



Министерство здравоохранения Российской Федерации
СО Российская академия наук (медицинское отделение)
Российская академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" МЗ РФ
ФГБУ "Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна" МЗ РФ
ФГБНУ "НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой"
НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»



XXI Всероссийская научно-практическая конференция,
посвященная 25-летию
ЦЕНТРА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ

**«МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ»**

25-26 мая 2018г.
г. Ленинск-Кузнецкий

Министерство здравоохранения Российской Федерации
СО Российская академия наук (медицинское отделение)
Российская академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" МЗ РФ
ФГБУ "Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна" МЗ РФ
ФГБНУ "НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой"
НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»

"МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ"

**МАТЕРИАЛЫ
XXI ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**
25-26 мая 2018 г.
г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ

ООО "ПРИМУЛА"
г.Кемерово

УДК 616.1/.9: [614.2+616-08-039.74+617-001+617.3+616.8-089+616-089+618+616-07-08+616-053.2+616-092.4+378+614.2+004]

«Многопрофильная больница: Проблемы и решения»: мат. XXI Всероссийской науч.-практ. конф., г. Ленинск-Кузнецкий, 25-26 мая 2018/СО РАН (медицинское отделение), ГАУЗ КО ОКЦОЗШ. «Кемерово: ООО «Примула», 2018.» - с.: 300, табл.: 9, рис.: 4.

JSBN 978-5-85905-503-6

Книга содержит материалы XXI Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: Проблемы и решения», проходившей 25-26 мая 2018г. в Государственном автономном учреждении здравоохранения Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агаджанян В.В.	д.м.н., профессор, главный врач ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Агаларян А.Х.	к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Устьянцева И.М.	д.б.н., профессор, заместитель главного врача по клинической лабораторной диагностике ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Пронских А.А.	д.м.н., заведующий отделением травматологии и ортопедии N 1 ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Кравцов С.А.	д.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Новокшенов А.В.	д.м.н., заведующий отделением нейрохирургии N 2
Семенихин В.А.	д.м.н., заведующий центром профпатологии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Афанасьев Л.М.	д.м.н., заведующий отделением травматологии и ортопедии N 3 ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Милюков А.Ю.	д.м.н., заведующий отделением травматологии и ортопедии N 2 ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Хохлова О.И.	д.м.н., врач клинической лабораторной диагностики ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Шаталин А.В.	д.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Яковлева Н.В.	д.м.н., заведующая гинекологическим отделением ГАУЗ КО ОКЦОЗШ

JSBN 978-5-85905-503-6

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
РЕСУРСОВ**

**Организация здравоохранения
и рациональное использование медицинских ресурсов**

Агаджанян В.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

25 ЛЕТ ГАУЗ КО «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ»

В августе 2018 года Областному клиническому центру охраны здоровья шахтеров исполняется 25 лет со дня его образования.

Центр охраны здоровья шахтеров является крупнейшим в России лечебным, научным и учебным медицинским учреждением, где настойчиво воплощается передовой отечественный и зарубежный опыт работы по снижению заболеваемости среди жителей угледобывающих регионов.

За 25 лет пролечено 400000 пациентов, выполнено 150000 операций, в том числе 12 000 операций по высоким технологиям, зарегистрировано более 6 млн. посещений в поликлиниках центра, из них свыше 2 млн. шахтеров и 1,9 млн. детей.

Центр обеспечивает реализацию медицинских программ, направленных на повышение эффективности лечения шахтеров и членов их семей, ветеранов и пожилых людей, всестороннюю поддержку и лечение детей. На протяжении нескольких лет реализуются социальные программы, в том числе по лечению переломов бедра у пожилых людей. Благодаря этим программам медицинскую помощь получили свыше 4000 ветеранов и пожилых людей, 10000 детей.

Центр постоянно активно развивается и расширяется, что повышает его конкурентоспособность, выделяет среди других клиник и привлекает пациентов из различных регионов Западной и Восточной Сибири.

В структуре центра 26 клинических отделений на 515 коек, 6 диагностических отделений, поликлиники для взрослых и детей на 1000 посещений, профпатологический центр, центр амбулаторной хирургии, бригады медицинской эвакуации областного центра медицины катастроф, патологоанатомическое отделение, отделение скорой медицинской помощи.

В центре работают свыше 1400 сотрудников, из них 200 врачей (12 докторов (1 академик РАЕН, 3 имеют научное звание профессора, 6 - члены-корреспонденты РАЕН) и 28 кандидатов медицинских наук), 610 медицинских сестер, 50 специалистов с высшим техническим образованием, 40 сотрудников младшего медицинского персонала, 591 занимают прочие должности.

Почетное звание «Заслуженный врач РФ» имеют 10 врачей, «Отличник здравоохранения» - 19 сотрудников.

За 25 лет работы центра в его стенах сложилось много добрых традиций, в том числе традиция семейственности в общем деле служения медицине, которая передается из поколения в поколение. Всего в центре работают представители 26 трудовых династий, 12 из которых медицинские.

Уникальность работы учреждения заключается в том, что за двадцать пять лет работы создана стройная система диагностики и лечения в соответствии с последними научными разработками и методиками, позволяющая комплексно подходить к ведению сложных категорий больных.

В центре осуществляется полный цикл диагностики и лечения, включающий амбулаторно-консультативный прием, стационарный этап лечения с использованием всех подразделений больницы, в том числе отделение медицинской реабилитации.

Обеспечение замкнутого цикла оказания медицинской помощи осуществляется благодаря наличию в центре:

- врачей - специалистов по всем основным медицинским специальностям: хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия, кардиология, гинекология, детская хирургия, анестезиология и реанимация;

- расширенной диагностической базе, включающей в себя лучевую, лабораторную и функциональную диагностику.

Все это позволяет исключить необходимость привлечения консультантов из других медицинских организаций и способствует сокращению сроков оказания специализированной медицинской помощи.

Применение передовых медицинских технологий - это основной принцип работы коллектива.

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

С 1994 года центр осуществляет научно-исследовательскую программу, направленную на решение актуальных для Сибири медико-биологических проблем.

Основными направлениями научных исследований центра были и остаются вопросы организации системы мониторинга здоровья работников угольной промышленности, разработки новых методов диагностики и лечения политравм, заболеваний сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, профессиональной патологии шахтеров.

В стенах клиники впервые разработаны и внедрены инновационные технологии, которые прошли апробацию и показали высокую клиническую эффективность:

1. Комплексная система технологий оказания специализированной медицинской помощи пациентам с политравмой (множественной и сочетанной травмой).

2. Оказание экстренной помощи пострадавшим на производстве угольных предприятий. Для этого в Центре создана служба медицинской эвакуации, оснащенная современными реанимобилями.

3. Оптимизация системы профилактических мероприятий профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников угольной промышленности Кузбасса.

4. Впервые в Кузбассе разработана, внедрена и постоянно совершенствуется система персонифицированного обеспечения пациентов лекарственными средствами, что позволило распространить и внедрить эту систему в учреждениях здравоохранения Кузбасса (ГКБ N 1 г.Новокузнецк, ОКБ N 1 г.Кемерово, Областной перинатальный центр г.Кемерово, ГКБ N 3 г.Кемерово).

5. Разработана и внедрена медицинская информационная система (МИС) ОКЦОЗШ и «электронная история болезни».

6. Разработана и внедрена инновационная технология автоматизации клиничко-диагностической лаборатории с помощью лабораторной информационной системы (ЛИС), что позволило повысить производительность и экономическую эффективность лаборатории.

7. Разработана и внедрена система менеджмента качества применительно к оказанию экстренной и плановой стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2008.

8. Совместно с ФГБУ «Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт» (НИЦ «Курчатовский институт») и ФГБУН «Новосибирский институт органической химии им. Н.Н. Ворожцова Сибирского отделения Российской академии наук» (НИОХ СО РАН) проводятся научные исследования по созданию отечественных биоразлагаемых наноструктурированных полимерных и нанокпозиционных материалов и изделий для использования в общей и реконструктивно-пластической хирургии, травматологии и ортопедии.

9. Под руководством ученых создано первое в России импортозамещающее производство рентгено-контрастных операционных салфеток.

10. Разработана и внедрена в практику научно-обоснованная система «Безопасность пациентов» по профилактике внутрибольничных инфекций. Она помогает защитить пациентов от внутрибольничных инфекций. Эта система базируется на стандартах системы эпидемиологического надзора, мониторинге возбудителей, разработке стратегии и тактики применения антибиотиков и оценке экономической эффективности мероприятий. У дверей всех отделений центра размещены бесконтактные сенсорные дозаторы. К такому устройству только стоит поднести руки - и моментально на них впрыскивается дезинфицирующее средство. А небольшие флаконы-распылители с этой же жидкостью есть в кармане у каждого работника и у коек пациентов.

11. Разработана и внедрена в практику система «Госпитальная логистика» - это внутрибольничная система управления централизованными платформами для доставки питания, медикаментов, дезинфекционных средств, хозяйственных товаров в структурные подразделения клинического центра.

12. Разработана и внедрена в практику система «Утилизация отходов медицинского происхождения» с помощью специального устройства (Патент на изобретение N 2430798 от 10 октября 2011 г., которое позволяет утилизировать операционное белье, халаты, бахилы и т.д.

На базе центра выполнены и защищены 13 докторских и 76 кандидатских диссертаций, опубликовано 7 монографий, свыше 4 500 научных работ, получено 142 Патента РФ, организованы и проведены совместно с Президиумом СО РАН 21 Всероссийская научно-практическая конференция, материалы которых изданы в виде ежегодных Сборников материалов

конференций с 1996 по 2018 гг. (ISBN 978-5-904-430-18-4).

Результаты проводимых научных исследований регулярно докладываются на еженедельных конференциях центра, на врачебных форумах различного уровня - от российского до международного.

В 2005 году по инициативе главного редактора В.В. Агаджаняна создан научно-практический журнал «Политравма». Журнал издается с 2006 года на русском и английском языках, включен в Перечень изданий ВАК, реферируется РЖ ВИНТИ, индексируется РИНЦ, в международных реферативных базах данных SCOPUS (июль 2016 г.), Ulrich's International Periodicals Directory.

Центр является учебной базой, где действуют кафедры последипломного образования «Интегративной травматологии» (зав. кафедрой д.м.н, профессор В.В. Агаджанян) и «Профпатологии» (зав. кафедрой д.м.н. В.А. Семенихин) ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, которые были созданы в 1998 г.

Библиотека центра была создана в 1993 году. Сегодня библиотека является основным книжным хранилищем медицинской и художественной литературы г.Ленинска-Кузнецкого. Книжный фонд насчитывает более 32 тысяч экземпляров: более 14 тысяч медицинских книг, 17 тысяч медицинских журналов на разных языках.

Огромное внимание уделяется совершенствованию кадрового состава, ежегодно на работу приглашаются молодые специалисты с предоставлением жилья.

В центре разработана программа, направленная на улучшение пребывания пациента в стационаре:

- реконструкция палат,
- организация индивидуального питания пациентов,
- фирменная спецодежда,
- дисциплинированность персонала,
- соблюдение этических норм.

Специально для пациентов, прямо через дорогу от больницы, создана бесплатная, благоустроенная автостоянка. Уютная садово-парковая зона с 4 фонтанами создает условия для отдыха и скорейшего выздоровления пациентов. Картинная галерея центра насчитывает около 300 экземпляров.

Сегодня пациентам недостаточно знаний о передовых технологиях, современных методиках лечения и зарубежном оборудовании - само по себе название «Центр охраны здоровья шахтеров» говорит о том, что эта клиника надежна и стабильна, и ей можно доверять.

Анисимова А.В., Кармалитова Т.В., Бритвина О.П., Артамонова О.Н.

Государственное учреждение здравоохранение Кемеровской области
«Кемеровская городская детская клиническая больница N 1»
г.Кемерово, Россия

ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2030 года профилактическое направление в сфере охраны здоровья признается одним из приоритетных. Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни, по мнению министра здравоохранения В.И. Скворцовой, является важнейшим компонентом деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, направленное на изменение отношения человека к собственному здоровью и значительному повышению меры собственной ответственности за его сохранение. Основное звено в реализации этой составляющей - Центры здоровья для детей.

Организованный в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» один из таких Центров здоровья был размещен на базе Детской клинической больницы N 1 г.Кемерово. Центр здоровья стал центральным звеном медицинской профилактики в учреждении, приняв на себя не только функцию проведения специальных скрининговых исследований, но и координацию профилактической работы.

Популярность Центра здоровья среди пациентов подтверждается ежегодным с 2011 года и по настоящее время увеличением посещаемости (в 2011 году - 1009 детей, в 2013 - 3471,

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

в 2017 - 4357). Ежегодно расширяются межведомственные контакты Центра здоровья. На настоящий момент ведется активная работа с Центром социальной помощи семье и детям, Кемеровским государственным медицинским университетом, «Волонтерами-медиками», Управлением образования г.Кемерово, МАУ «Школьное питание», центром медико-социальной помощи «Здоровье и развитие личности».

Профилактическая работа Центра здоровья охватывает не только прикрепленное к ГАУЗ КО «КГДКБ N 1» население. Наши врачи ведут профилактическую работу и в отдаленных районах г.Кемерово - п.Ягуновский, Кедровка, пп. Пионер и Боровой.

Проводимая профилактическая работа позволяет информировать население города о нормах и принципах здорового образа жизни, профилактики хронических неинфекционных заболеваний, правилах гигиены и предупреждении вредных привычек. Объем профилактической работы год от года растет и в 2017 году составил более 5000 человек. Координация просветительской работы осуществляется и с учетом анкетирования детей по различным вопросам.

В 2017 году анкетирование было проведено по вопросам рационального питания, курения, вейпинга, депрессии - всего 498 человек. Ежегодно проводятся всемирные акции по отказу от курения, борьбы с раком, туберкулезом, сахарным диабетом.

Центр здоровья становится базой для проведения научных исследований. С момента открытия на его базе проведено два диссертационных исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, оба успешно защищены в 2013 и 2014 годах.

Активно ведется работа в сети интернет (сайт учреждения, группа в ВКонтакте), со средствами массовой информации на радио и телевидении.

Профилактическое обследование в Центре здоровья становится подспорьем в работе врачей-специалистов. Так, при выявлении отклонений по данным спирометрии, дети направляются к пульмонологу, при повышенном АД и экстрасистолах по данным «Кардиовизора» - к кардиологу, при изменениях по данным биоимпедансометрии - к эндокринологу и диетологу.

Таким образом, широкая профилактическая работа в сочетании с комплексным обследованием в Центре здоровья способствует повышению ответственности за свое здоровье у детей и подростков и формированию устойчивой приверженности к здоровому образу жизни.

Апарина Н.Ф., Садкова Н.А.

ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России
ФГБОУ ВО КеМГУ
г.Кемерово, Россия

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Анализ современного состояния кадрового обеспечения Кузбасского здравоохранения показывает, что в регионе существует проблема дефицита как врачебного, так и среднего медицинского персонала, о чем свидетельствуют данные Росстата и информация о вакансиях Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области. Растет интенсивность труда занятого в учреждениях здравоохранения персонала; высокими являются показатели совместительства. В поликлиниках один участковый врач в среднем принимает 32 человека в день.

Несмотря на улучшающуюся ситуацию с оплатой труда в целом по медицинским учреждениям Кемеровской области (по данным пресс-службы областной администрации с 1 октября 2017 года средняя заработная плата врачей составила 52,7 тыс. рублей в месяц (184% от средней заработной платы в регионе), среднего медперсонала - 26,9 тыс. рублей (94%), младшего - 23,4 тыс. рублей (82%)) данные о вакансиях по медицинским учреждениям показывают, что доходы медицинского персонала являются дифференцированными. Так, например, данные о вакансиях по г.Ленинску-Кузнецкому (64 вакансии) показывает, что уровень заработной платы на свободные рабочие места колеблется от 7400 руб. до 34500 руб. в зависимости от категории персонала, условий труда и т.д.

Проблемы кадровой обеспеченности особенно актуальны с точки зрения привлечения в

отрасль здравоохранения молодых специалистов - выпускников вузов и медицинских колледжей. Как правило, на рабочие места с высокой заработной платой требуются/претендуют специалисты с опытом работы, развитыми навыками и компетенциями. Это снижает привлекательность отрасли здравоохранения для молодежи, снижает мотивацию к трудоустройству по специальности.

Проведенный опрос нескольких групп студентов КемГМА о мотивации к трудоустройству в соответствии с полученной специальностью показал, что значительная часть выпускников ориентирована на работу в медицинских организациях. Но наблюдается высокий уровень предпочтений к работе в коммерческих организациях. Причиной этого студенты называют более высокий уровень заработной платы в коммерческом секторе здравоохранения. В связи с этим повышается спрос на изучение экономических, управленческих и правовых дисциплин.

Студенты отмечают, что современный руководитель медицинской организации должен обладать компетенциями в области экономики и менеджмента, знанием систем эффективного управления на уровне структурного подразделения или организации, экономических расчетов и обоснования управленческих решений; знаниями организации и ведения бизнеса, определения стратегий, задач и достижения результатов в финансово-экономической и управленческой деятельности.

Вместе с тем, существенным является процент студентов, предпочитающих работу в коммерческих структурах, не связанных со здравоохранением.

Подготовка квалифицированного специалиста в сфере здравоохранения предполагает существенный уровень инвестиций, как из бюджетных средств, так и из средств образовательного учреждения. Трудовые ресурсы в сфере здравоохранения характеризуются высоким уровнем специфичности. Последствия отсутствия мотивации у студентов к уходу из сферы здравоохранения означают потерю компетенций, квалификации и фактически - отсутствие возможности возврата в профессию, что усугубляет проблему кадрового дефицита в медицинских учреждениях.

В этой связи актуальной является проблема развития мотивации студентов к работе по специальности.

Ашурова М.Д.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ПРОБЛЕМА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Динамика развития современного общества основывается на увеличении объема информированности человека в различных областях, где нужно решать самостоятельно ряд задач с достижением определенных результатов. В связи с этим возникает необходимость в создании определенного инструмента, который бы служил своеобразным мостом между теорией и практикой.

Система образования в нашей стране также претерпевает постепенное преобразование с учетом основных тенденций, происходящих в мировом образовательном пространстве. Национальные интересы Узбекистана при развитии высшего образования включают обеспечение его качества, отвечающего современным, инновационным потребностям экономики страны и интересам граждан с сохранением позитивного опыта, накопленного в системе образования.

Грамотность специалиста оценивается благодаря овладению компетенциями в профессии в конкретных проблемах и постоянным информационным обновлением базы индивидуальных знаний в рамках полученных компетенций созвучных своей профессии. При формировании рабочей программы дисциплины «Гигиена труда» для обучающихся медико-профилактического факультета нами учитывался профессиональный стандарт специалиста, который нацелен на овладение знаниями, умениями и практическим выходом на этапе подготовки специалиста профилактической медицины и основная образовательная программа, учебный план по специальности 5510300 - «Медико-профилактическое дело» дисциплины «Гигиена труда».

В результате освоения учебной дисциплины обучающимися формируются следующие

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

общепрофессиональные и профессиональные компетенции:

- владение методами исследования работоспособности в период трудового процесса и разработка мер по профилактике производственного утомления;

- способность и готовность к изучению и оценке факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, к интерпретации результатов гигиенических исследований, понимание стратегии новых методов и технологий, внедряемых в гигиеническую науку и санитарную практику, к оценке реакции организма на воздействие факторов среды обитания человека;

- способность и готовность к проведению обследований и оценке физического и психического развития, функционального состояния организма, работоспособности и заболеваемости детей различных возрастных групп, их распределения по группам здоровья на основе результатов периодических медицинских осмотров;

- владение компьютерной техникой, медико-технической аппаратурой, готовность к работе с информацией, полученной из различных источников, к применению современных информационных технологий для решения профессиональных задач.

Таким образом, реализация компетентного подхода предназначена для подготовки высококвалифицированного, конкурентоспособного на рынке труда специалиста, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов и готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности.

