. П. Татарченко, О. И. Морозова, А. В. Зайцева, Е. А. Молокова, Т. В. Лохина, В. В. Осипова, Е. Г. Зиновьева СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА 442

Н. А. Тимофеева, Н. А. Морозова, Е. А. Нинарова СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА 444

В. А. Томилов, Б. И. Золотой ЗНАЧЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В МЭП-26 (г. ПЕНЗА) В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг. ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И РАЙОНАХ КАТАСТРОФ 446

В. А. Томилов, В. К. Усов МЕСТНЫЙ ЭВАКУАЦИОННЫЙ ПУНКТ № 26 (г. ПЕНЗА) В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 гг.) 450

В. З. Тотиков, Д. В. Тобоев, З. В. Тотиков РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 453

Е. Ю. Трушина, В. А. Типикин, Г. Н. Тарасеева, Н. В. Назаров, Ю. Р. Автамонова, Т. Г. Бушуева, Е. Ю. Панова ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ДИАГНОЗОМ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА НА ФОНЕ ТРОЙНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ 455

С. Л. Тузов, Н. С. Карташева, Л. А. Мусатова, А. В. Котовский, Л. В. Цыганова НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2012 г. 456

М. В. Тюякпаев, М. Н. Боликов, В. А. Низовцев СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ВЕДЕНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 459

В. К. Усов ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ 461

А. Г. Фатхуллин, А. О. Поздняк ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЗМА АНДРОГЕНОВ У МУЖЧИН С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ И ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ 466

А. В. Федин, Н. А. Ключникова, Д. М. Галахов, Д. Г. Филин, И. В. Танюшкина, С. Б. Тараканова, И. Ю. Лапшова КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ 468

А. В. Федин, С. Б. Тараканова, М. А. Васина, Е. А. Дасаева, А. В. Кусакина КОРРЕКЦИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА 471

П. Г. Филиппов, И. Г. Золкорняев КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ АМИОТРОФИИ 473

П. Г. Филиппов, Т. В. Чернова, М. Ф. Купцова, Н. А. Тимофеев ЭКОНОМЕЧЕСКАЯ ВЫГОДА ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 476

А. А. Хромова, Л. И. Салямова, Ю. А. Томашевская ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ И ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 478

Я. Хурейби, В. Н. Маринчев, Н. И. Боса, Б. И. Барташевич НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАУДАЛЬНОГО (САКРАЛЬНОГО) БЛОКА В КЛИНИКЕ 479

А. П. Чемезов, Е. Б. Дружинина, Н. В. Протопопова, В. Н. Дудакова ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК СПЕРМАТОЗОИДОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВРТ 480

А. И. Черепанин, О. Н. Антонов, И. А. Микаелян ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА 482

В. А. Чернышев УЛЬТРАЗВУК АССИСТИРОВАННАЯ БЛОКАДА ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ 483

Ю. С. Шевченко, В. В. Грачев ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 486

Ю. С. Шевченко, В. В. Грачев СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ, НЕ ВХОДЯЩИХ В ДЕЙСТВУЮЩУЮ НОМЕНКЛАТУРУ ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ) 488

А. В. Шелехов, В. В. Дворниченко, Р. И. Расулов, Р. А. Зубков, А. С. Загайнов АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТИЧЕСКОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ 490

Е. В. Шестаков, С. Е. Каторкин, С. А. Быстров СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ГЕРНИОЛОГИИ 492

А. Ю. Шилов, В. Н. Маринчев, Т. И. Тряшкина СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БУВАНЕСТИНА С ДРУГИМИ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ 494

О. Н. Шимохина, И. А. Матвеева, О. Я. Гржибовская, Т. Ю. Руденко СИНДРОМ МЭН 2А ТИПА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 496

Л. Н. Шишова, М. Н. Максимова, С. В. Селивёрстова, Н. В. Агеева, О. А. Жеворченкова, О. Е. Холина, Л. А. Сретенская, А. Е. Сосновский ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 501

М. В. Шлыкова, Е. Б. Мусатова, И. В. Юрьева СЛУЧАЙ ТОТАЛЬНОЙ АГЕНЕЗИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У НОВОРОЖДЁННОГО 504

Н. Б. Шурупова, Д. В. Логунов, Е. А. Янова, О. В. Куликова, Е. Д. Никифоров, Н. П. Березина СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ С НОРМАЛИЗОВАННЫМ ВНУТРИГЛАЗНЫМ ДАВЛЕНИЕМ КАТАХРОМОМ И ВИЗОМИТИНОМ 506

М. А. Щербаков КИСТЕВАЯ АРТРОСКОПИЯ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРАКТИКЕ 508

М. А. Щербаков, А. Б. Степенко, А. Ю. Денисов, С. Н. Рытьков, А. В. Рублев, В. А. Кокарев ПОГРУЖНОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ – ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ 509

А. А. Юцмюц, Д. Е. Быстров, Е. А. Трифонова, М. В. Юматов КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ CELLSAVER ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ, ВЫЗВАННОЙ РАЗРЫВОМ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ 511

Электронное научное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

Материалы XIX юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Пенза, 23 июня 2017 г.

Материалы представлены в авторской редакции

Подписано к использованию 16.06.2017.
Объем 5,69 Мб.
Заказ № 263.

Издательство ПГУ
440026, Пенза, Красная, 40.
Тел./факс: (8412) 56-47-33; e-mail: iic@pnzgu.ru