Результатом введения новых технологий обучения является овладение обучающимся системой компетенций изучаемой дисциплины, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Баран О.И.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ КУРЕНИЯ ТАБАКА ЖЕНЩИНАМИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

К числу вредных воздействий, влияющих на репродуктивное здоровье женщин, необходимо отнести курение табака. Это относится как к самим женщинам, так и к рожденным ими детям - их незащищенность здесь вопиющая. При изучении распространенности курения в профессиональных группах Западной Сибири обнаружен его высокий уровень у служащих (18,4% при наличии в группе 87,3% лиц с высшим образованием) и работников тяжелого неквалифицированного труда (42,7% при наличии в группе только 5,4% лиц с высшим образованием). Широкое распространение курения относится не только к женщинам Сибири или России, табачная эпидемия быстро распространяется по всему миру. Число курящих женщин в мире нарастает неравномерно, но быстро.

Имеется немного достоверных данных о распространенности курения, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода. В связи с этим Всемирная организация здравоохранения инициировала проведение репрезентативных опросов взрослого населения о потреблении табака - GATS (Global Adult Tobacco Survey). В исследовании использовался стандартный протокол, первая волна GATS была проведена в 2008-2010 годах в 14 странах, в том числе и в России. Было выявлено, что распространенность курения среди женщин меньше, чем среди мужчин. Доля курящих табак взрослых мужчин составляет от 21,6 в Бразилии до 60,2% в России, немного отстают Китай (52,9) и Украина (50,0%). Доля курящих женщин - от 0,5% в Египте до 24,4 в Польше и 21,7% в России. Наиболее высокий уровень распространенности курения у мужчин наблюдается в возрастной группе 25-34, а у женщин - 15-24 года.

Доля мужчин-курильщиков только незначительно снижается с возрастом, а у женщин в возрастной группе 55-64 года доля курящих составляет всего 12,6%, в возрасте 65 лет и старше - снижается в 11,2 раза по сравнению с самой младшей группой. Результаты первой волны GATS раскрыли большое разнообразие распространенности курения в мире. Россия, имея одни из худших показателей, должна будет выполнять обязательства Рамочной конвенции

ВОЗ по борьбе с потреблением табака.

С курением у женщин связывают повышенный риск бесплодия. Курящие женщины более подвержены инфекциям мочеполовой системы. Вероятность патологии зависит от объема потребления табака. Так, у женщин, которые выкуривают более 20 сигарет в день, по сравнению с некурящими, существуют в три раза больше вероятность зачатия в более отдаленные сроки, первичной непроходимости маточных труб, а также повышенный риск внематочной беременности.

Не все женщины перестают курить, узнав о беременности. В России 21% женщин-респонденток, которые родили живых детей в 2006-2011 годах, курили до беременности и более половины из них (11,5%) продолжали курить во время беременности. Также выявлено, что у женщин-курильщиц с высшим образованием здоровьесберегающее поведение по отношению к будущему ребенку адекватнее, чем у респонденток с более низким образовательным цензом. Это полностью соответствует данным о дифференциации показателей здоровья в разных социальных стратах.

В России в 2013 г. вступил в силу Федеральный Закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (N 15-ФЗ от 23.02.2013). Мероприятия, предусмотренные законом, пока не привели к значительному сокращению курения в нашей стране. Необходимо дальнейшее совершенствование законодательной базы по ограничению курения, стимулирование женщин поддерживать принцип «жизнь и беременность без табака».

Григорьев Ю.А., Баран О.И.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

НАСКОЛЬКО УСТОЙЧИВ РОСТ РОЖДАЕМОСТИ В СИБИРИ?

Рост рождаемости в 2007-2016 гг. и снижение смертности после 2005 года улучшили динамику естественного воспроизводства населения по всем федеральным округам. В СФО значительное увеличение населения за счет естественного движения наблюдалось в республиках Алтай, Тыва, Бурятия, Хакасия. В Республике Тыва достигнуты особенно заметные положительные сдвиги в динамике рождаемости и воспроизводства населения. Среди краев и областей СФО ситуация с естественным воспроизводством населения за 2007-2016 годы заметно улучшилась в Новосибирской, Иркутской, Кемеровской областях и Забайкальском крае, здесь показатель увеличился больше, чем в целом по федеральному округу.

Синхронность изменения рождаемости и нетто-коэффициентов воспроизводства населения в РФ, федеральных округах, на отдельных территориях СФО свидетельствует о наличии популяционного ответа на демографическую политику, которая включает меры поддержки семей с детьми, оказываемые в нашей стране на федеральном и региональном уровнях.

Как показывает опыт проведения демографической политики в зарубежных странах, различные социальные факторы сказываются не столько на окончательном числе детей в семьях, сколько на сроках их появления. Расчеты повозрастных показателей рождаемости (в том числе суммарного коэффициента рождаемости), а также возрастных компонентов брутто- и нетто-коэффициентов воспроизводства, построенные нами на условном населении, не позволяют дифференцировать изменение интенсивности деторождений в разных возрастах и сдвиг календаря рождений. Для этого нужен анализ рождаемости в когортах.

Во всех когортах российских женщин в XX веке наблюдалось неукоснительное снижение итогового числа рождений. Эта фундаментальная закономерность обнаружена в новое время в странах Европы и Северной Америки. Увеличить рождаемость в когортах за короткое время и только за счет незначительных денежных субсидий в указанных регионах не удавалось. Подтверждением этому являются демографические процессы последних двух лет в нашей стране - негативные явления в рождаемости опять стали нарастать. Уровень показателя в 2016 году по сравнению с 2015 годом снизился незначительно: в РФ - с 13,3 до 13,0 (на 1000 населения), в СФО - с 14,4 до 14,0, среди субъектов СФО - более всего в Омской области (с 14,5 до

**Организация здравоохранения
и рациональное использование медицинских ресурсов**

13,5, то есть на 6,9%). В 2017 г. сокращение рождаемости усилилось: в РФ и СФО показатель уменьшился более чем на 10%. В СФО наибольшее сокращение рождаемости произошло в республиках Алтай, Хакасия, Бурятия, в Кемеровской, Омской и Томской областях.

В связи с этим в СФО за счет естественного движения населения произошла его убыль (-0,4 на 1000). Более всего естественная убыль в 2017 году наблюдалась в Алтайском крае (-3,1) и в Кемеровской области (-3,6 на 1000 населения). Из-за старения возрастной структуры населения и уменьшения численности женщин в периоде наибольшей репродуктивной активности (20-34 года) в СФО можно прогнозировать дальнейшее сокращение рождаемости и убыль населения за счет естественного воспроизводства на длительном отрезке времени.

Необходимо признать, что финансовая помощь семьям как мера поощрения к рождению ребенка сама по себе является в России правильным решением, но требует расширения границ использования. В этом направлении приняты последние решения Президента РФ: значительное увеличение денежных выплат на первенцев до возраста полутора года, облегчение доступности средств материнского капитала для бедных семей, а кроме того - расширение сети яслей, улучшение работы педиатрической службы.

Все это должно привести к смягчению нового удара депопуляции в результате снижения рождаемости, но не может полностью исключить естественную убыль населения в краткосрочной перспективе.

Григорьев Ю.А.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

**ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (2005-2016 ГГ.)**

За 2003-2016 гг. в РФ продолжительность жизни у мужчин выросла на 7,95 года (с 58,55 до 66,50), у женщин значительно меньше - на 5,22 года (с 71,84 до 77,06 лет). В СФО тенденции были точно такими же. Рост показателя составил у мужчин 7,64 (с 56,45 до 64,09), у женщин - 5,49 года (с 70,01 до 75,50 лет). В 2003-2005 годах рост продолжительности жизни в СФО был неустойчивым. Увеличение показателя в 2004 г. (у мужчин на 0,42, у женщин на 0,44 года) сменилось его сокращением в 2005 г. (у мужчин на 0,62, а у женщин на 0,30 года).

Иное дело в Российской Федерации: в 2005 г. здесь сохранился уровень предыдущего периода. Наиболее интенсивно продолжительность жизни росла в 2005-2016 гг. За это время наиболее существенные изменения показателя (все население, оба пола) произошли в Республике Алтай (9,71), Забайкальском крае (9,06) и Республике Бурятия (8,71 года).

У мужчин в городских поселениях более всего показатель вырос в Республике Алтай (11,98), Забайкальском крае (11,46) и Республике Бурятия (9,66 года). Наименьшие успехи были достигнуты в Омской, Томской и Новосибирской областях. Несколько уменьшились различия между максимальными и минимальными значениями показателя.

У женщин в городских поселениях значительнее всего показатель вырос на территориях с низким его уровнем: в Республике Тыва (на 8,75), Республике Алтай (7,10) и Республике Бурятия (7,03 года). Наиболее высокие уровни продолжительности жизни у женщин в 2016 г. демонстрируют Томская (77,64), Новосибирская (77,40) и Омская (77,13 лет) области.

В сельской местности у мужчин продолжительность жизни выросла сильнее всего в Республике Алтай (10,59), Республике Бурятия (10,18) и в Республике Хакасия (9,09 года). Наиболее высокие показатели продолжительности жизни демонстрируют Алтайский край (64,24), Новосибирская (63,58) и Омская (63,26 лет) области. Различия между максимальными и минимальными значениями показателя на территориях за 2005-2016 гг. сократились (с 9,53 до 8,06 года), что свидетельствует об уменьшении неоднородности объектов в данной совокупности. В сельской местности у женщин показатель вырос на некоторых территориях весьма значительно. В эту группу

попадают Республика Хакасия (7,95), Кемеровская область (6,75 года), а также территория, редко демонстрирующая экстремальные значения показателей - Томская область (6,89 года).

В 2014-2016 годах отмечается замедление прироста продолжительности жизни или даже снижение показателя на некоторых территориях СФО. Это может свидетельствовать об определенном исчерпании ресурса снижения смертности с экзогенной детерминацией (прежде всего от травм и отравлений).

Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения СФО и его субъектов была аппроксимирована линейной функцией. Для этого были отобраны три территории СФО с контрастными показателями продолжительности жизни: низкий уровень показателя характерен для Республики Тыва, средний - для Забайкальского края, высокий - для Томской области.

Для анализа динамики процесса была проведена линейная аппроксимация. В результате обнаружены однонаправленность трендов и высокий уровень достоверности аппроксимации, кроме данных для мужчин и женщин в сельской местности Томской области и Республики Тыва.

На основе трендовой модели наибольшие позитивные сдвиги в увеличении показателя в краткосрочном периоде можно прогнозировать у мужчин и женщин в городских поселениях Забайкальского края и Республики Тыва. К негативным явлениям необходимо отнести отставание мужчин и женщин сельской местности от жителей городских поселений. Сильнее всего это выражено в Республике Тыва: угловой коэффициент линейной функции для мужчин в городе равен 0,7471, в сельской местности - 0,3688; для женщин в городе - 0,6014, в сельской местности - 0,3606.

Григорьев Ю.А., Баран О.И.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В СФО И КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В Указах Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» поставлены конкретные задачи. К 2018 году необходимо было достичь определенных целевых ориентиров: увеличить продолжительность жизни населения до 74 лет, снизить показатель смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 на 100 тысяч населения, новообразований - до 192,8, туберкулеза - до 11,8, а показатель младенческой смертности - до 7,5 на 1000 родившихся живыми. Мы сравнили фактическую динамику показателей в СФО и Кемеровской области с контрольными цифрами из президентских указов.

В СФО фактическая динамика указанных показателей хуже, чем по стране в целом. Целевой ориентир для данного округа по младенческой смертности был достигнут в 2015 году, по уровню смертности от болезней системы кровообращения в 2013 году, а по смертности от новообразований и туберкулеза не достигнут в 2016 году и вряд ли будет достигнут через два года. По ожидаемой продолжительности жизни дистанция в СФО до целевого ориентира в 2016 г. составляла 4,19 года, что почти в два раза больше, чем в РФ. Отставание, скорее всего, не будет преодолено, так как за последнее трехлетие ежегодный прирост этого показателя составлял всего лишь 0,39 года. Это немного больше, чем по РФ, но явно недостаточно для достижения целевого ориентира.

Среди территорий СФО в 2016 году по наименьшей величине младенческой смертности лидируют Томская область, Красноярский и Забайкальский края (соответственно 4,8, 5,9, 6,0 на 1000 родившихся живыми). В отстающих - Республика Тыва и Республика Алтай (со значениями младенческой смертности 11,1 и 10,2). Эти республики вряд ли достигнут целевого ориентира к 2018 году. Уровень смертности от болезней системы кровообращения в СФО ниже, чем в Российской Федерации. По этому показателю целевой ориентир пока не достигнут в Новосибирской и Иркутской областях, но к 2018 году есть большая вероятность его преодолеть.

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

В Кемеровской области фактическая динамика целевых показателей за 2010-2016 гг. хуже, чем по Сибирскому федеральному округу (за исключением болезней системы кровообращения). Целевой ориентир по младенческой смертности хоть и был достигнут уже в 2011 году, но данные за 2016 год свидетельствуют, что этот показатель Кемеровской области на 10,6% выше среднего значения по СФО. По уровню смертности от болезней системы кровообращения целевой ориентир был достигнут в 2013 году, как в Кемеровской области, так и в СФО. В 2016 году уровень безвозвратных потерь от этого класса заболеваний в Кемеровской области был на 2,6% ниже, чем в СФО. По фактической смертности от новообразований Кемеровская область не сможет в 2018 году достичь целевого ориентира, величина кузбасского показателя превышала его в 2016 г. на 27,3%.

За 2010-2016 гг. безвозвратные потери от этого класса болезней не уменьшились, а возросли почти на 10%. В 2016 году среди территорий СФО самый высокий уровень смертности от новообразований зафиксирован в Кемеровской области (244,5 на 100000 населения). Достижение целевого ориентира по туберкулезу в ближайшее время, скорее всего, невозможно. Смертность от этой патологии в 2016 году превышала целевой ориентир почти в полтора раза.

По ожидаемой продолжительности жизни дистанция в Кемеровской области до целевого ориентира составляла в 2016 г. 5,28 года, что почти на год больше, чем в целом по СФО. Если учесть, что годовой прирост продолжительности жизни в Кемеровской области за последнее трехлетие составил всего 0,33 года, то на преодоление отставания потребуется при сохранении нынешних условий более 10 лет. В 2016 году по этому показателю у Кемеровской области девятое место среди территорий СФО.

Королёва Е.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г.Барнаул, Россия

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В КДЛ

В связи с непростой экономической ситуацией в стране в настоящее время необходимо учитывать некоторые аспекты для эффективного управления клинико-диагностической лабораторией (КДЛ). КДЛ - это отдельная бизнес-единица, «винтик» в общем экономическом процессе медицинской организации. Все экономические ресурсы в КДЛ делятся на материальные (основные и оборотные средства), трудовые, финансовые и информационные. Материальные ресурсы играют важнейшую роль в экономике КДЛ.

Основные средства, или фонды в КДЛ - это «долгоиграющие» средства производства - здание лаборатории, анализаторы, компьютеры, микроскопы, термостаты и др. Их надо использовать с должной нагрузкой и оптимальным временем работы, не допуская простоя. В несколько смен работать получается гораздо выгоднее. При этом растет фондоотдача, и мы можем сделать больше анализов на 1 рубль основных фондов. Растет также и фондорентабельность (количество прибыли, полученной от 1 рубля стоимости основных фондов).

Оборотные средства - это ресурсы, однократно используемые или используемые без остатка в течение года (расходные материалы). Эффективное управление оборотными средствами зависит от правильного определения потребности в них. Для этого составляется план по расходным материалам и их поступлению в КДЛ на год, и обязательно должен быть запас. Недостаток запасов - плохо, приводит к перебоям в работе, жалобам. Избыток (неликвидные запасы) - так же плохо, т.к. на их приобретение потрачены деньги, а эти расходные материалы не востребованы.

Расчет себестоимости лабораторных анализов и издержек на их производство является инструментом получения и анализа информации об экономической эффективности деятельности КДЛ. В идеале мы должны научиться рассчитывать затраты на каждый тест или на выдаваемый результат. Для этого в каждой медицинской организации необходимо формирование отдельного бюджета для КДЛ и ведение отдельного учета всех затрат. Затраты (издержки) в КДЛ обычно подсчитываются ежеквартально. Они делятся на постоянные (не зависят от числа сделанных

анализов) и переменные (зависят напрямую). Постоянные затраты - это, например, коммунальные платежи, ежедневный контроль качества, расходы на включение и выключение анализатора, фиксированная заработная плата работникам КДЛ и др. В оценке некоторых постоянных расходов возможно использовать усредненные данные затрат по медицинской организации в целом.

Переменные затраты - это стоимость расходных материалов на одно исследование, которая умножается на число выполненных исследований. Чем больше однородных исследований в день мы выполним, тем меньшими будут издержки на одно исследование.

Очень важно не забывать об импортозамещении. Недорогие отечественные реагенты использовать можно и нужно, т.к. это позволяет снизить издержки в КДЛ. Мониторинг состояния большого необходимо проводить реагентами одного производителя, т.к. в инструкциях приведены разные рекомендации по использованию и иногда разные значения норм. А чтобы улучшить качество отечественной продукции нужно помочь и себе, и отечественным производителям, обеспечив обратную связь. Т.е. если выявлены проблемы - сразу реагировать. Но отказываться от отечественных реагентов недопустимо - во-первых, они дешевле, а во-вторых, их производство - это экономическая безопасность нашей страны.

Таким образом, деятельность КДЛ должна быть рентабельной, с максимальной отдачей вложенных денег. Задачи руководителя - укрепление позиций лаборатории на рынке путем эффективного использования имеющихся ресурсов. Если выяснится, что деятельность КДЛ приносит убытки, то нужно задуматься о целесообразности ее существования.

Международный опыт показывает, что централизованное выполнение ряда лабораторных исследований приводит не только к положительному экономическому, но и социальному эффекту - повышению доступности и качества лабораторной медицинской помощи.

**Старых В.С., Краснова Р.Ф., Гусельникова Т.А., Кравченко Л.В.
Загриценко Н.Д.**

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
г. Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНЫЙ ПУТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Работа медицинского персонала в условиях стационара связана со значительной энергозатратой при уходе за тяжелобольными. Особенно высока физическая нагрузка на персонал при переносе беспомощных пациентов с большим весом тела. При распространенной методике переноса на руках с кровати на каталку тяжеловесного больного не исключена опасность падения его с получением травмы, а у персонала - возникновения заболевания. При этом следует отметить, что коллективы медицинских учреждений состоят в основном из женщин.

Действующее постановление Правительства РФ от 06.02.1993 N 105 разрешает женщинам ручную переносить до 10 килограммов веса при чередовании с другой работой до двух раз в час. В Правилах по охране труда, утвержденных приказом Минтруда России от 17.09.2014 N 642н предусмотрена предельно допустимая норма разового подъема тяжестей без их перемещения, составляющая для женщины не более 15 килограммов.

По технологии выполнения простых медицинских услуг «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения» (ГОСТ Р N 52623.3-2015) поднимать с кровати и переносить пациента на каталку на руках рекомендуется тремя медработниками. Следовательно, при весе больного, например в 90 кг, каждый участвующий в переносе будет поднимать 30 кг, что превышает допустимые для женщины нормы. Чрезмерно высокая физическая нагрузка может вызвать у работающей женщины повреждение межпозвоночного диска с заболеванием позвоночника, возникновение грыжи или иной патологии.

Статья 219 Трудового Кодекса РФ предусматривает право работника на организацию мер по защите от воздействия вредного производственного фактора, который может привести к заболеванию. Для устранения вредного физического фактора нами разработано новое устройство для перемещения больного.

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

Исследования созданного устройства показали, что с его помощью, по сравнению с ручной переноской, перемещение пациента осуществляют без потери им опоры на поверхность, что исключает опасность падения и травмы больного, сокращает время перемещения, снижает физическую нагрузку на медицинских работников, повышает качество обслуживания пациентов. Конструкция устройства позволяет осуществлять обработку и стирку его, обеспечивает длительный срок эксплуатации.

Федеральный закон «О науке и государственной научно-технической политике» от 23.08.1996г. N 127-ФЗ предусматривает научно-техническую деятельность, в которой наиболее ценными продуктами являются изобретения. В рыночных условиях необходима патентная защита интеллектуальной собственности. Поскольку новое устройство создано авторами в личное время, согласно статье 1357 ГК РФ авторы заключили договор с лечебным учреждением об уступке ему права подачи заявки в Роспатент и получение на его имя патента. Роспатент выдал учреждению патент РФ N 2414876 на изобретение «Устройство для перемещения больного».

В последующем обладателем патента был получен диплом о признании этого устройства одним из ста лучших изобретений России. Исключительные права патентообладателя создают ему возможность использования запатентованного изобретения в собственном производстве, внеконкурентного применения новой технологии на рынке медицинских услуг, заключения лицензионных соглашений или уступки патента третьему лицу с возможностью получения дополнительных доходов.

Таким образом, одним из путей совершенствования работы медицинского персонала является использование творческого потенциала работников практического здравоохранения в создании отечественной новой технологии, которая снижает трудозатраты медицинского персонала, улучшает оказание медицинских услуг населению и создает экономические перспективы учреждению.

Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Сибгатуллина А.Ф., Идельбаева Ф.М.

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»
г.Казань, Россия

ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЕ ПУНКТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В системе оказания медицинской помощи сельскому населению фельдшерско-акушерские пункты были и продолжают оставаться первым, максимально по приближенным к сельчанам этапом оказания медицинской помощи - доврачебным этапом.

В последние полтора десятилетия в стране прошла значительная оптимизация фельдшерско-акушерских пунктов, их количество сократилось с 44,3 тыс. в 2001 году до 34,0 тыс. в 2016 году или на 23,3%.

В отличие от сложившейся в стране тенденции в Республике Татарстан были предприняты действенные меры по сохранению большинства фельдшерско-акушерских пунктов, по открытию новых пунктов, по улучшению материально-технической базы, по повышению квалификации медицинских кадров.

Количество фельдшерско-акушерских пунктов в республике сократилось с 1826 в 2001 году до 1754 в 2017 году или на 3,9%, при этом снижение их числа за период с 2011 по 2017 год составило только 2,1%. Постепенно снижается численность сельского населения, вследствие чего средняя численность сельских жителей, обслуживаемых одним фельдшерско-акушерским пунктом, сократилось с 377 чел. в 2011 году до 311 чел. в 2017 году.

В рамках реализации федеральной целевой программы «Социальное развитие села до 2013 года» и республиканской целевой программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи на 2012-2016 гг.» в республике разработан типовый проект и освоено промышленное производство модульных фельдшерско-акушерских пунктов, которые поставляются заказчикам - центральным районным больницам - с необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой согласно утвержденному перечню оснащения.

С 2012 по 2017 год введено в эксплуатацию 396 модульных фельдшерско-акушерских

пунктов (22,6% от общего количества фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе 44 фельдшерско-акушерских пункта в течение 2017 года.

Вследствие постоянного внимания к повышению квалификации средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов, доля сотрудников, которым присвоена высшая квалификационная категория, увеличилась с 59,3% в 2011 году до 63,4% в 2017 году.

Основными проблемами укомплектования кадрами фельдшерско-акушерских пунктов остаются, во-первых, недостаточный темп прироста числа молодых специалистов (со стажем работы до 3 лет), доля которых в общем числе физических лиц составила в 2011 году 7,4%, в 2017 году 7,8%, во-вторых, рост доли специалистов пенсионного возраста с 6,8% в 2011 году до 17,2% в 2017 году.

В 2004-2005 гг. нами совместно с Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром Министерства здравоохранения Республики Татарстан была разработана форма годового статистического отчета фельдшерско-акушерского пункта, в которой отражены все разделы его работы.

Начиная с 2005 года, данная форма заполняется по итогам года каждым фельдшерско-акушерским пунктом. На основе этой формы организационно-методические кабинеты центральных районных больниц составляют сводный статистический отчет о работе подведомственных фельдшерско-акушерских пунктов района, а Республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан, суммируя отчетные материалы районов, создает единый отчет о работе фельдшерско-акушерских пунктов республики.

Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Тимершин Р.Р., Гарипова А.З.

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»
г.Казань, Россия

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, 2001-2016 ГГ.)

Показатели заболеваемости и смертности являются ведущими в формировании интегральных критериев, характеризующих состояние здоровья населения.

Показатель общей заболеваемости по обращаемости (распространенности болезней, болезненности) сельского населения вырос с 745,7‰ в 2001 году до 1075,7‰ в 2016 году (рост на 44,3%).

В структуре общей заболеваемости сельского населения первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (класс X), доля которых снизилась с 22,6% до 20,4%, то есть в среднем - это каждый пятый случай регистрации болезненности.

Далее в структуре общей заболеваемости сельского населения располагаются болезни системы кровообращения (19,7%), болезни костно-мышечной системы, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Показатель общей заболеваемости городского населения вырос с 1475,6‰ в 2001 году до 1786,1‰ в 2016 году (рост на 21,0%). Общая заболеваемость по обращаемости городского населения превышает аналогичный показатель сельского населения в 2001 году в 1,98 раза, в 2016 году в 1,66 раза. В структуре заболеваемости городского населения классы заболеваний расположены в той же последовательности.

Показатель смертности сельского населения снизился с 1643,6‰ в 2001 году до 1517,3‰ в 2016 году или на 7,7%. Смертность сельского населения превышает смертность городского населения в 2001 году в 1,35 раза, в 2016 году в 1,44 раза. При этом если показатель смертности сельского населения в 2016 году снизился только на 7,7% по сравнению с 2001 годом, то данный показатель по городской местности снизился на 13,6%.

Таким образом, при сравнении показателей обращает на себя внимание сочетание более высокой смертности и более низкой заболеваемости по сельской местности и более

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

низкой смертности и более высокой заболеваемости по городской местности, эти соотношения сохраняются как в 2001 году, так и в 2016 году.

Среди причин более низкой заболеваемости сельского населения в обобщенном виде следует указать более низкую обеспеченность врачами сельского населения, удаленность врачей от основной массы сельчан, проживающих в сельских населенных пунктах, которая стала еще более очевидной после массовой оптимизации участковых больниц, диагностирование заболеваний (самостоятельный амбулаторный прием) средними медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, что не учитывается в официальной статистике выявления заболеваний.

Обеспеченность врачами сельского населения Республики Татарстан сократилась с 9,6‰ в 2001 году до 7,7‰ в 2010 году (снижение на 19,8%) и выросла до 9,7‰ в 2016 году (рост на 26,0%). Рост обеспеченности врачами в последние годы отражает целенаправленную работу Правительства Республики Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан и главных врачей центральных районных больниц.

Современные штаты центральных районных больниц (прежде всего-сельских) не позволяют иметь постоянную(ые) выездную(ые) бригаду(ы) для повседневной работы в сельских населенных пунктах.

ISSN: 1819-1495 (print)
ISSN: 2541-867X (online)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ «ПОЛИТРАВМА/POLYTRAUMA»

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-71530 от 01 ноября 2017 г. (Роскомнадзор)



Тематика журнала: фундаментальные и прикладные теоретические, клинические и экспериментальные исследования, заметки из практики, дискуссии, обзоры литературы, информационные материалы, посвященные актуальным проблемам политравмы.

Аудитория: врачи, научные работники, преподаватели и студенты медицинских учебных заведений, руководители учреждений здравоохранения.

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендуемых ВАК РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук по отраслям науки:

14.01.00 - клиническая медицина;
14.03.00 - медико-биологические науки.

Журнал реферируется
РЖ ВИНТИ

Индексация:
РИНЦ
SCOPUS
Ulrich's International Periodicals Directory

Группы специальностей научных работников:
14.01.15 - травматология и ортопедия,
14.01.18 - нейрохирургия,
14.01.17 - хирургия,
14.01.20 - анестезиология и реаниматология,
14.03.03 - патологическая физиология.

Подписка на журнал "Политравма/Polytrauma"

На почте по каталогам:

"Роспечать" (36675), "Пресса России" (42358), "Почта России" (54714)

Оформление подписки через интернет:

Каталог "Роспечать" на сайте <http://press.rospr.ru>

Каталог "Почта России" на сайте <http://vipishi.ru/catalog-Pochta-Russia>

Каталог "Пресса России" на сайте <http://www.arpk.org>

Электронная версия журнала:

В редакции



(384-56) 2-38-88, 9-55-34

Преимущества подписки в редакции

- Выгодная цена
- Бесплатная доставка
- Гарантированная доставка изданий с комплектом документов

Адрес редакции:

652509, Кемеровская область, г. Ленинск-Кузнецкий, ул. Микрорайон 7, д. 9

тел: (384-56) 2-38-88, 9-55-34

тел/факс: (384-56) 2-40-50

pressa@gnkc.kuzbass.net; irmaust@gnkc.kuzbass.net; info@gnkc.kuzbass.net

Web: <http://www.mine-med.ru/polytrauma>, <http://www.poly-trauma.ru>

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Клинические аспекты
анестезиологии и интенсивной помощи**

Гирш А.О., Стуканов М.М., Леонов Г.В.
ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет
г.Омск, Россия

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

При тяжелом травматическом шоке у больных, еще на догоспитальном этапе, возникает гипотермия, которая, в свою очередь, является достоверным предиктором неблагоприятного клинического исхода.

Цель исследования. Модернизация программы инфузионной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах лечения у больных с тяжелым травматическим шоком для улучшения исходов.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты исследования выполненного у 27-и больных с травматическим шоком 3-й степени тяжести, который устанавливался на догоспитальном этапе на основании шокового индекса.

Все больные были распределены на две группы в зависимости от программы волеического возмещения на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. Инфузионная терапия у больных I группы (13 человек) проводилась стерофундином изотоническим и коллоидным раствором 4% модифицированного желатина (гелофузин) обычной температуры, а у пациентов II группы (13 человек) - стерофундином изотоническим и коллоидным раствором 4% модифицированного желатина (гелофузин) подогретыми до 38°C. Соотношение кристаллоидных и коллоидных растворов в программе инфузионной терапии у всех больных было - 1:3.

Всем больным оказывалась идентичная алгоритмированная комплексная неотложная медицинская помощь на догоспитальном и госпитальном этапах. После оперативного лечения все больные поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИИТ), где им проводилась, инфузионно-трансфузионная, респираторная, антибактериальная и симптоматическая терапия. У больных не отмечалось достоверных различий по объему кровопотери и проводимой инфузионно-трансфузионной терапии.

В первые сутки заместительная терапия анемии и коагулопатии потребления у всех больных проводилась по общепринятым критериям с помощью трансфузии свежезамороженной одногруппной плазмы и эритроцитарной массы в соотношении 3:1. В последующие двое суток трансфузионная терапия осуществлялась по результатам параметров коагуляционного гемостаза, гемоглобина и гематокрита.

Всем больным на госпитальном этапе проводилось оперативное лечение, после которого пациенты поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИИТ), где получали инфузионную, антибактериальную, респираторную и симптоматическую терапию. У всех пациентов на догоспитальном и госпитальном этапах осуществляли гемодинамический (неинвазивным способом и осциллометрическим методом) мониторинг. Оценивали температуру тела, сосудисто-тромбоцитарный (количество тромбоцитов) и коагуляционный (АЧТВ, РФМК) гемостаз, показатели эндотелиальной дисфункции и кислотно-щелочного состояния, определяли содержание лактата.

Результаты и обсуждения. Проводимая инфузионно-трансфузионная терапия у больных II группы способствовала более быстрому восстановлению гемоциркуляторных нарушений и тканевой перфузии. Кроме того, применение подогретых растворов в программе инфузионной терапии обуславливало ранее устранение гипотермии, нарушений эндотелия, гемостаза и метаболизма, что, в свою очередь, обуславливало уменьшение выраженности органно-системных нарушений. Также у больных II группы, по сравнению с пациентами I группы, регистрировалось меньшее (на 17,3%) количество трансфузируемой свежезамороженной одногруппной плазмы и эритроцитарной массы (на 8,4%).

Выводы.

Использование в программе инфузионной терапии у больных с травматическим шоком третьей степени тяжести на догоспитальном и госпитальном этапах подогретых до 38°C кристаллоидных и коллоидных растворов, по сравнению с применением неподогретых растворов, позволяет более быстро и действенно устранять гипотермию, гемоциркуляторные, гемостазиологические и метаболические нарушения, а также эндотелиальную дисфункцию.

Гирш А.О., Максимишин С.В.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет
г.Омск, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРИАНТОВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Использование в комплексной терапии острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) методов нутритивной поддержки позволяет не только корригировать явления гиперметаболизма, но и позитивно влиять на регресс полиорганной недостаточности.

Целью данного исследования явилась сравнительная оценка эффективности используемых вариантов парентерального питания у больных с острым респираторным дистресс-синдромом.

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты исследования выполненного у 39-и больных с тяжелым ОРДС, возникшем вследствие травматического шока 3-й степени тяжести находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), которые были разделены на I (19 человек) и II (20 человек) группы.

Диагноз острый респираторный дистресс-синдромом у всех больных устанавливался на основании индекса оксигенации (ИО), рентгенографического исследования (наличие билатеральных инфильтратов в легких слева и справа), фактора риска (травматический шок 3-й степени тяжести), острого начала (в течение первых 72-х часов), а также отсутствия клинических признаков левожелудочковой недостаточности.

У всех исследуемых пациентов в ОРИТ проводилась искусственная вентиляция легких (по единому алгоритму), антибактериальная, инфузионную и симптоматическая терапия. В течение всего периода пребывания в ОРИТ больным проводили гемодинамический (неинвазивным способом и осциллометрическим методом) и метаболический (непрямая калориметрия) мониторинг. Выраженность системного воспаления оценивали по концентрации прокальцитонина и уровню нейтрофильного лейкоцитоза. Выраженность органных дисфункций и эффективность терапевтических воздействий оценивали по шкале SOFA. У всех исследуемых пациентов не проводилось энтеральное питание в связи с парезом желудочно-кишечного тракта (сброс по назогастральному зонду составил более 1200 мл в сутки). Парентеральное питание у пациентов I группы проводилось системой «три в одном» (48/150) в объеме 1250 мл. Парентеральное питание у пациентов II группы проводилось системой «два в одном» (48/150) в объеме 1000 мл и добавлением в нее жировой эмульсии 3 поколения (МСТ-10/ЛСТ-8/Ю 3-2) в дозе 1,5 г/ кг массы тела в сутки.

Результаты и обсуждения. У пациентов групп I и II с третьих суток пребывания в ОРИТ регистрировался синдром гиперметаболизма. Используемые в комплексной терапии варианты парентерального питания одинаково действенно способствовали его снижению у больных групп I и II, за счет коррекции белково-энергетической недостаточности, и как следствие, уменьшению выраженности органо-системных нарушений.

В это же время, у больных II группы, по сравнению с пациентами I группы, регистрировалось более выраженное снижение системной воспалительной реакции. Об этом свидетельствовали статистически значимые уменьшения концентрации прокальцитонина и количества нейтрофильных лейкоцитов в крови у пациентов II группы, по сравнению с аналогичными показателями больных I группы.

Также у пациентов II группы отмечалась более ранняя (на 1,1 (1; 1,3) суток) положительная динамика индекса оксигенации, в отношении больных I группы.

Выводы.

Использование у больных вариантов парентерального питания в комплексной терапии ОРДС позволяет одинаково продуктивно корригировать синдром гиперметаболизма и способствовать регрессу полиорганной недостаточности.

Использование систем «два в одном» и жировой эмульсии 3-го поколения, по сравнению с применением систем «три в одном», у больных с ОРДС способствует снижению выраженности системной воспалительной реакции.

Гирш А.О., Данилов А.В.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет
г.Омск, Россия

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТАВОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Цель исследования. Оценка динамики параметров электролитного и кислотно-щелочного составов пациентов после оперативного протезирования тазобедренного сустава при проведении сбалансированной и несбалансированной периоперационной инфузионной терапии.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты исследования, выполненного у 34-х пациентов после оперативного протезирования тазобедренного сустава в плановом порядке.

Все пациенты были распределены на две группы в зависимости от варианта периоперационной инфузионной терапии. Инфузионная терапия у пациентов I группы (16 человек) проводилась кристаллоидным несбалансированным раствором 0,9% натрия хлорида, а у больных II группы (18 человек) - кристаллоидным сбалансированным раствором стерофундин изотонический.

Методом обезболивания у всех пациентов служила эпидуральная анестезия. В качестве анестетика использовали 0,5% бупивакаин. Оценка выраженности болевого синдрома оценивали по вербальной рейтинговой шкале (0 баллов) и визуальной аналоговой шкале (боли не было).

В послеоперационном периоде все пациенты получали инфузионную и симптоматическую терапию. Объем кровопотери определялся прямым (гравиметрическим) и косвенным (на основании данных системной гемодинамики, клинических симптомов, оценки объема наружной кровопотери) методами и составил у пациентов I группы - $812,3 \pm 34,1$ мл, а у больных II группы - $807,8 \pm 21,5$ мл. Интраоперационный объем переливаемых сред у пациентов I группы составил - $1520,4 \pm 112,1$ мл, а у больных II группы - $1498,7 \pm 123,8$ мл.

Объем инфузионной терапии в первые сутки послеоперационного периода у пациентов I группы составил - $1521,7 \pm 190,1$ мл, а у больных II группы - $1609,7 \pm 147,7$ мл. Инфузионная терапия всем исследуемым пациентам до оперативного лечения не проводилась. Перед оперативным лечением, в течение его, при поступлении и нахождении в ОРИИТ у всех пациентов осуществляли гемодинамический (неинвазивным способом и осциллометрическим методом) мониторинг. Через 12 и 24 часа после поступления в ОРИИТ определяли электролитный (K^+ , Na^+ , Cl^+) и кислотно-щелочного (рН, ВЕ) состав венозной крови.

Результаты и обсуждения. Проводимая в интраоперационном и послеоперационном периодах несбалансированная и сбалансированная инфузионная терапия у пациентов групп I и II одинаково действительно воздействовала на параметры системной гемодинамики и волемического статуса в течение всего периода наблюдения.

В свою очередь, проводимые варианты периоперационной инфузионной терапии оказывали различное влияние на показатели электролитного и кислотно-щелочного составов плазмы крови.

Действительно, в конце первых суток у пациентов группы I отмечалось достоверное увеличение концентрации в плазме венозной крови ионов хлора, также снижение ионов калия, рН и ВЕ венозной крови в отношении идентичных параметров больных II группы. Также, у пациентов группы I в течение всего периода наблюдения регистрировалась статистически значимая динамика увеличения концентрации в плазме венозной крови ионов хлора, также снижение ионов калия, рН и ВЕ венозной крови. В свою очередь, у больных II группы не отмечалось достоверной разницы в отношении вышеперечисленных показателей в течение всего периода наблюдения.

Выводы.

1. Использование сбалансированной и несбалансированной периоперационной инфузионной терапии оказывает одинаково позитивное влияние на системную гемодинамику и волемический статус у больных.

2. Применение несбалансированной периоперационной инфузионной терапии, в отличие

**Клинические аспекты
анестезиологии и интенсивной помощи**

от сбалансированной, вызывает способствует негативным изменениям показателей электролитного и кислотно-щелочного составов плазмы крови.

Дюсупов А.З., Дюсупова А.А., Дюсупова Б.Б.

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

**ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ
У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИИ**

Актуальность исследования. Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) является важнейшей составляющей в лечении больных в критическом состоянии, которая позволяет своевременно восполнить дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), поддержать эффективное кровообращение в органах и тканях пациентов. От адекватности проводимой терапии зависит не только успех лечения критических состояний, но и жизнь пострадавших. (Гуманенко Е.К. с соавт., 2005г.; Гельфанд Б.Р. с соавт., 2006г.; Голуб И.Е. с соавт., 2011г.; Дюсупов А.З., с соавт., 2014, 2017гг.).

Цель исследования. Снизить частоту осложнений при массивной инфузионно-трансфузионной терапии и выработать критерии оценки ее достаточности.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников, посвященных данному вопросу, историй болезней умерших больных, результаты лечения 132-х больных, разделенные на группу исследования (ГИп=68) и группу сравнения (ГСп=64), наблюдавшихся в критическом состоянии в палатах интенсивной терапии (ПИТ) и реанимационном отделении (РО) БСМП г. Семей. При этом были использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, данные УЗИ, ЭЭГ, компьютерной томографии и центрального венозного давления (ЦВД) и ее показателей до, во время и после лечения.

Результаты и обсуждение. ИТТ больным, находящимся в критическом состоянии осуществлялось по общепринятой методике, принятой в анестезиологии и реаниматологии, ПИТ и кардио-терапевтической отрасли медицины, как в выборе объема вводимых лекарственных кровозамещающих питательных растворов, так и в скорости их вливания внутривенно.

Критериями адекватности проводимой ИТТ были восстановление показателей АД до безопасного уровня, число сердечных сокращений и дыхательных движений, почасового диуреза и ЦНС, их стабильное состояние, подъем величины ЦВД до 30-60 мм вод.ст., от отрицательного уровня.

В совокупности полученные показатели гомеостаза позволили нам в дальнейшем: уменьшить интенсивность ИТТ или остановить ее под контролем ЦВД на уровне ± 10 мм вод.ст., синхронным контролем легочной гемодинамики (среднее давление в легочной артерии не более 20 мм рт.ст.), поддержанием почасового диуреза на уровне 30-50 мл/час.

При этом летальные исходы среди больных ГИ отмечены в 4,1% случаев, у которых тяжесть полученных травм была несовместима для жизни.

Продолжение ИТТ с поддержкой ЦВД на уровне 50-120 мм вод.ст., на 2-3-5-е сутки привело к дисфункции деятельности жизненно важных органов, постепенным переходом к их моно- или полиорганной недостаточности (ПОН) в виде: РДСС, энцефалопатии, массивного кровотечения со стороны ЖКТ, почечной и ССН, приведших к летальному исходу в 21,6% случаев.

Выводы.

Существует закономерная связь между развитием ПОН и изменением ЦВД организма человека, находящегося в критическом состоянии, заключающаяся в том, что повышение уровня ЦВД в полой верхней вене (до 30 мм вод.ст и более) в течение длительного времени (более 48-72 часов), в частности, при ИТТ, приводит к развитию клинической манифестации дисфункции и недостаточности жизненно важных органов организма (легких, головного мозга, почек, желудочно-кишечного тракта и др.) вследствие отека их тканей, обусловленного гиперволемией, повышением гидростатического и снижением коллоидно-осмотического давления крови в сосудах (Диплом на Открытие в медицине N 457, 2013г., МААНО и РАЕН, РФ, г.Москва).

Дюсупова А.А., Игисинов Д.К., Арипбаева А.Н., Оспанова А.Е., Омарова Г.С.

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Исследование состояния центральной и легочной гемодинамики при проведении инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) является актуальным вопросом клинической медицины. Это объясняется наличием в практике многочисленных случаев смерти пациентов, обусловленных осложнениями проводимой активной терапии.

Цель исследования. Провести оценку состояния центральной и легочной гемодинамики у больных до, и после проведения ИТТ.

Материалы и методы исследования. Состояние центральной и легочной гемодинамики оценивали методами инвазивного (измерение ЦВД: катетеризация подключичной вены по Сельдингеру) и неинвазивного мониторинга (эхокардиографическое исследование сердца (Эхокг) - МО-минутный объем, УО-ударный объем, УИ-ударный индекс, СИ-сердечный индекс, ФВ-фракция выброса, ЛП-левое предсердие, ПЖ-правый желудочек, ОЛС-общее легочное сопротивление, ДЛАСр-среднее давление в легочной артерии, диаметр ЛА-легочной артерии, максимальную скорость кровотока через ЛА).

Методики мониторинга применялись у 36-и больных, получавших лечение в ПИТ и в специализированных отделениях больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей. Из них 52,9% составили больные с ожогами 2-3Б степени и с переломами голени, 30% - с острой пневмонией и сопутствующей ишемической болезнью сердца, остальные 9,8% - с язвенной болезнью и 7,3% с хроническим остеомиелитом. Средний возраст пациентов составлял $50,6 \pm 1,5$ лет, площадь поверхности тела - $1,63 \pm 0,02$ м².

Результаты и их обсуждение. Всем больным оказывалась неотложная помощь, основой которой явилась ИТТ. ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что объем внутривенной инфузии составил от 400 до 1400 мл/сутки. Исследованием исходных значений параметров центральной и легочной гемодинамики у больных до начала ИТТ в целом по группе выявлено нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

Иная ситуация сложилась после проведенной инфузионной терапии. Так зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД от $6,7 \pm 0,7$ до $66 \pm 3,4$ мм вод.ст., АДср. от $98 \pm 1,2$ до $107,6 \pm 1,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Частота сердечных сокращений возросла до $96,8 \pm 1,0$ ударов в минуту ($p < 0,05$). Показатели МО и СИ достоверно отличались от исходных их значений ($7,0 \pm 0,2$ л/мин и $4,2 \pm 0,1$ л/мин/м²) и составили соответственно $8,0 \pm 0,1$ л/мин, $4,9 \pm 0,1$ л/мин/м². То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до $3,3 \pm 0,04$ и $2,7 \pm 0,05$ см при исходных значениях $3,1 \pm 0,06$ и $2,4 \pm 0,04$ см соответственно ($p < 0,05$). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних носила характер тенденции ($p > 0,05$). Относительно динамики параметров легочной гемодинамики, то выявлено достоверное повышение ДЛАСр. и диаметра ЛА от $12,7 \pm 0,6$ и $2,1 \pm 0,04$ до $18,7 \pm 0,8$ мм рт.ст. и $2,5 \pm 0,06$ см соответственно ($p < 0,05$). Обнаружены повышенные значения ОЛС - $303 \pm 15,7$ дин/с/см⁵ ($p < 0,05$) и максимальной скорости легочного кровотока - $1,0 \pm 0,03$ м/с ($p < 0,05$). Следует отметить, что у пациентов с показателями ЦВД в пределах от 30 до 80 мм вод.ст. значения среднего давления в легочной артерии составили 29-34 мм рт.ст., а ОЛС на уровне от 400 до 680 дин/с/см⁵.

Выводы.

1. При проведении ИТТ с целью профилактики волевических осложнений необходим контроль за исходным и посттрансфузионным уровнем ЦВД и показателями легочной гемодинамики (ДЛАСр., ОЛС, максимальная скорость кровотока ЛА).

2. При значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии.

Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов В.В., Жданов Р.В., Бутов О.В.

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» им. С.В. Беляева
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ АДЕНОТОМИЯХ И ТОНЗИЛЛОТОМИЯХ

Аденотомия и тонзиллотомия являются давними и одними из наиболее часто выполняемых операций у детей во всем мире. При аденомиях и тонзиллотомиях наиболее часто применяют ингаляционную анестезию севофлураном, обладающую целым рядом преимуществ. Такие, как простота применения, возможность быстрого управления глубиной, прогнозируемость скорости пробуждения. Тем не менее, ингаляционные галогенсодержащие анестетики и деполаризующие миорелаксанты применяемые при анестезии могут вызывать злокачественную гипертермию (ЗГ).

Злокачественная гипертермия (ЗГ) представляет собой связанное с анестезией фармакогенетическое нарушение, наследуемое по аутосомно-доминантному типу с вариабельной экспрессивностью и неполной пенетрантностью, проявляющееся нарушением регуляции кальция в скелетной мускулатуре и гиперметаболизме.

Проблема злокачественной гипертермии остается окончательно нерешенной, и особенно в России. Высокая летальность, достигающая 80% в случае развития фульминантной ЗГ у пациента связана с тем, что доступность дантролена, единственного антидота, крайне низка. Предрасположенность к ЗГ диагностируется по данным анамнеза, в том случае если есть данные на случай ЗГ у данного пациента, либо членов его семьи. Если у одного из родителей есть предрасположенность к ЗГ, вероятность ЗГ у пациента будет 50%. Некоторые мышечные заболевания, такие как поражения ядер миоцитов, мышечная дистофия Дюшена могут быть связаны со злокачественной гипертермией.

У пациентов с предполагаемой предрасположенностью к ЗГ крайне важно избегать ингаляционных анестетиков, сукцинилхолина. Анестезию можно безопасно проводить с помощью внутривенных анестетиков, нитрооксида азота, ксенона, недеполяризующих миорелаксантов

Цель исследования. Провести анализ течения многокомпонентной общей анестезии без триггеров ЗГ у детей при аденотомиях и тонзиллотомиях.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница». В исследование включали 70 пациентов в возрасте от 2 до 16 лет, со степенью анестезиологического риска по ASA 1-2 степени, перенесших аденотомию, тонзиллотомию.

Средний возраст пациентов составил $7,3 \pm 3,49$ года, вес $30,11 \pm 17,38$ кг, степень анестезиологического риска по ASA составила у 53 пациентов (76%) - 1 степень и у 17 (24%) - 2 степень. У 48 пациентов выполнялись аденотомии, у 18 аденотонзиллотомии, у 4 тонзиллотомии. Продолжительность операции составила 36 ± 18 минут. Проводилась упреждающая анальгезия комбинацией лидокаина 2% 4 мг/кг не более 200 мг, ингалируемого через небулайзер, и перфалгана вводимого в дозе 15 мг/кг внутривенно. В качестве премедикации не посредственно перед операцией вводили внутривенно: атропин $0,1 \pm 0,01$ мг/кг, дексаметазон $0,18 \pm 0,03$ мг/кг, метоклопрамид $0,13 \pm 0,02$ мг/кг, этамзилат натрия $11,5 \pm 2,1$ мг/кг. Индукцию анестезии осуществляли внутривенным введением пропофола $2,6 \pm 0,3$ мг/кг, фентанила $3,8 \pm 0,7$ мг/кг, атракурия безилата $0,4 \pm 0,1$ мг/кг. Проходимость дыхательных путей обеспечивали эндотрахеальной трубкой с манжетой. Поддержание анестезии обеспечивали пропофол $3,5 \pm 1,5$ мг/кг, N_2O/O_2 с фракцией кислорода в дыхательной смеси 30 - 40%, фентанил по необходимости $1,8 \pm 0,8$ мг/кг/час. Проводили инфузионную терапию во время операции кристаллоидными растворами $11,2 \pm 3,5$ мл/кг. Экстубацию выполняли в положении на боку, после санации ротоглотки. После экстубации проводили респираторную поддержку кислородом 3-4 л/мин в течение $2,2 \pm 0,9$ минут.

Результаты исследования. При индукции анестезии осложнений не было. Во время анестезии отмечались стабильные показатели гемодинамики, среднее АД 67-84 мм.рт.ст., ЧСС - 99-

108 в минуту, SpO₂ - 98-100%. Время от окончания операции до экстубации составило 7,3±3,2 минуты, перевод в отделение от момента экстубации составил 8,1±3,1 минуты. Пробуждение было достаточно гладким, после экстубации не было ларингоспазмов, и синдрома ажитации, аллергических реакций. У прооперированных детей регистрировались следующие осложнения: кашель был у 5 (7%) пациентов, десатурация после экстубации была у 1 (1,5%) пациента до 86%, в течении 20 секунд, послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) была у 1 (1,5%) пациента. В течении первых двух часов после операции болевой синдром слабой интенсивности регистрировался по визуально-аналоговой шкале у 12 (17%) пациентов, после экстубации 3,2±1,7 баллов, перед переводом в отделение 1,9±0,5, через 2 часа после экстубации 1,5±0,9 баллов.

Выводы.

Применение многокомпонентной общей анестезии на основе пропофола, фентанила и нитрооксида азота, миоплегия атракурия безиламом и применением мультимодальной упреждающей аналгезии, профилактики ПОТР не сопровождается риском развития ЗГ и позволяет обеспечить адекватную анестезию детям при аденотомиях и тонзиллотомиях, с быстрым пробуждением и низким количеством осложнений в пери/послеоперационном периоде.

Анестезиологическое обеспечение было представлено фентанил доза насыщения 2,6 мкг/кг, в группе N 2 доза насыщения фентанила 3,9 мкг/кг (p=0,006). Доза поддержания фентанила в группе N 1 - 2,2 мкг/кг/час, в группе N 2 - 2,9 мкг/кг/час (p=0,01).

Верхние дыхательные пути хорошо кровоснабжаемая и иннервируемая область. Хирургические вмешательства в этой области и обеспечение проходимости дыхательных путей может приводить к выраженной ноцицептивной импульсации и стимуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ влияния упреждающей мультимодальной аналгезии ингаляцией лидокаина и перфалганом в сравнении с фентанилом на течение анестезии у детей, оперированных в полости носа и носоглотке.

Задачи исследования.

1. Изучить частоту и степень выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

2. Оценить в сравнительном аспекте влияние различных видов аналгезии на течение раннего послеоперационного периода.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» в период с 2012 по 2015 гг. После получения информированного согласия родителей в исследование включали детей в возрасте от 3 до 17 лет, с 1-2 степенью анестезиологического риска по ASA, оперированных в полости носа и носоглотке. В зависимости от способа упреждающей аналгезии все пациенты, были разделены на две группы.

В I группе (n=75) проводилась упреждающая аналгезия комбинацией лидокаина 2% 4 мг/кг не более 200 мг, ингалируемого через небулайзер, и перфалгана вводимого в дозе 15 мг/кг внутривенно. Профилактика послеоперационной боли проводилась непосредственно перед хирургическим вмешательством. В первой группе пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: тонзиллотомии 5 (7%), аденотомии 24 (32%), аденотонзиллотомии 10 (14%), подслизистые резекции носовой перегородки 29 (39%), удаление новообразований 6 (8%).

Во II группе (n=75) использовали фентанил в дозе 2-3 мкг/кг, внутривенно вводимый во время индукции анестезии. Пациентам во второй группы были выполнены операции: тонзиллотомии 4 (5%), аденотомии 20 (28%), аденотонзиллотомии - 9 (12%), подслизистые резекции носовой перегородки - 34 (45%), удаление новообразований - 8 (10%).

Для сравнительной оценки степени аналгезии после операции изучали частоту и степень выраженности болевого синдрома после экстубации/удалению ЛМА, по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

**Клинические аспекты
анестезиологии и интенсивной помощи**

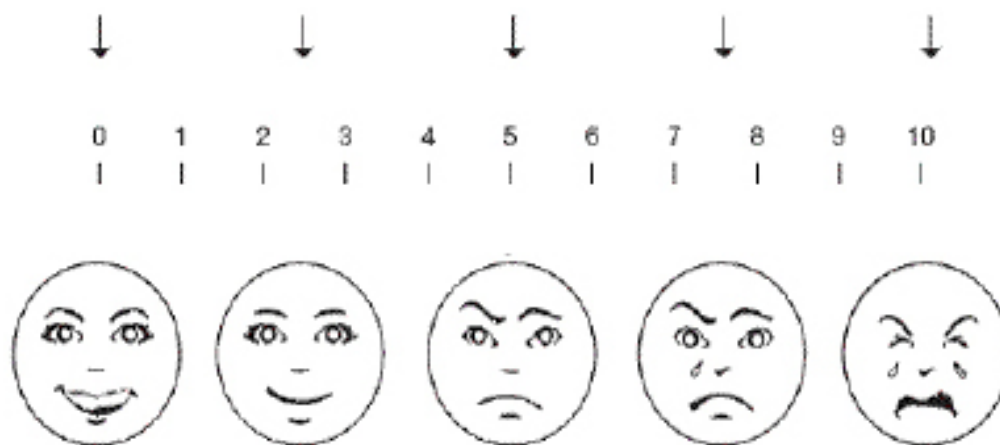


Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала

Результаты исследования. При сравнительном анализе полученных результатов было выявлено, что у пациентов в группе I была на 4 минуты (на 40%) раньше была выполнена экстубация/ удаление ЛМА ($p=0,0001$) и на 5 минут (на 50%) раньше был возможен перевод в отделение ($p=0,0002$). Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде наблюдался у пациентов в группе I реже на 28% ($p=0,03$), и степень выраженности болевого синдрома была ниже на 50%, чем у пациентов в группе II. Необходимость в анальгезии в первые 2 часа после хирургического вмешательства возникала на 15% реже у пациентов в группе I ($p=0,001$). Что соответствовало литературным данным о положительном влиянии упреждающей анальгезии на течение послеоперационного периода, выраженность болевого синдрома, и уменьшение потребности в опиоидных анальгетиках.

Выводы.

Применение упреждающей мультимодальной анальгезии в виде местной анестезии лидокаином в дозе 4 мг/кг через небулайзер, перфалганом 15 мг/кг вводимым внутривенно уменьшает на 28% частоту болевого синдрома и на 15% необходимость в обезболивании в раннем послеоперационном периоде при операциях в полости носа и носоглотке у детей.

Обеспечение анальгезии в комплексе многокомпонентной общей анестезии без опиоидных анальгетиков, способствует на 50% более раннему пробуждению, переводу в отделение.

Кравцов С.А., Шаталин А.В., Малев В.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

**ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ**

Актуальность исследования. По данным ВОЗ полиорганная недостаточность в раннем послешоковом периоде (3-5 сутки) у пострадавших с политравмой развивается в 27-30% случаев, летальность составляет 50-65%. Важным компонентом интенсивной терапии синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) у пострадавших с политравмой являются экстракорпоральные методы лечения. В настоящее время широкое применение получили методики гемодиализа (диффузионный метод), гемофильтрации (конвективный метод) и гемодиафильтрации (смешанный метод). Предпочтение отдается конвективным методикам, так как их преимущество состоит в удалении субстанций с большей молекулярной массой, включая многие воспалительные медиаторы. Дискуссионным вопросом до сих пор остается определение критериев начала заместительной

почечной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность раннего начала интермиттирующей заместительной почечной терапии у пациентов с политравмой с синдромом полиорганной недостаточности.

Материалы методы исследования. Исследование основано на ретроспективном и проспективном анализе результатов лечения пациентов с ПОН вследствие политравмы находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ за период 2014-2017 гг..

В исследование было включено 46 пациентов, разделенных на две группы. Рандомизацию осуществляли при помощи компьютерной программы с ограниченной базой данных случайных чисел. Нечетные числа соответствовали включению пациента в основную группу - 28 пациентов, четные - в группу сравнения, 18 пациентов. Средний возраст пациентов составлял $39,5 \pm 2,5$ лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 34/12 (64,7%/35,3%) соответственно.

В обе группы входили пациенты с политравмой, осложненной развитием СПОН, доминирующим компонентом являлась острая почечная недостаточность (ОПН). Группы сопоставимы по степени тяжести повреждения, по шкале ISS (Injury Severity Score) она составляла $41 \pm 1,4$ баллов и тяжести состояния, по шкале MOD $19 \pm 0,7$ баллов (75% вероятность летального исхода).

В комплексном лечении СПОН всем пациентам проводился стандартный комплекс интенсивной терапии (респираторная поддержка, инфузионная, антибактериальная, реологическая терапия, по показаниям проводилась коррекция анемии, ацидоза, энтеральное и парентеральное питание) и почечная заместительная терапия.

Заместительная почечная терапия проводилась аппаратом АК-200 - ультра (Gambro, Швеция), в режиме вено-венозной гемофильтрации, со средней скоростью кровотока 200-220 мл/мин. Сосудистый доступ осуществлялся путем катетеризации бедренной вены 2-х просветным катетером. Первый сеанс длился 2-2,5 часа с использованием низкопоточного диализатора с низкой скоростью кровотока. Длительность процедуры постепенно увеличивали до 4-6 часов. Контроль за состоянием пациентов осуществлялся с помощью клинико-биохимического мониторинга, оценивались основные параметры гемодинамики и диуреза.

В группе сравнения критериями начала почечной заместительной терапии при нарастающей ОПН были: гиперкалиемия ≥ 6 ммоль/л, креатинин плазмы ≥ 280 мкмоль/л, диурез ≤ 20 мл/час.

В основной группе использовались дополнительные критерии для проведения заместительной почечной терапии, позволяющие начинать ее в более раннем периоде развития полиорганной недостаточности. Это - повышение $\text{Na}^+ > 150$ ммоль/л, осмолярность > 300 мосмоль/л, повышение токсичности плазмы по концентрации средних молекул $\geq 1,0$. Снижение диуреза ≤ 40 мл/час.

Результаты исследования. Количество процедур почечной заместительной терапии (ПЗТ) в группе сравнения в среднем составило $13,1 \pm 0,8$. Восстановление выделительной функции почек у 8 пациентов данной группы отмечалось на 18 ± 1 сутки с момента начала почечно-заместительной терапии. Диурез возрастал до 110 ± 13 мл/час, нивелировались ионно-электролитные и КОС нарушения, стабилизировались основные параметры гемодинамики, снижалась степень респираторной поддержки. Летальность составила 10 человек, что составляло 56% от общего числа пациентов данной группы.

У 19 пациентов основной группы, для получения аналогичных результатов, потребовалось проведения меньшего количества сеансов гемодиализа и гемодиафильтрации по сравнению с группой сравнения и составило $8 \pm 0,53$ процедуры. В данной группе отмечалось более раннее восстановление функции почек - переход в полиурию ($13 \pm 1,3$ сутки). Летальность в основной группе была ниже и составила 9 человек (32,1% от общего числа больных данной группы).

Выводы.

При политравме осложненной полиорганной недостаточностью эффективность почечно-заместительной терапии напрямую зависит от степени водно-электролитных, метаболических изменений и степени токсикоза.

Показанием к использованию диализных методов лечения может служить некорректируемая гипернатриемия (концентрация натрия в плазме крови выше 150 ммоль/л) и гиперосмолярность (выше 300). Использование этих, дополнительных, критериев для начала диализных методов лечения позволяет добиться снижения летальности более чем на 20%.

Макаров Д.Н., Сунцова Е.Г.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
г.Новокузнецк, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Актуальность исследования. Проводниковая анестезия в настоящее время по праву считается методом выбора при проведении операций на верхних конечностях (Травков А.А., 2005г.; Корячкин В.А., 2008г.; Мизиков В.М., 2011г.), но, как и любое медицинское вмешательство, проводниковая анестезия имеет свои побочные эффекты и осложнения. Большинство описанных методик основаны на слепом методе доступа к нервным структурам и ориентации на ощущения пациента (парестезии) и ощущения врача («провал», «щелчек», «упирание в кость» и пр.), что, в свою очередь, может приводить к различного рода осложнениям, таким как повреждение нерва, пункция артерии, пневмоторакс, высокий спинальный блок (Dziadzko M.A., 2009 г.; Дударев И.В., 2015 г.), а за частую, просто к неудовлетворительному качеству анестезии. И даже использование стимулятора для поиска нервных стволов не дает стопроцентной гарантии избежать повреждения нервов или сосудов. В последние годы все большую популярность приобретает методика блокады сплетений и нервов под ультразвуковым контролем, которая позволяет врачу визуально контролировать процесс выполнения анестезии.

Материалы и методы исследования. В клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2016-2017 гг. проведено 572 анестезии плечевого сплетения с ультразвуковой визуализацией при операциях на верхних конечностях. Возраст пациентов варьировал от 18 до 78 лет. Мужчины составили 58%, женщины - 42%. Сопутствующую патологию имели 54% пациентов. Для визуализации использовался ультразвуковой аппарат Fukuda UF750 с линейным датчиком. Для анестезии использовался раствор лидокаина 1% либо раствор наропина 0,5%.

Результаты исследования. Из 572 анестезиологических пособий с применением УЗ-визуализации лишь в 32 случаях (5,6%) потребовалось дополнительное внутривенное введение 50-100 мкг фентанила на начало операции для потенцирования анестезии. В остальных случаях к моменту кожного разреза наблюдалась адекватная анестезия, не требующая дополнительного введения наркотических анальгетиков. Расход местного анестетика составил 9-20 мл (лидокаин 90-200 мг, наропин 45-100 мг). Не отмечено ни одного случая неэффективности блокады, потребовавшего перехода на другой вид анестезии. Не отмечено ни одного осложнения связанного с анестезией.

Вывод.

Проводниковая анестезия плечевого сплетения с использованием ультразвуковой визуализации является высокоэффективной и достаточно безопасной методикой и может быть рекомендована в качестве метода выбора при операциях на верхних конечностях.

Пугачев С.В., Каменева Е.А., Боровков Я.О.

ГАУЗ КО ОКБСМП
г.Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ

Одной из предпосылок к появлению концепции «Сепсис-3» было несоответствие дефиниций сепсиса, основанных на диагностике системного воспалительного ответа (СВО), и клинической картины. Указывалось, что порядка четверти пациентов с инфекционной этиологией полиорганной недостаточности (ПОН) не имели признаков СВО (Singer M. 2016 г.). Другой проблемой являлась очень низкая специфичность критериев СВО, которые, на самом деле являются признаками

инфекции вообще. А если еще либеральнее подходить к вопросу, то в симптоматике СВО вполне можно усмотреть облик адаптационного синдрома.

Инфекции в отделении интенсивной терапии, вызывая ПОН, могут трехкратно увеличивать летальность (Chiurazzi С. 2015 г.). Ожидая от госпитального инфекционного процесса определенной клинико-лабораторной симптоматики, медицинское учреждение затрачивает достаточно большие средства на мониторинг лейкоцитоза, незрелых форм лейкоцитов, прозрачности легочной ткани на прямой рентгенограмме. Чуть более выборочно осуществляется подход к более дорогим исследованиям (томография, биохимические маркеры сепсиса и др.).

Мы провели ретроспективную оценку архивов историй болезни пациентов находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (n-1700). Оценивалась клинико-лабораторная картина в день получения положительной культуры из дыхательных путей во время ИВЛ (само микробиологическое заключение, разумеется, отставало на 2-5 суток). Выяснилось, что при наличии в дыхательных путях патогенного микроорганизма ($>10^4$ КОЕ/мл), только у 30% пациентов лейкоцитоз составлял $> 12 \times 10^9$ /л. Палочко-ядерный сдвиг ($>10\%$) встречался еще реже - лишь у 20%, фебрильная гипертермия у 15%. И даже инфильтрация легочной ткани на рентгенограмме определялась менее чем у 50% таких пациентов.

Еще одним интересным фактом явилось то, что при сравнении исходов у пациентов, демонстрировавших признаки СВО и не имевших таковых, у последних отмечалась меньшая летальность, меньший показатель ПОН по SOFA, они потребовали меньшее количество сеансов гемодиализации.

То, что СВО является причиной ПОН, это, конечно, не удивительно. Но то, что большинство пациентов не развивает общей инфекционной симптоматики в ответ на явный инфекционный процесс в дыхательных путях, наталкивает на мысль о биологической целесообразности подобного явления (избежание ПОН).

О иммуносупрессии, которая наблюдается у пациентов в критическом состоянии, имеется достаточно много литературных данных, она проявляется повышенной чувствительностью к госпитальным инфекциям (Morris A. 2013 г.). Традиционно, имеется тенденция рассматривать иммуносупрессию как часть ПОН. В то же время, имеющаяся статистика, биологическая целесообразность отсутствия СВО и данные о возможности регуляции иммунной системы со стороны вегетативной нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-гуморальных осей (Benarroch E. 2015 г.), позволяют предположить адаптивную роль иммуносупрессии в критических состояниях. В мировой научной литературе имеются также предположения и о адаптивной роли ПОН в целом (Singer M. B. 2004 г.; Тулупов А.Н. 2014 г.). Ведь каков бы ни был механизм органной дисфункции (тромбоз микроциркуляторного русла, системная гипоксия, системная эндотелиальная дисфункция) в органах погибших пациентов не находят значимых некрозов, которые могли бы привести к гибели. Состояние тканей органов при ПОН определяется патологоанатомами как пара- или гипобиоз на фоне блокады микроциркуляторного русла (Graetz T. 2016 г.).

Хотя, патогенез ПОН любой этиологии, и адаптации к ней еще далек от полной ясности, а важнейшие практические задачи приходится решать уже сейчас. Одна из них - начало и окончание антибактериальной терапии. Казалось бы - нозологический принцип диктует: инфекция=антибиотик. Но в том-то и дело, что клиническая картина инфекции часто бывает блеклой, и «малоинфекционной». Концепция сепсиса, разработанная для того, чтобы в клинике и даже в доклинических условиях выделять группу пациентов, подозрительных в плане инфекционного генеза патологического состояния, постоянно меняет список критериев. А превращение сепсиса в нозологическую единицу без учета адаптивных механизмов весьма сужает клиническое мышление.

Выводы.

Часто, единственным симптомом госпитальной инфекции является наличие микроорганизма в потенциально стерильных тканях. Вместо малополезного мониторинга рентгенологической картины и уровня лейкоцитов дешевле, быстрее и надежнее попробовать мониторировать микроскопическую картину в средах организма, например, окраска по Граму промывной жидкости бронхов (O'Ного et al. 2014 г.), при положительной картине - микробиологическое ее исследование и назначение антибактериального препарата в зависимости от типа возбудителя. Усложняет ситуацию необходимость профилактического применения курса антибиотиков, например, при политравме.

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

Таким образом, мы сталкиваемся с проблемой неинфекционного применения антибиотиков, которая выходит за рамки существующих стандартов лечения. А вся обрисованная проблема требует продолжения исследований, постоянного пересмотра патофизиологической концепции и индивидуального подхода к каждому клиническому случаю.

Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Голошумов Н.П., Агаджанян В.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России
г.Новосибирск, Россия

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА

Цель исследования. Оценить возможность использования расширенных параметров воспаления автоматизированного гематологического анализа (активированных нейтрофилов и лимфоцитов) у пациентов в критическом состоянии для диагностики септических осложнений.

Материалы и методы исследования. В клинических условиях было обследовано 17 пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии, из них 7 - с документированным сепсисом (основная группа) и 10 - без сепсиса (группа сравнения). На 1-3-и сутки после поступления пациентов в отделение реанимации определяли расширенные параметры воспаления на анализаторе «Systech XN 1000» (Япония). В одновременно полученных образцах сыворотки крови определяли концентрации С-реактивного белка (С-РБ) иммунотурбидиметрическим методом и прокальцитонина (ПКТ) иммунохимическим методом на Cobas 6000 (Roche, Швейцария). Различия между группами выявляли с помощью критерия Манна-Уитни и считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Описание корреляционных связей между признаками осуществляли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (s).

Результаты исследования. Развитие воспалительной реакции у пациентов основной группы характеризовалось значительным увеличением интенсивности реактивности нейтрофилов NEUT-RI (73 (63,9-80,1) FI против 53 (51,8-55,0) FI, $p < 0,001$) при отсутствии отличий между группами по количеству лейкоцитов, нейтрофилов, незрелых гранулоцитов. При этом отмечалась сильная прямая корреляционная связь величины NEUT-RI с уровнями прокальцитонина ($s = 0,642$, $p = 0,005$) и С-РБ ($s = 0,774$, $p < 0,001$).

Выводы.

Таким образом, установленные существенные различия по показателю интенсивности реактивности нейтрофилов (NEUT-RI) у пациентов в критическом состоянии с сепсисом и без сепсиса позволяет рассматривать данный параметр как ценный «быстрый» диагностический маркер сепсиса, простой в исполнении и доступный в стандартном анализе крови.

**Цоколов А.В., Ильин И.Б., Ткачев Е.В., Настаева М.В., Крылов В.А., Стариков В.Н.,
Зиновьев С.В., Юмаев Р.Х.**

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь»
Судебно-медицинская лаборатория филиала N 1 Федерального государственного
казенного учреждения «111 Главный государственный центр судебно-медицинских
и криминалистических экспертиз» Министерства обороны Российской Федерации
г.Калининград, Россия

ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА И ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ (АМАТОКСИНОМ)

Преднамеренное или случайное употребление в пищу грибов, содержащих аматоксин, чревато серьезными осложнениями и часто приводит к инвалидизации. Анализ Российских

и Западных источников литературы не позволил найти ни одного сообщения, в котором бы подробно описывались изменения миокарда у лиц, отравившихся аматоксином.

Клинические данные. Острое отравление аматоксином было нами диагностировано у 19-летнего молодого человека через 3 суток после употребления в пищу Бледной поганки. На 6-е сутки у пациента развилась острая почечная и печеночная недостаточности, с появлением АВ-блокады I степени (интервал PQ - 400 мс). На исходе 8-х суток была выявлена лабораторно-инструментальная картина повреждения миокарда. ЭКГ-картина характеризовалась острым трансмуральным повреждением миокарда, на фоне повышения уровня тропонинов-TNI и массивного ДВС-синдрома. Смерть больного наступила на 9-е сутки, через 12 часов с момента появления первых ЭКГ-изменений по типу «повреждения».

По данным аутопсии коронарные артерии оказались интактными, проходимыми на всех уровнях, при отсутствии макро-изменений в виде «повреждения/инфаркта миокарда» при внешнем осмотре. Гистологическое исследование миокарда выявило отечность стромы, очаговое исчезновение поперечной исчерченности с фрагментацией кардиомиоцитов, истончение миоцитов, выраженную тотальную белковую дистрофию, кариопикноз, кариолизис, глыбчатый распад саркоплазмы.

Обсуждение. Данный пример показался нам интересным в связи с быстрым развитием типичной ЭКГ зарисовки повреждения миокарда, с предшествовавшей этому прогрессирующей АВ-блокадой I степени. В большинстве случаев АВ-блокада I степени обусловлена органической патологией сердца. Поскольку в 85-90% случаев задержка в проведении импульсов локализуется в АВ-узле, можно однозначно говорить о том, что АВ-блокада I степени - следствие первичного поражения проводящей нервной системы сердца аматоксином, с дальнейшим накоплением внутриклеточных «ошибок», приводящих к апоптозу и внутриклеточной гибели кардиомиоцитов, с ЭКГ-признаками повреждения миокарда ЛЖ.

Выводы.

Необратимые в случае отравления аматоксином, но имеющие возможность обратного развития при острой ишемии/остром коронарном синдроме ЭКГ-изменения и в том и в другом случае обусловлены повреждением клеточных структур кардиомиоцитов, но глубина повреждения при этом кардинально различается. ЭКГ-картина в таких ситуациях абсолютно неспецифична, и не имеет строгих различий при ишемических и токсических повреждениях миокарда, и об этом следует помнить всегда, тем более в эру активного использования все новых и новых химических веществ и препаратов.

Отравление «аматоксином» должно рассматриваться как одна из возможных причин смерти пациентов с острой печеночной недостаточностью или с обширным острым гепатоцеллюлярным некрозом. При этом необходимо иметь в виду тот факт, что аманитин может быть выявлен только лишь при помощи жидкостного хроматографического масс-спектрометра главным образом в тканях почек.

Шабанова Г.В., Цоколов А.В., Крылов В.А.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь»
г.Калининград, Россия

«КРОВЯНОЙ ХИМЕРИЗМ» И ДЕКСТРАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Кровяные химеры, или присутствие в крови одного человека эритроцитов разных групп, встречаются в медицинской практике крайне редко. Такие ситуации возможны при переливании крови другой группы, либо как феномен врожденного химеризма (у разнояйцевых близнецов), после трансплантации костного мозга, и в единичных случаях у лиц с тяжелым нарушением иммунитета.

Цель исследования. Попытаться уточнить частоту «кратковременного химеризма» на примере ретроспективного анализа данных отделения переливания крови многопрофильного клинического госпиталя в период с 2006 по 2015 гг.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 60 пациентов. Групповая принадлежность крови (по системе АВО) определялась реакцией агглютинации при помощи

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

стандартных изогемагглютинирующих сывороток двух разных серий, по общепринятой методике. В случае сомнительных результатов определение группы крови осуществлялось повторное исследование с помощью цоликлонов Анти-А и Анти-В, с оценкой результатов реакции агглютинации. Резус-фактор определяли при помощи стандартной антирезусной сыворотки (иммуноглобулин G-Антирезус-Rho-D моноклональный), а в спорных случаях - цоликлонами Анти-D, Анти-С, Анти-с.

Полученные результаты и их обсуждение. Частота встречаемости кровяного химеризма после инфузий препаратов декстранов регистрировалась несколько чаще, чем кровяной химеризм вследствие переливания неоднотипной крови (0,16%).

За 5 лет наблюдения число лиц, кому на догоспитальном этапе проводились инфузии препаратов декстранов на догоспитальном этапе, достигло 60. У таких пациентов чаще определялась АВ (IV) группа крови. При этом определяемая группа крови часто расходилась с истинной группой крови, определяемой ранее. После процедуры «отмывания» проб крови 0,9% физиологическим раствором становится возможным повторное определение группы крови, с получением «истинных» данных (истинной группы крови). «Отмывание крови» после инфузий препаратов на основе декстранов проводилось по следующей методике: после трехкратного центрифугирования крови с 0,9% физиологическим раствором (к 3 мл эритроцитарной массы добавляется 5 мл физиологического раствора, с последующим перемешиванием, центрифугированием и удалением отфильтрованного раствора, повторно добавляется 5 мл 0,9% физиологического раствора и т.д., 3-хратно) забирается 3 мл эритроцитарной массы, по которой уже и осуществляется окончательное определение группы крови.

Патогенетический механизм, приводящий к появлению феномена «преходящего инфузионного кровяного химеризма», обусловлен свойствами препаратов на основе декстранов, предотвращающих и уменьшающих агрегацию форменных элементов крови. Декстраны, входящие в состав таких препаратов как «Реополиглюкин», «Полиглюкин», «Dextran 70», «Dextran-40», «Plasmex-D-40», тонким слоем покрывают форменные элементы крови, что приводит к изменению ее реологических свойств; снижается возможность образования и развития тромбов, наравне с нарушением процесса агглютинации при определении групповой принадлежности крови (за счет торможения не только агрегации тромбоцитов, но и эритроцитов (!)).

Выводы.

Таким образом, помимо известного, хотя и крайне редкого, варианта истинного кровяного химеризма, а также микрохимеризма между матерью и плодом, можно выделить еще один вариант - инфузионный «декстранный химеризм». Уточнение факта переливания крови либо внутривенных инфузий декстранов в течение 10-15 дней, предшествовавших моменту определения группы крови/резус-фактора должно быть неотъемлемым элементом работы при сборе анамнеза врачами-трансфузиологами.

Шаталин А.В., Кравцов С.А., Скопинцев Д.А., Федоров М.Ю.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Актуальность исследования. Черепно-мозговая травма относится к наиболее распространенному виду повреждений и составляет от 36 до 40% от всех видов травм. Летальность от тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) составляет от 30 до 70%. В настоящее время доказано, что для больных с ТЧМТ наиболее оптимальным является их максимально быстрая доставка в специализированные травматологические клиники, имеющие возможность круглосуточного проведения КТ головного мозга с лабораторно-диагностической, реанимационной, нейрохирургической службами.

Цель исследования. Оптимизация комплекса интенсивной терапии у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой при межгоспитальной транспортировке для снижения риска развития возможных осложнений.

Материалы и методы исследования. За последние пять лет из других ЛПУ области специализированной бригадой нашего центра были доставлены 56 пострадавших с ТЧМТ с использованием ИВЛ. Среднее время транспортировки составляло 112 ± 7 мин.

Важную роль играет детальная оценка тяжести их состояния таких пациентов перед транспортировкой и подготовка. Основной целью интенсивной терапии во время предтранспортировочной подготовки и транспортировки является лечение и профилактика нарастания отека головного мозга.

По нашему мнению, абсолютным показанием для проведения интубации трахеи и перевод на ИВЛ у пациентов с ТЧМТ является угнетение сознания по шкале ком Глазго менее 9 баллов. Перед транспортировкой, после проведения интубации в обязательном порядке проводилась установка назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка и профилактики развития аспирационного синдрома.

Во время транспортировки мы применяли ИВЛ в принудительном режиме с малыми дыхательными объемами ($V_t - 5-7$ мл/кг, $P_{max} - 30-35$ см H_2O) и сочетали их с РЕЕР (5 mbar), что значительно снижало степень риска баротравмы и позволяло профилактировать развитие ателектазов. В обязательном порядке проводилась дегидротационная терапия (лазикс 20-40 мг в/в). Объем инфузионной терапии во время транспортировки мы ограничивали до 400 мл, использовались растворы ГЭК (рефортан, волювен), в совокупности это позволяло обеспечить стабильные показатели гемодинамики. С целью снижения внутричерепного давления головной конец транспортных носилок поднимали на 30-35%, что позволяет улучшить венозный отток. Для стабилизации шейного отдела позвоночника использовали воротник «Филадельфия».

Результаты исследования. Нами отмечено достоверное повышение SpO_2 при использовании ИВЛ с РЕЕР, при $FiO_2 - 0,5$, на 4-5% и составила в среднем $96 \pm 1,2\%$.

Ухудшения состояния у всех транспортированных пациентов отмечено не было. У 8 пациентов в течение 2-х суток после проведения транспортировки отмечалась умеренная положительная динамика, что заключалось в повышении уровня сознания. Аспирации содержимого ротоглотки и желудка в дыхательные пути во время проведения транспортировки выявлено не было.

Выводы.

У пациентов с ТЧМТ во время проведения транспортировки необходимо проведение интубации трахеи и проведение ИВЛ, что позволяет предупредить развитие гипоксии и нарастания отека головного мозга. Разграничение верхних дыхательных путей и полости рта позволяет предотвратить аспирацию в дыхательные пути содержимого ротоглотки, желудка, развитие аспирационного синдрома и, в последующем, острых легочных осложнений - РДСВ, пневмоний.

Шаталин А.В., Кравцов С.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Актуальность исследования. Несмотря на широкое распространение отделений интенсивной терапии, специализированная помощь пациентам с тяжелыми сочетанными травмами обеспечивается в основном в многопрофильных медицинских центрах. При создании высокоэффективной сети лечебных учреждений для лечения пациентов с политравмой, помимо использования дорогостоящих медицинских технологий, необходимо учитывать проблему своевременной межгоспитальной транспортировки таких больных.

Цель исследования. Оптимизация комплекса интенсивной терапии у пациентов с политравмой в зависимости от доминирующего компонента повреждения при межгоспитальной транспортировке.

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

Материалы и методы исследования. В исследования было включено 40 пациентов. Все пациенты были с политравмой и транспортированы из других ЛПУ области. Среднее время межгоспитальной транспортировки составляло 130 ± 5 мин.

Пациенты были разделены в зависимости от тяжести состояния на две группы. С целью оценки тяжести состояния использовалась шкала тяжести повреждений (Injury Severity Score - ISS). В основной группе - 20 пациентов, степень тяжести повреждений по ISS составило 29 ± 3 . В группе сравнения - 20 пациентов, степень тяжести повреждений по ISS составило 31 ± 2 . Был разработан рабочий протокол интенсивной терапии при межгоспитальной транспортировке.

Пациентам основной группы комплекс интенсивной терапии был модифицирован с учетом доминирующего компонента повреждения. При этом интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась во время ее проведения.

В данной группе в комплекс интенсивной терапии были включены гидроксипропилкрахмалы. В группе сравнения тактика интенсивной терапии по стандартным методикам. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, SpO_2 , ЭКГ, ЦВД, контроль диуреза.

Результаты исследования. Достоверные отличия между сравниваемыми группами были получены по основным исследуемым гемодинамическим показателям во время проведения транспортировки и после - АД ср., АДсист., АДдиаст., ЧСС. В основной группе показатели АД ср., АДсист., АДдиаст. были выше, чем в группе сравнения. А показатель ЧСС ниже. Сатурация (SpO_2) весь период наблюдения в основной группе была выше, чем в группе сравнения.

Выводы.

Дальнейшая разработка комплекса интенсивной терапии во время межгоспитальной транспортировки у пациентов с политравмой в зависимости от доминирующего компонента повреждения, на наш взгляд, позволила бы значительно снизить летальность и увеличить безопасность при проведении транспортировки у данной категории пациентов.

Шаталин А.В., Кравцов С.А., Богданов А.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Актуальность исследования. По усредненным данным ежегодно на улицах и дорогах Российской Федерации гибнет 1500 и получает ранения 24000 несовершеннолетних участников дорожного движения. Высокий процент летальности у детей с политравмой и возросшие возможности медицины являются основными причинами, которые заставляют врачей различных специальностей уделять особое внимание данной проблеме.

Материалы методы исследования. В исследование было включено 94 ребенка с политравмой, пролеченных за период 2007-2016 гг. Средний возраст $9,5 \pm 1,2$ лет. Около 70% - это пострадавшие после ДТП. Из них 28 было транспортировано из других ЛПУ Кемеровской области.

Пострадавшие были разделены в зависимости от доминирующего повреждения той или иной анатомической области на группы:

- пострадавшие с черепно-мозговой травмой - 29,
- с торакальной травмой - 7,
- скелетной травмой - 42,
- абдоминальной травмой - 13,
- позвоночно-спинальной травмой - 3.

Выделение доминирующего повреждения несло определенную степень условности, но имело существенное клиническое значение, позволяющее целенаправленно менять акценты в лечебной тактике. Интенсивная терапия у детей с политравмой в первые сутки решала следующие задачи:

- восстановление ОЦК,

- обеспечение адекватного газообмена,
- обезболивание, коррекция метаболических нарушений,
- профилактика и лечение органных расстройств.

Учитывая, что органом - «мишенью» при шоке, развитии реперфузионных осложнений являются легкие, мы проводим максимально ранний перевод пострадавших на управляемое дыхание. В подавляющем большинстве случаев соблюдение модифицированных стандартов проведения ИВЛ позволяло достичь положительной динамики состояния пострадавших. При прогрессировании синдрома острого повреждения легких активно использовали ИВЛ в положении на животе. Антибактериальная терапия проводилась с учетом результатов микробиологических исследований и чувствительности микрофлоры.

Результаты исследования. Разработанный комплекс организационных (лечение в специализированном центре, межгоспитальная транспортировка специализированными бригадами), и лечебной тактики (разработанных стандартов интенсивной терапии в зависимости от доминирующего повреждения и использование тактики «Damage control») в зависимости от доминирующего повреждения у детей с политравмой позволило нам сократить длительность их пребывания в ОРИТ на 15%, длительность ИВЛ на 9% и снизить летальность до 5,6%.

Выводы.

Решение проблемы максимально раннего перевода детей с политравмой в специализированный травмоцентр, использование тактики интенсивной терапии в зависимости от доминирующего повреждения, «Damage control» позволяют не только сократить сроки лечения детей с политравмой, но и значительно снизить летальность у данной категории пострадавших.

Шестова Е.С., Власов С.В., Власова И.В., Милюков А.Ю.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Острые венозные тромбозы (ОВТ) в клинической практике приводят к инвалидизации и смертности большого числа пациентов. При политравме тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается в 40-60% случаев. В ряде случаев течение тромботического процесса может осложниться нестабильностью фиксации тромба к стенке сосуда и появлением флотирующей его части. В определенных условиях головка тромба может мигрировать с током крови и стать причиной развития фатальной тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) у 2-5% пациентов. Ряд авторов связывают нарушение фиксации тромботических масс с развитием синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) при травматической болезни и дисфункцией эндотелия сосудов. При политравме вследствие гибели тканей появляются и лавинообразно усиливаются сверхмощный поток болевой и вегетативной импульсации, кровопотеря и нарушение перфузии тканей. Это основные пусковые механизмы многогранной клинико-физиологической ответной реакции на повреждение, которую принято называть травматической болезнью. В связи с этим важнейшей задачей следует признать оценку степени риска развития данных нарушений и профилактику тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. Выявление факторов, определяющих риск возникновения тромботических и эмболических осложнений у пациентов с политравмой и их связь с развитием системной воспалительной реакции.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно была исследована группа из 56 пациентов с политравмой, у всех было не менее двух зон повреждения (голова, грудь, позвоночник, таз, живот или нижние конечности). Тяжесть травмы по шкале ISS составила $25,2 \pm 9,5$, а тяжесть состояния по шкале APACHE - $78,06 \pm 16,8$ балла. Возраст составил от 18 до 66 лет ($41,1 \pm 9,4$ года), мужчин 52 и 4 женщины. У 26 пациентов был выявлен ОВТ, из них в 10 случаях диагностирован флотирующий тромбоз ОБВ с угрозой ТЭЛА. 30 пациентов составили группу без тромботических осложнений.

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

Проведен комплексный анализ показателей, которые могли бы влиять на патогенез ОВТ, а также на риск развития эмболических осложнений. В анализ были включены клинические показатели: пол, возраст, тяжесть состояния по шкале APACHE, суммарная тяжесть травмы по шкале ISS, степень тяжести травмы каждой локализации (голова, грудь, позвоночник, таз и живот, нижние конечности) по шкале AIS, длительность периода с момента травмы, объем кровопотери. Дополнительно изучались лабораторные показатели: динамика количества лейкоцитов и лимфоцитов, биохимические (глюкоза, лактат), а также гемастезиологические данные.

Результаты исследования. Для определения причин тромбообразования и риска развития эмболических осложнений пациенты были разделены на три группы.

В 1 группу (n=30) вошли пациенты, у которых не был верифицирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Во вторую группу (n=16) вошли пациенты, у которых выявлен венозный тромбоз без признаков нестабильности (флотации).

В 3 группу (n=10) выделены пациенты с венозным тромбозом, у которых в динамике появилась нестабильность верхушки тромба, что потребовало оперативного лечения для предотвращения ТЭЛА. По полу и возрасту различия в группах не было.

Пациенты первой группы достоверно отличались от пациентов с развившимся ОВТ локализацией повреждений. Если у пациентов 1 группы доминирующая травма определялась как ЧМТ (9), повреждение груди (15) и живота (12), то у пациентов с развившимся тромбозом это были повреждения таза (4) и нижних конечностей (8) ($\chi^2 = 6,402$, $p=0,041$).

Пациенты 3 группы отличались степенью нарушения гемодинамики и глубиной шока, а также тяжестью состояния по шкале APACHE $101,25 \pm 11,3$ балла (у пациентов 1 группы - $75,6 \pm 12,8$, 2 группы - $66,57 \pm 14,2$, $p=0,01$).

Лабораторно у пациентов 3 группы отмечался лейкоцитоз $16,3 \pm 6,1$ ($\times 10^9/\text{л}$), тогда как у пациентов 1 группы - $12,3 \pm 3,7$ ($\times 10^9/\text{л}$), 2 группы - $11,7 \pm 4,1$ ($\times 10^9/\text{л}$) ($p=0,04$). Количество лимфоцитов $1,12 \pm 0,14$ ($\times 10^9/\text{л}$) в периферической крови у пациентов 3 группы было достоверно ниже, чем в первой $1,58 \pm 0,49$ ($p=0,042$) и во второй группе $1,34 \pm 0,2$ ($p=0,03$).

Гликемия различалась у пациентов в группах. У пациентов 3 группы с угрозой ТЭЛА гликемия со вторых суток была достоверно выше $7,1 \pm 1,06$ (ммоль/л), тогда как в 1 группе - $5,46 \pm 1,13$ (ммоль/л), а во второй - $5,5 \pm 0,4$ ($p=0,01$). Лактатемия у пациентов в первые сутки не различалась в группах ($2,2 \pm 0,74$ ммоль/л), но со вторых суток отмечено достоверное увеличение лактата в 3 группе ($5,7 \pm 1,2$, $p=0,03$), тогда как в 1 и 2-ой группах динамики не отмечено.

Существует взаимосвязь между гемостатическими и воспалительными реакциями при повреждении тканей, в которой, ключевым звеном выступает взаимодействие полиморфноядерных лейкоцитов, тромбоцитов и эндотелиальных клеток. Активация тромбоцитов на поврежденной поверхности сосудистой стенки может служить важным фактором в миграции лейкоцитов в толщу сосуда и дальнейшему формированию тромба. При этом лимфопения и дисфункция клеточного иммунитета могут приводить к нарушению течения тромботического процесса в т.ч. и фиксации тромба к стенке сосуда. Дисрегуляция про- и противовоспалительных процессов ведет к дальнейшей деструкции эндотелиальных клеток, что является патофизиологической основой развития ОВТ, а затем процессам патологической фрагментации тромбов и возможности их миграции с развитием ТЭЛА.

Выводы.

1. У пациентов с политравмой развитие венозного тромбоза связано с локализацией доминирующего повреждения в области таза и нижних конечностей.

2. Развитие нестабильного (флотирующего) тромбоза у пациентов с политравмой связано с наличием выраженных нарушений гемодинамики, глубиной шока, а также с более тяжелым состоянием (по шкале APACHE $101,25 \pm 11,3$ балла).

3. Развитие эмболоопасного тромбоза у пациентов с политравмой сопровождалось системной воспалительной реакцией с лейкоцитозом и лимфопенией, а также гипергликемией и гиперлактатемией.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ**

Агаджанян В.В., Сеница Н.С., Довгаль Д.А., Обухов С.Ю.
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Представлен анализ результатов лечения 128 детей с политравмой. Скелетная травма разной степени тяжести имела у 102 детей. У 69 (53%) детей скелетная травма потребовала оперативного лечения на 98 сегментах. Основными методами лечения являлись: накостный на 21 сегменте, чрескостный остеосинтез на 29 сегментах, гибкий интрамедулярный остеосинтез на 39 сегментах.

В последнее десятилетие отмечается значительный рост не только числа пострадавших, но и степени тяжести травмы у детей. В структуре смертности детского населения смертность от травм составляет 28,7%. В основном причинами ее являются дорожно-транспортные происшествия. Больные с множественными повреждениями костей и суставов составляют наиболее многочисленную группу среди пострадавших детей с политравмой.

Оперативные методы лечения переломов являются в настоящее время одним из наиболее острых и спорных вопросов при лечении политравмы. Ранняя стабилизация переломов уменьшает системные проявления воспаления, в том числе синдром системного воспалительного ответа, сепсис, полиорганную недостаточность. Ранняя стабилизация также уменьшает боль, риск вторичного нейрососудистого повреждения и стимулирует мобилизацию. Однако в каждом случае необходима тщательная оценка показаний к операции, объему и срокам проведения оперативного вмешательства. При выборе метода лечения и методов реабилитации оценивается количество и тяжесть ранних и поздних осложнений, сроки постельного режима и результаты лечения и условий содержания каждого больного, сохранность или восстановление.

Цель исследования. Определить значимость адекватного выбора метода остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей, как одного из факторов влияющих на исход заболевания и сокращающих сроки пребывания пострадавших детей в стационаре.

Материалы и методы исследования. Работа основана на лечении 128 детей с диагнозом политравма. Среди всех больных с политравмой преобладают мальчики, 85 детей (66%). Основная возрастная группа от 8 до 14 лет - 80 детей (62%). У 100 (78%) детей травмы дорожно-транспортные. У 62 (48%) детей доминирующим видом повреждения является скелетная травма, затем ЧМТ 45 (35%) ребенка, абдоминальная 17 (13%) детей, торакальная 5 (4%). У 102 (79%) детей на фоне множественной или сочетанной травмы присутствовала скелетная травма той или иной степени тяжести.

Результаты исследования. Всего переломов длинных трубчатых костей имелось на 125 сегментах. Преобладали закрытые переломы, 96 случаев (76%), длинных трубчатых костей. По классификации АО/ASIF преобладали переломы типа А. При переломах длинных трубчатых костей у пациентов с политравмой преобладают оперативные методы лечения. У 68 детей было проведено 91 операция остеосинтеза. Наряду с традиционными методами остеосинтеза (накостный, чрескостный) в детской практике стал широко применяться метод остеосинтеза напряженными стержнями, 39 (42%) операций. Так же было проведено распределение данных пациентов на 3 сравнительные группы в зависимости от времени оперативного лечения скелетной травмы. В 1-ой группе оперативное лечение проведено в 1-ые сутки, 2-ая группа - оперативное лечение в срок от 1 до 3 суток, и 3-я группа - оперативное лечение в сроки позднее 3-х суток.

Статистический анализ показал, что в группе детей, у которых остеосинтез проведен в течение 1-х суток длительность госпитализации практически вдвое меньше чем у детей 2-ой и 3-й групп.

Выводы.

1. В связи с последними тенденциями в травматологии, внедрением новых медицинских технологий, у детей с политравмой оправдано применение малоинвазивных методов хирургического лечения переломов.

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

2. Раннее оперативное лечение скелетной травмы у детей, является одним из факторов влияющих на уменьшение продолжительности нахождения пациентов в стационаре.

Агаджанян В.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Проценко С.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Асептический некроз головки бедренной кости является тяжелым дегенеративно-дистрофическим заболеванием, приводящий в 80% к деформирующему артрозу сустава. Предложенная оригинальная методика реваскуляризации головки бедренной кости аутоотрансплантатом из большого вертела позволяет получать позитивные результаты лечения.

За период наблюдения в условиях отделения травматологии и ортопедии получили лечение по поводу асептического некроза головки бедренной кости 36 пациентов, оценены результаты у 20 пациентов (23 сустава). Всем пациентам проводилась операция реваскуляризации по авторской методике. В 22 случаях из 23 произошло восстановление функции сустава.

Асептический некроз головки бедренной кости - тяжелое дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся нарушением процессов остеогенеза и резорбции, нарушением кровоснабжения и постепенной деформацией головки бедренной кости в местах приложения на нее наибольшей нагрузки. Актуальность проблемы заключается в высокой инвалидизации, возникающей вследствие разрушения сустава, и достаточно большой распространенности этого заболевания. В Российской Федерации до 4,7% всей ортопедической патологии тазобедренного сустава приходится на асептический некроз головки. В 75% случаев данная патология имеет двустороннее поражение, причем мужчины страдают данным заболеванием в 5-6 раз чаще, чем женщины. Согласно зарубежным данным, в США от 5 до 18% первичного тотального эндопротезирования проводится по поводу асептического некроза головки бедренной кости. Инвалидность вследствие этой патологии достигает 7% от дегенеративных заболеваний опорно-двигательной системы. Сложность лечения во многом определяется тем, что процесс может протекать бессимптомно до поздних стадий, при которых развиваются уже необратимые изменения.

Все методы лечения этой патологии можно разделить на консервативные и оперативные. Как правило, консервативные методы, применяются в качестве основных на ранних стадиях заболевания, когда процесс разрушения может быть обратимым. Основной целью лечения является улучшение кровообращения в зоне тазобедренного сустава, уменьшение нагрузки на сустав.

Оперативные методы лечения АНГБК являются: различного вида остеотомии проксимального отдела бедренной кости (медиализирующие, варизирующие, вальгизирующие, ротационные), декомпрессивные операции на тазобедренном суставе (туннелизация, операция Фосса), костная пластика (васкуляризованные свободные трансплантаты, трансплантатом на мышечной ножке, не васкуляризованным трансплантатом, пломбировка аллотрансплантатом), на поздних этапах - эндопротезирование, однако нет единого подхода к лечению этого заболевания.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с асептическим некрозом головки бедра путем ее реваскуляризации на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы исследования. В 1987 году В.В. Агаджаняном была предложена методика лечения АНГБ, которая заключается в том, что вскрывается костная киста в головке бедра и заполняется костным трансплантатом на мышечной ножке, который формируется из участка большого вертела. Лечебными факторами является декомпрессия сустава и головки бедра и улучшение кровоснабжения за счет остеотомии и питающей ножки. Показаниями к операции являются 1 и 2 стадия заболевания.

В отделении травматологии и ортопедии № 1 ЦОЗШ оперированы 36 пациентов с диагнозом асептический некроз головки бедренной кости, у 7 пациентов имело место двустороннее

поражения. АНГБК 1 стадии у 12 пациентов, 2 стадии у 31 пациентов. Средний возраст пациентов $38,18 \pm 3,39$ лет, 29 (80%) мужчин, 7 (20%) женщины. Оценка функционального состояния по шкале Харриса в среднем составила 50,4 балла. В одном случае был зафиксирован тромбоз общей бедренной вены, который потребовал тромбэктомии. Средний срок пребывания в стационаре составил 8,6 к/д.. Ходьба на костылях с нагрузкой до 10-30 кг на оперированную конечность в течении 4 недель.

Результаты лечения. Оценены результаты лечения 20 пациентов (23 сустава).

Сроки наблюдения $1,5-4,2$ ($2,9 \pm 0,6$) лет.

- Восстановление функции сустава произошло в 22 случаях.

- Прогрессирование процесса 1 случай.

- Эндопротезирование второго сустава из-за поздней стадии процесса выполнено у четырех пациентов.

Оценка результатов по Харрису в сроки 1-3-6 месяцев. На ранних стадиях различий в сравнении с исходными значениями не было, что объясняется необходимостью ходьбы с костылями. Через 6 месяцев средние результаты по шкале Харриса составили 89,9 баллов.

Выводы.

1. Предложенная методика оперативного лечения АНГБК на ранних стадиях позволяет восстановить функцию сустава в 95% случаев и является самостоятельной радикальной операцией

2. Показаниями для проведения данной операции являются 1-2 стадии процесса.

Агафонова Н.В., Конев С.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Проблема политравмы является наиболее острой проблемой в современной травматологии, сопровождается высокой летальностью. Причинами высокой летальности являются не только тяжесть поражения органа или системы, которые представляют угрозу для жизни пациента, но и осложнений со стороны жизненно-важных органов и систем в остром периоде травмы. Наиболее ранними и частыми осложнениями при политравме являются осложнения со стороны легких.

Основным методом диагностики легочных осложнений является рентгенологический метод, но возможности традиционной рентгенографии ограничены в виду не всегда достаточной разрешающей способности, суммационного эффекта, отсутствия количественной оценки гидратации легочной ткани.

МСКТ расширила возможности лучевого исследования пациентов при политравме и позволила объективно оценить изменения в легких в раннем посттравматическом периоде и в ходе динамического наблюдения. Одно из преимуществ МСКТ - это количественная оценка изменений в легких, заключающаяся в диагностике развивающейся гипергидратации легочной ткани. Раннее выявление патологических изменений в легких, сроков развития легочных осложнений и их регресса позволит своевременно проводить коррекцию лечения и разрабатывать методы профилактики, направленные на снижение летальности у пациентов при политравме.

Цель исследования. Ранняя диагностика развития легочных осложнений у пациентов с политравмой.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 53 пациента с политравмой за период 2016-2017 г. Возраст пациентов от 20 до 65 лет, средний возраст составил 40,3 года, среди них мужчин было - 34 (63%) и женщин - 19 (37%). По основной патологии, которая представляла угрозу для жизни, все пациенты с политравмой были разделены на две группы: в первую группу вошли пациенты с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) - 38 человек (71%), во вторую группу вошли пациенты с тяжелой спинномозговой травмой - 15 пациентов (29%). Для сопоставления результатов в каждой группе пациентов с политравмой

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

были выделены подгруппы пациентов, у которых была торакальная травма и пациенты без торакальной травмы. Все пациенты с политравмой находились на искусственной вентиляции легких со степенью сознания менее 8 баллов по шкале ком Глазго. Все рентгенологические исследования проводились на рентгеновских аппаратах фирмы дженерал Электрик и на 4-срезовом спиральном компьютерном томографе Licht Speed Plus непосредственно при поступлении в приемное отделение с проведением динамических МСКТ исследований.

Результаты исследования. В первой подгруппе пациентов в сочетании с торакальной травмой были выявлены костные травматические повреждения грудной клетки различной локализации. Пневмоторакс выявлен у 56,5% пациентов, гидроторакс у 47,8% пациентов, которые отмечались у пациентов с переломами ребер. Пневмомедиастинум был выявлен в 8,6% случаев. Ушиб легких был выявлен у 34,7% пациентов, в 13% случаев, при более тяжелых повреждениях, были выявлены разрывы легочной ткани с образованием полостей, заполненных кровью с формированием гематомы легкого. На рентгенограммах, выполненных при поступлении, эти изменения не были видны на фоне травматической инфильтрации и диагностированы были методом МСКТ. Травматическая инфильтрация на 3 сутки увеличивалась в размере и регрессировала только на 21-30 сутки, с развитием выраженных фиброзных изменений. В первые сутки у 21,7% случаев инфильтративные изменения в легких были аспирационного характера (содержимым желудка и кровью), у которых на 3 сутки произошло развитие пневмонической инфильтрации с пиком развития осложнений на 14 сутки.

Разрешение пневмонической инфильтрации на 21 сутки отмечено только в 60,8% случаев, и на 30-35 сутки разрешение инфильтративных изменений в легких отмечено у остальных пациентов. Летальный исход наступил 13,3% случаев у пациентов, у которых было сочетание тяжелой ЧМТ и тяжелой торакальной травмой.

Развитие пневмонической инфильтрации у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой без сочетания с торакальной травмой, было выявлено в 33,3% случаях на 5 сутки. Инфильтративные изменения в легких локализовались в 1-2 сегментах одного легкого, и разрешение их отмечалось на 14-17 сутки. Как у пациентов 1 подгруппы, так и у пациентов 2 подгруппы были выявлены признаки ОРДС различной степени. У пациентов с травмой грудной клетки на фоне выраженной инфильтрации в первые сутки определить степень ОРДС не представлялось возможным, но практически у всех пациентов 1 подгруппы сохранялись признаки ОРДС 1-2 степени к 21 суткам.

У пациентов 2 подгруппы признаки ОРДС 1 степени были установлены в 86,6% случаях, 2 и 3 степени - в 6,6% случаях соответственно. Разрешение ОРДС 1-2 степени наступило на 14 сутки в 93,3%, 3 степени - на 21 сутки в 6,6% случаях.

Таким образом, у пациентов с ТЧМТ в сочетании с тяжелой торакальной травмой изменения в легких были более выражены. Инфильтративные изменения занимали несколько сегментов или долей, отмечалось раннее присоединение инфекционных осложнений с развитием деструкции легких, позднее разрешение изменений в легких (в 60% случаев на 21 сутки и в 40% случаев на 30-35 сутки), с развитием фиброзных изменений. У пациентов с ТЧМТ без сочетания с торакальной травмой, также отмечались патологические изменения в легких, но были они менее выражены, занимали меньшую площадь и сравнительно быстро разрешались (14-21 сутки), без развития фиброзных изменений.

У пациентов с политравмой в сочетании с позвоночно-спинномозговой травмой (15 пациентов), преобладало повреждение грудного отдела позвоночника - у 54% случаев, в 26,6% случаев было выявлено повреждение поясничного отдела позвоночника, и в 13,3% случаев диагностированы травматические изменения на уровне шейного отдела позвоночника. Многоуровневое (комбинированное) повреждение позвоночника выявлено в 6,6% случаев, с локализацией травматических изменений на шейном и грудном отделах позвоночника. Осложненная травма позвоночника, с повреждением спинного мозга отмечалась в 40% случаев при локализации повреждения на грудном уровне, и в 6,6% случаях при повреждении на шейном уровне.

Одной из особенностей сочетанных повреждений грудного отдела позвоночника являлось наличие повреждений грудной клетки и органов грудной полости в 100% случаев, значительно

реже они выявлялись при повреждениях на уровне шейного отдела позвоночника - 6,6% случаев и отсутствовали при повреждениях на уровне поясничного отдела позвоночника.

Изменения в легких при закрытой травме груди характеризовались также сочетанием выраженных, в различной степени, признаков ушиба легкого, внутрилегочных кровоизлияний, с инфильтрацией легочной ткани. Такие патологические изменения были выявлены у 90% пострадавших с сочетанной травмой груди с полным разрешением травматических инфильтративных изменений к 28-30 суткам у 44,4% пациентов.

Развитие долевого ателектаза в легком было диагностировано у 12,5% пациентов с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой на уровне грудного отдела позвоночника на 7 сутки от момента травмы, с восстановлением бронхиальной проходимости на 19 сутки.

Развитие ОРДС I степени было диагностировано у 25% пациентов с сочетанной травмой грудного отдела позвоночника. У 75% пациентов, которым проведено оперативное вмешательство на поврежденных сегментах в грудном отделе позвоночника, определялось развитие признаков ОРДС II-III степени на 10-12 сутки от момента травмы, с обратным развитием изменений на 21 сутки. У 25% пациентов с сочетанным повреждением грудного отдела позвоночника, которым не было проведено оперативного вмешательства, прогрессирования изменений в легких не отмечалось, и разрешение признаков ОРДС I степени диагностировано на 7 сутки.

У пациентов 2 подгруппы изменения в легких носили преимущественно застойный характер, с их локализацией в средних и нижне-задних, гравитационно-зависимых отделах легких, с развитием на 5-7 сутки, и разрешением изменений на 12-14 сутки.

Таким образом, у пациентов с политравмой, в сочетании с травмой грудного отдела позвоночника, преобладали травматические изменения грудной клетки и органов грудной полости, с нарастанием в динамике к 10-12 суткам, длительным течением и развитием поздних легочных осложнений у пациентов в послеоперационном периоде. При травме грудного отдела позвоночника преобладали двухсторонние множественные повреждения ребер; повреждение плевры, с развитием пневмо- и гидроторакса; ушибы и кровоизлияния в паренхиму легких с развитием посттравматических инфильтративных изменений. Характерным для этих пациентов было развитие поздних осложнений в легких в виде ОРДС II-III степени. При сочетанной позвоночно-спинномозговой травме другой локализации, без первичных травматических изменений грудной клетки и органов грудной полости, изменения в легких характеризовались застойными явлениями в гравитационно-зависимых участках в течении первых двух недель.

Выводы.

1. Метод МСКТ является наиболее эффективным методом в диагностике всех травматических повреждений у пациентов с политравмой

2. Метод МСКТ позволяет выявить ранние признаки развития легочных осложнений у пациентов с политравмой, проследить динамику их разрешения, своевременно изменить тактику лечения и снизить летальность.

Афанасьев Л.М., Гусельников С.С.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РЕПЛАНТАЦИЙ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Отчленение крупного сегмента конечности и формирование культи - это увечье, приводящее к пожизненной инвалидности. Адекватных протезов верхней конечности, кисти, как основного органа труда в настоящее время не существует.

Нами представлен опыт реплантаций 28 плеч, 106 предплечий и кистей, 7 голеней и более 500 пальцев кистей. Доказана целесообразность реплантаций не только крупных, но и мелких сегментов с хорошими и удовлетворительными исходами.

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

Цель исследования. Показать возможность благоприятных результатов реплантаций при различных механизмах, уровнях отчленений конечностей в зависимости от способа остеосинтеза, минимизации кровопотери, одномоментности восстановления всех структур, профилактики инфекции.

Материалы и методы исследования. Мы обладаем опытом реплантаций и реваскуляризации 28 плеч, 106 предплечий и кистей, 6 голени, 6 стоп и около 500 пальцев кисти. Основным фактором, препятствующим проведению реплантаций крупных сегментов, является геморрагический компонент шока. Операция длится от 5 до 10-12 и более часов, в связи с чем кровопотеря составляет 1-6 ОЦК. Поэтому один из основных факторов, решаемых в пользу реплантации - возможность сбора крови с операционного стола и возврат пациенту с использованием целсейвера. Сбор и реинфузия теряемой интраоперационно крови снижает необходимость трансфузии донорской эритроцитной массы и риск осложнений. Восполнение плазмотерии осуществляем путем вливания свежезамороженной плазмы, она рассчитывается по показателям целсейвера. На положительный результат реплантации и исключение летального исхода влияет катетеризация плечевого сплетения. Она обеспечивает адекватное регионарное обезболивание в интра- и послеоперационном периоде. В подавляющем большинстве реплантаций и реваскуляризации голени, плеча, предплечья мы использовали накостный остеосинтез пластинами и винтами, не получив ни одного гнойного осложнения. При отрывах пальцев, кисти используем спицы.

Заключение. Основой профилактики инфекционных осложнений мы считаем: качество первичной хирургической обработки, асептическую технику, постоянное орошение тканей и удаление инородных тел и свободных тканевых фрагментов, антибиотики вводим внутривенно интраоперационно и еще 3-5 дней. Функциональный исход реплантаций зависит от микрохирургического шва сосудов и двигательных нервов на любом уровне.

Результат. Результат реплантаций различных сегментов верхних конечностей мы оцениваем с точки зрения восстановления функции кисти и пальцев, сгибания локтевого сустава. В арсенале современной травматологии и ортопедии имеется целый ряд возможностей для дополнительных реконструкций после реплантаций, позволяющих значительно увеличить функциональные возможности руки. Восстановить опороспособность ног можно с помощью протезов, но качество жизни со своей ногой значительно выше.

Выводы.

1. Использование целсейвера позволяет собрать, отмыть и вернуть пациенту форменные элементы, эквивалентные 6-7 ОЦК.
2. Реплантации верхних конечностей возможны на любом уровне с любым механизмом травмы.
3. Обязательно одномоментное первичное восстановление всех структур. Особое звено - первичный микрохирургический шов сосудов и двигательных нервов на любом уровне.
4. Соблюдение всего комплекса мер профилактики инфекции при реплантациях позволяет проводить первичный накостный остеосинтез длинных трубчатых костей.

Афанасьев Л.М.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АЛЬТЕРНАТИВА ПЛАСТИКИ НЕРВА: ДВУХЭТАПНЫЙ ШОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Актуальность исследования. Повреждения периферических нервов верхней конечности продолжают оставаться одной из наиболее трудных проблем в реконструктивной хирургии. Актуальность этой проблемы подтверждается высоким удельным весом травм нервов в общей структуре травматизма: при открытых травмах конечностей он составляет 35,6%, при закрытых - 7,6%. Около 60% больных с повреждениями периферических нервов становятся инвалидами 2 и 3 групп (Шевелев И.Н. 1983 г.).

Большой клинический опыт и исследование отдаленных функциональных результатов лечения

пациентов с помощью аутонервной пластики показывает, что она имеет существенные недостатки, важнейшим из которых становится невозможность подбора трансплантата с необходимым для реципиентного ствола количеством нейрофасцикул. Другим недостатком любой аутонервной пластики является наличие двух уровней швов, что затрудняет прорастание регенерирующих аксонов в дистальный отрезок нерва из-за сформировавшегося участка рубцовой ткани на дистальном уровне трансплантата и нерва. Этим объясняется то обстоятельство, что процент неудовлетворительных результатов при аутопластике остается высоким (Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. 1988 г., Алиев М.А. 1989 г., Kalomiri D.E. et al. 1994 г.).

Другим решением в замещении дефектов нервов может стать метод тракционного удлинения нервного ствола, впервые примененный Н.Н. Бурденко (1942 г.), который получил дальнейшее развитие в работах Г.А. Илизарова и К.А. Григоровича. Большинство экспериментальных работ, посвященных тракционному удлинению нервов, носят в основном описательный характер. Мало исследований, достоверно подтверждающих функционально выгодные результаты лечения с использованием тракционного удлинения нервных стволов перед методикой аутонервной пластики.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения методами двухэтапного микрохирургического шва периферических нервов и свободной аутонервной пластики у пациентов, имеющих сегментарные дефекты нервных стволов конечностей.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе, основанной на опыте хирургического лечения пациентов в отделении микрохирургии, травматологии и ортопедии N 3, с повреждениями периферических нервов, показана эффективность замещения дефектов нервов конечностей при помощи применения двухэтапного микрохирургического шва нерва, результаты которого превосходят стандартную аутонейропластику.

Были проанализированы клинические случаи и результаты лечения пациентов с сегментарными дефектами нервных стволов конечностей. Общее число обследуемых - 64 человека. Первая группа - 32 пациента, которым проводили двухэтапный микрохирургический шов нерва. Вторая группа - 32 пациента, со свободной нервной аутопластикой периферических нервов. Сроки оперативного лечения в обеих группах составили от 3 до 15 месяцев среди пациентов мужчины - 84,4%.

Результаты хирургического лечения пациентов в обеих группах были оценены в срок от 10 месяцев до 6 лет после оперативного лечения. Хорошие результаты лечения в функциональном отношении отмечены у 75% (24 пациента) в группе, где применяли двухэтапный микрохирургический шов нерва. Тогда как хорошие результаты лечения в группе с аутонервной пластикой наблюдали лишь у 25% (8 пациентов). Удовлетворительные функциональные результаты лечения в группе с двухэтапным швом нерва выявлены в 18,75% случаев (6 пациентов), неудовлетворительные лишь у 6,25% (в 2 случаях). В сравнении с группой пациентов, где проводили аутонейропластику дефекта периферического нерва, удовлетворительные результаты наблюдали у 46,8% (15 пациентов), неудовлетворительные у 28,2% (в 9 случаях).

Вывод.

Двухэтапный микрохирургический шов нервов имеет явное преимущество перед методикой свободной аутонервной пластики с точки зрения функциональных результатов.

Барашов А.Ю., Смирнов М.В.
ГБУЗ КО «КГКБ N 11», г.Кемерово, Россия

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРЕ II УРОВНЯ

Актуальность исследования. В связи с возросшим числом тяжелых повреждений концентрация больных в травмоцентры I уровня целесообразна, но не всегда возможна. Госпитализация больных с политравмами в травмоцентры II уровня неизбежна. Отсутствие в травмоцентрах II уровня возможностей проведения полноценного обследования и лечения больных с политравмой ведет к высокому проценту осложнений и летальности.

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

Цель исследования. Определить возможные пути снижения летальности и осложнений у больных с политравмой в травмоцентре II уровня.

Материалы и методы исследования. На базе ГБУЗ КО «КГКБ N 11» г. Кемерово (травмоцентр II уровня) был проведен ретроспективный анализ историй болезни пострадавших с политравмой, госпитализированных с 2013 по 2017 годы.

Результаты исследований. За данный период в ГБУЗ КО «КГКБ N 11» была оказана медицинская помощь 259 пострадавшим с политравмой. У всех пациентов были зарегистрированы состояния, представляющие непосредственную угрозу для жизни.

Все пациенты разделены на три группы по степени тяжести состояния (шкала APACHE III) и по степени тяжести повреждения (шкала ISS). Оценивалась наличие и характер ранних и поздних осложнений, летальность.

У пациентов первой группы отмечалось наименьшее количество ранних и поздних осложнений (44 и 10 осложнений соответственно; всего 54 осложнения - 21,6 %), по сравнению с другими группами.

Во второй группе по сравнению с первой отмечалось большее количество ранних и поздних осложнений травматической болезни (72 и 29 осложнений соответственно). Также отмечается более высокий уровень летальности (14 случаев), чем в первой группе (1 случай).

У пациентов третьей группы отмечалось наибольшее количество и высокая тяжесть повреждений (средний балл по шкале ISS 54,5), большое количество ранних (100) и поздних осложнений (69) и самый высокий уровень летальности (54 случая).

Летальность больных составила 69 человек (27,4%). Частой причиной гибели являлись шок (28,1%), разрыв и отек головного мозга (29,5%). Респираторные нарушения и полиорганная недостаточность являлись причинами смерти в 24,5% и 13,7% случаев соответственно.

Ранние осложнения, приводящие к летальным исходам, - кровопотеря, жировая эмболия. Поздние осложнения: пневмония, обострение хронических заболеваний, астенический синдром, полиорганная недостаточность. 47,8% пациентов погибали от осложнений травматической болезни в поздний ее период.

По схеме «клиника - клиника» была осуществлена межстационарная транспортировка на реанимобилях в ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров» г. Ленинска-Кузнецкого (травмоцентр I уровня) 12 больных (4,8%), 2 пациента в ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово (травмоцентр I уровня). Показанием для перевода явились травмы с высокой степенью тяжести повреждений и состояния, высокая вероятность возникновения и развития осложнений травматической болезни.

При поступлении 9 пациентов были прооперированы в первые сутки, остальные - после стабилизации состояния. Все больные выжили, осложнений не отмечалось, функциональные позитивные результаты получены у десяти.

Выводы.

1. С увеличением тяжести состояния больных с политравмой в травмоцентре II уровня увеличивается количество ранних и поздних осложнений, растет уровень летальности.

2. К снижению летальности и осложнений травматической болезни приводит соблюдение принципа преемственности оказания помощи пострадавшим с политравмой между травмоцентрами I и II уровней.

Бондаренко А.В., Круглыхин И.В.

ГБОУ высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г. Барнаул, Россия

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА

С 2000 по 2016 гг. в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

г.Барнаула малоинвазивный остеосинтез повреждений заднего полукольца таза применен у 297 пациентов.

Цель исследования. Выяснить особенности применения канюлированных винтов при повреждениях тазового кольца.

Материалы и методы исследования. Малоинвазивный остеосинтез канюлированными винтами использованы при оперативном лечении 297 пациентов с повреждениями таза при ПТ. При этом, у 101 пациента был выполнен остеосинтез структур поврежденного переднего комплекса (у 43 - АНФ, у 58 - пластинами и винтами), у 196 - фиксация переднего комплекса не проводилась. ПТ тяжестью по шкале ISS от 17 до 25 баллов (тяжелая без угрозы для жизни) отмечалась у 146 (49,2%) пострадавших, от 26 до 40 (тяжелая с угрозой для жизни) - у 89 (29,9%), свыше 41 (критическая) - у 62 (20,9%). Более половины пострадавших - 151 (50,8%) имели тяжелую ПТ, представлявшую угрозу жизни. При поступлении, на реанимационном этапе, временная фиксация наружными фиксирующими устройствами - тазовыми щипцами и АНФ выполнена у 71 пациента.

Показанием к экстренной стабилизации служили открытые, а так же механически и гемодинамические нестабильные повреждения тазового кольца. В первые трое суток после травмы окончательный остеосинтез заднего комплекса винтами выполнен у 34 пациентов, от трех суток до трех недель - у 229, свыше 3-х недель - у 34. Сроки выполнения операций колебались от двух суток после травмы до 78 дней. Средние сроки проведения остеосинтеза составили: медиана - 10 суток, интерквартильный размах - от 6 до 15 суток.

Основная масса операций с использованием погружного остеосинтеза винтами с каналом была выполнена на профилемном клиническом этапе в первые три недели стационарного лечения, сразу после стабилизации состояния пострадавших. У 196 (66%) пациентов отмечались частично стабильные повреждения тазового кольца (горизонтальная и ротационная нестабильность) вследствие травм от AP- или от L-компрессии. У 101 (34%) - были нестабильные повреждения в результате травм от сдвига или комбинированных воздействий. У 172 (57,9%) - отмечались унилатеральные повреждения заднего комплекса, у 125 (42,1%) - билатеральные. Всего у 297 пациентов 2-й группы отмечено 422 повреждения структур, образующих заднее полукольцо таза. Из них переломы костей (крестец и подвздошная кость) отмечались в 198 случаях, разрывы связочного аппарата КПС - в 224. Таким образом, у пострадавших среди повреждений заднего комплекса чаще встречались разрывы связочного аппарата, чем переломы костей.

Как окончательный способ лечения при закрытых повреждениях остеосинтез заднего комплекса винтами с каналом использован у 266 (89,6%) пациентов, при открытых - у 31. Из них, у 23 - имели место разрывы мочевого пузыря, у 7 - разрывы уретры, у 1 - открытый перелом подвздошной кости. Остеосинтез унилатеральных повреждений заднего полукольца таза выполнен у 172 пациентов. Из них, с горизонтальной и ротационной нестабильностью заднего полукольца (тип В) - у 124, с вертикальной нестабильностью (тип С) у - 48. При билатеральных повреждениях заднего полукольца таза остеосинтез выполнен у 125 пациентов. При повреждениях с горизонтальной и ротационной нестабильностью - у 73, при вертикальной нестабильности - у 52.

Остеосинтез заднего комплекса тазового кольца винтами с каналом комбинировали с фиксацией переднего комплекса АНФ у 43 пациентов. Из них, открытые переломы встречались у 10 (23,3%) пациентов и были представлены в 7 случаях разрывами мочевого пузыря, в 2 - разрывами уретры, у 1 - открытым перелом тела подвздошной кости. При повреждениях с горизонтальной и ротационной нестабильностью остеосинтез выполнен у 18 пациентов, при вертикальной нестабильности - у 25, при унилатеральных повреждениях остеосинтез выполнен - у 22, при билатеральных - у 21. У 10 пациентов наблюдались разрывы лонного сочленения, у 33 - переломы ветвей лонных костей. Из 10 пациентов имевших разрыв лонного сочленения - 2 имели частично - стабильные повреждения таза, 8 - нестабильные. Разрыв связок как основное повреждение заднего комплекса таза встречалось у 28, переломы - у 15 пациентов.

Остеосинтез заднего комплекса тазового кольца винтами с каналом с фиксацией повреждений переднего комплекса пластинами и винтами комбинировали у 58 пациентов. Открытые переломы встречались у 6 (10,3%) пациентов и были представлены в 4 случаях

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

разрывами мочевого пузыря, в 2 - разрывами уретры. При повреждениях с горизонтальной и ротационной нестабильностью остеосинтез выполнен - у 17, при вертикальной нестабильности - у 41. При унилатеральных повреждениях - у 24, при билатеральных - у 34. У 50 пациентов наблюдались разрывы лонного сочленения, у 8 - переломы ветвей лонных костей. Из 50 пациентов имевших разрыв лонного сочленения - у 14 имело место частично стабильное повреждение заднего комплекса тазового кольца, у 36 - нестабильное. Разрывы связок как основное повреждение заднего комплекса тазового кольца встречался у 37, переломы крестца и подвздошной кости - у 21 пациента. В случаях отсутствия разрыва лонного сочленения, фиксация переднего комплекса после репозиции отломков может быть осуществлена при помощи винтов. Это показано при повреждениях тазового кольца типа В2 от L-компрессии или типа С от сдвига или комбинированных воздействий.

Изолированно, без фиксации повреждений переднего полукольца таза, остеосинтез заднего комплекса винтами с каналом выполнен 196 пациентам. Открытые переломы встречались у 15 (7,7%) пациентов и были представлены в 12 случаях разрывами мочевого пузыря, в 3 - разрывами уретры. При повреждениях с горизонтальной и ротационной нестабильностью остеосинтез выполнен у 161, при вертикальной нестабильности - у 35 пациентов. При унилатеральных повреждениях - у 124, при билатеральных - у 72. У 3 пациентов наблюдались разрывы лонного сочленения, у 193 - переломы ветвей лонных костей. Все 3 пострадавших с разрывами лонного сочленения имели частично - стабильное повреждение таза. Разрыв связок как основное повреждение заднего комплекса таза встречалось у 75, переломы - у 121 пациента.

Результаты и обсуждение. Всего умерло 3 (1%) пациента. Причина смерти в одном случае ТЭЛА, в другом - кровотечение из стресс-язвы желудка, в третьем - сепсис. Ни в одном случае летальный исход не был связан с оперативным вмешательством на костях и сочленениях таза, а являлся следствием тяжелой ПТ. Следствием травмы были неврологические расстройства, связанные с повреждением седалищного нерва и его ветвей, а также корешков крестцового сплетения в 72 случаях, в 9 - встречались обширные отслойки подкожной клетчатки от фасций бедра и таза (синдром Morel-Lavelle).

При травмах тазового кольца из пациентов с частично стабильными повреждениями указанные осложнения отмечены у 26 (13,3%), при нестабильных повреждениях (61-С) - у 22 (22,2%). При синдроме Morel-Lavelle, в одном случае отмечен неблагоприятный исход в виде развития сепсиса и смерти пациента. Во всех остальных случаях течение синдрома было благоприятное. Всего зарегистрировано 60 локальных послеоперационных осложнений. К ранним послеоперационным осложнениям относили осложнения, развившиеся в сроки до 3-х недель после операции, к поздним - в течение одного года. Осложнения в виде переднего полукольца встречалось в 17 случаях, воспалительные явления в области задних отделов отмечены у одного пациента. Периферические неврологические расстройства в виде плексопатий после операции развились у 2 пациентов с частично стабильным повреждением, причина - некорректное введение одного из винтов. После удаления неверно введенного винта в обоих случаях неврологические расстройства купировались в сроки от 2-х недель до 1,5 месяцев. При нестабильных повреждениях тазового кольца (61-С), неврологические расстройства в виде нейропатий седалищного нерва были отмечены у 4-х пациентов.

После консервативного лечения в течение полугода произошел регресс неврологических расстройств. В двух случаях у пациентов при нагрузке весом тела на второй неделе после операции возникла миграция канюлированных винтов с расхождение тазовых костей, что потребовало проведения реостеосинтеза. Поздние локальные послеоперационные осложнения у пациентов были представлены несращениями переломов и сочленений в обычные сроки, что приводило к миграции конструкции в 7 случаях. Исходы лечения прослежены в сроки от 1 года до 3-х лет у 115 пациентов. По шкале Majeed у 89 обследованных больных с повреждением типа 61-В отличный результат наблюдался у 56 (63%), хороший - 24 (27%), удовлетворительный - 9 (10%), плохого результата не было, у 59 больных с повреждением типа 61-С отличный результат у 13 (22%), хороший - 25 (42,4%), удовлетворительный - 20 (33,9%), плохой - 1 (1,7%).

Выводы.

Таким образом, анализ результатов лечения повреждений тазового кольца у пациентов при ПТ с использованием минимально-инвазивного остеосинтеза заднего полукольца транскрутантными илеосакральными винтами с каналом показал:

- наибольшее число осложнений отмечалось у пациентов с нестабильными, билатеральными повреждениями тазового кольца с преимущественным поражением связочного аппарата;
- для фиксации переднего полукольца таза при его нестабильности использование АНФ наиболее показано при открытых повреждениях, повреждениях типа В1 от АР-компрессии и как дополнительное средство фиксации тазового кольца у тучных пациентов. Остеосинтез переднего полукольца пластинами следует использовать при закрытых повреждениях всех типов, при этом в большинстве случаев достаточно одной пластины. Винты в качестве средства фиксации переднего комплекса показаны при переломах типа В2, а также при повреждениях мочевыводящих путей у пациентов повреждениями типа С и переломами лобковых костей;
- наличие открытого перелома тазового кольца не является препятствием к использованию транскрутантных илеосакральных канюлированных винтов для стабилизации заднего комплекса тазового кольца.

Боровская О.С., Беспальчук А.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г.Минск, Беларусь

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ И ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

При повреждении локтевого сустава присутствуют переломы шейки лучевой кости встречаются у 20,9% детей, переломы головки на границе с шейкой лучевой кости - у 11%. В педиатрической практике с учетом функционирующей зоны роста методы открытой репозиции с обнажением зоны перелома и последующим металлоостеосинтезом несомненно будут более травматичными, чем закрытые способы, поэтому показания к ним должны быть сведены к минимуму. Резекция головки лучевой кости, как у взрослых недопустима.

Цель исследования. Провести анализ результатов применения малоинвазивных методов оперативного лечения (закрытой репозиции, остеосинтеза спицами) с применением ЭОП при переломах головки и шейки лучевой кости у детей.

Материалы и методы исследования. С 2005 по 2018 гг. на базе детского травматолого-ортопедического отделения 6 ГКБ г.Минска было проведено 36 операций (из них - 28 малоинвазивные) пациентам с остеоэпифизеолизами головки и переломами шейки лучевой кости у детей (15 мальчиков, 21 девушек). Средний возраст пациентов составил 9 лет (от 4 до 14). Средний срок пребывания пациентов по поводу вмешательства - 8 суток.

В диагностике данного вида повреждений выполнялась рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях. Среди методов закрытой репозиции под контролем ЭОП наиболее часто использовалась методика закрытой репозиции по Свинухову, которая заключается в сочетании тракции и последовательного чередования положений пронации и супинации, что способствует одновременному расклиниванию отломков и правильной их адаптации друг к другу. Однако при данной репозиции отсутствует прямой рычаг, и суть репозиции заключается в опосредованном супинационно-пронационном воздействии на мелкий фрагмент - головку относительно всей лучевой кости. В связи с этим применялась модификация Ворохобова закрытой репозиции по Свинухову, предусматривающая сочетание с супинацией и пронацией прямого давления на головку лучевой кости. Однако и этот способ не всегда обеспечивал качественную репозицию, так как давление на головку лучевой кости идет опосредованно через мягкие ткани. При большом смещении головки лучевой кости производилось вправление рычага при помощи спицы Киршнера по Баирову (чрескожная репозиция по принципу или Илизарова). Данные

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

методики репозиции позволяли достигнуть удовлетворительного положения отломков в 78% случаев. Репонированная головка лучевой кости фиксировалась 1-2 спицами, введенными интрамедуллярно через дистальный эпифиз лучевой кости. При безуспешности закрытой репозиции выполнялось открытое вмешательство с репозицией головки и фиксации ее спицами интрамедуллярно, либо трансартикулярно. В 1 случае при множественном повреждении (закрытый травматический вывих обеих костей предплечья с отрывным переломом внутреннего надмыщелка плечевой кости и остеоэпифизеолизом головки лучевой кости со смещением) применялся комбинированный метод лечения, включающий закрытое устранение вывиха и репозицию головки лучевой кости под контролем ЭОП с фиксацией ее спицами, введенными интрамедуллярно, затем выполнялась открытая репозиция внутреннего надмыщелка с фиксацией его спицами. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение на 5-6-й день после операции.

Выводы.

Применение малоинвазивной методики операции с применением ЭОП при остеоэпифизеолизах головки и переломах шейки лучевой кости у детей является высокоэффективным методом лечения и позволяет в большинстве случаев избежать открытой репозиции, что сокращает сроки лечения и реабилитации и позволяет сократить продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Бялик В.Е., Макаров С.А., Алексеева Л.И., Бялик Е.И.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой
г.Москва, Россия

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА, МАССЫ ТЕЛА, ВЕЛИЧИНЫ УГЛА КОРРЕКЦИИ И СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКОЙ ТИБИАЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИИ

Остеоартроз (ОА) является ведущей причиной хронической боли и находится на четвертом месте среди причин инвалидности. Наиболее частой формой ОА является гонартроз. Частота симптоматического ОА коленного сустава (КС) в общей популяции составляет 25%. Наиболее часто в патологический процесс вовлечен медиальный тибioфemorальный отдел (75%), на втором месте - пателлофemorальный (48%), и реже - латеральный тибioфemorальный отдел (26%) КС. Эффективность консервативного лечения ОА КС снижается по мере прогрессирования заболевания. Учитывая увеличение частоты встречаемости ОА КС и омоложение патологии, все более значимое место в лечении гонартроза получает высокая тибияльная остеотомия (ВТО), позволяющая продлить функцию собственного КС и отдалить или вовсе избежать тотального эндопротезирования КС (ТЭКС).

Цель исследования. Оценить эффективность ВТО при первичном и вторичном гонартрозе II-III стадии, изучить влияние возраста, индекса массы тела (ИМТ), величины угла коррекции и стадии артроза на ближайший результат.

Материалы и методы исследования. Выполнено 35 ВТО у 32 пациентов, при этом соотношение мужчины/женщины было 2:1. Средний возраст больных составил $59,0 \pm 13,1$ года, индекс массы тела (ИМТ) $29,04 \pm 3,57$ кг/м² и угол коррекции $12,5 \pm 2,78^\circ$. Выполняли ВТО при первичном и вторичном гонартрозе. Для оценки боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), для изучения функционального и объективного состояния КС - шкалу Knee Society Score (KSS). Стадию дегенеративного процесса оценивали по рентгенологической классификации Kellgren-Lawrence.

Результаты исследования. Через год после операции было выявлено существенное снижение боли по ВАШ (с $72,27 \pm 11,79$ мм до $7,72 \pm 6,62$ мм) и улучшение функционального и объективного счета по KSS (с $43,66 \pm 11,5$ и $54,39 \pm 11,77$ до $86,51 \pm 10,86$ и $81,93 \pm 6,65$, соответственно). ВТО оказалась одинаково эффективной как при первичном, так и при вторичном гонартрозе. Получены результаты: отличные (36,4%), хорошие (57,6%) и удовлетворительные (6%). У больных, прооперированных при 2 стадии ОА КС был больший процент отличных и хороших результатов по сравнению с больными прооперированными на 3-й стадии. Рентгенологических признаков прогрессирования гонартроза через год после операции выявлено не было. Больные с

ИМТ > 30 кг/м² имели худшие результаты ВТО по сравнению с пациентами, чей ИМТ был менее 30 кг/м². У больных старше 60 лет, имевших угол коррекции >12,5° и ИМТ >30 кг/м² чаще наблюдались переломы латерального тибияльного плато по сравнению с больными, чей возраст был моложе 60 лет, а угол коррекции и ИМТ были < 30 кг/м² и <12,5° соответственно.

Выводы.

ВТО одинаково эффективна при первичном и вторичном остеоартрозе коленного сустава. Сочетание возраста старше 60 лет, ИМТ > 30 кг/м² и угла коррекции > 12,5° - фактор риска интраоперационных переломов латерального тибияльного плато. Значения ИМТ выше 30 кг/м² отрицательно влияют на результат ВТО. Лучшие результаты можно получить у больных моложе 60 лет, с ИМТ < 30 кг/м², выраженностью артроза не выше 2 стадии и углом коррекции < 12,5°.

Власова И.В., Власов С.В., Цюрюпа В.Н., Милюков А.Ю.
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Как любая крупная ортопедическая операция эндопротезирование коленного сустава (ЭПКС) может сопровождаться осложнениями. Наиболее часто возникают тромбозы глубоких вен (ТГВ). Высокий риск ТГВ при ЭПКС обусловлен рядом особенностей оперативного вмешательства. В связи с этим, проблема своевременной и качественной диагностики ТГВ после ЭПКС является актуальной. Частота ТГВ весьма вариабельна в разных клиниках, и по данным различных исследований колеблется от 9% до 64%.

Цель исследования. Изучение частоты и особенностей тромботического процесса при ЭПКС.

Материалы и методы исследования. В течение 2017 года было обследовано 204 пациента после ЭПКС (175 женщин и 29 мужчин, средний возраст 64±5,2 года). Пациентам проводился комплекс противотромботических мероприятий, разработанный в данном лечебном учреждении, включая градуированную компрессию нижних конечностей в послеоперационном периоде, физическую реабилитацию с инструктором ЛФК и раннюю активизацию пациентов. Всем пациентам проводили дуплексное сканирование (ДС) магистральных сосудов нижних конечностей перед операцией и на 2-3 день после ЭПКС.

Результаты исследования. Из всех обследованных ТГВ был выявлен у 62 пациентов, что составило 30%. Почти во всех случаях тромботический процесс ограничивался венами голени. Только в 3 случаях тромбоз распространялся и на подколенные вены. У 6 пациентов ТГВ был распространенным, с вовлечением всех вен голени. При тромбозе только задних большеберцовых вен (ЗББВ) и при сочетании тромбоза ЗББВ и суральных вен (СВ) у 22 пациентов определялось поражение только одной из парных вен, либо неокклюзивный характер тромбоза, либо отсутствие ТГВ в нижней трети голени. При таком характере тромбоза сохранялся удовлетворительный отток от голени по парным проходимым венам и по анастомозам с другими венами. Ровно половину случаев ТГВ представлял тромбоз только мышечных венозных синусов в толще икроножных и камбаловидных мышц. При этом проходимость всех магистральных вен голени сохранялась.

Глубокие вены голени являются трудным участком для исследования, в силу анатомических особенностей и вариабельности. В практической работе врачей ультразвуковой диагностики исследование вен голени большей частью не проводится в полном объеме, что связано как с трудностью идентификации всех глубоких вен, обусловленной различными вариантами соединения их между собой, так и со значительным увеличением времени их оценки. Исследования показали, что включение в протокол ДС обязательной оценки мышечных и малоберцовых вен может снизить количество ложноотрицательных результатов на 64 и 15% соответственно. Мониторинг тромботических осложнений при крупных ортопедических операциях проводится в нашей клинике в течение почти 20 лет. Анализ осложнений, проведенный в 2008-2009 годах выявил 19%

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

осложнений, однако протокол ДС вен в то время включал только исследование магистральные вен голени - подколенной, задних и передних большеберцовых вен.

Таким образом, включение в обязательный протокол ДС исследование всех, доступных визуализации вен, включая мышечные венозные синусы, привело к увеличению процента тромботических осложнений, но определило истинную картину послеоперационного состояния венозной системы голени у пациентов после ЭПКС. Частые тромботические осложнения у пациентов после ЭПКС имеют в большинстве случаев благоприятное течение, не являются распространенными, ограничиваясь в половине случаев мышечными венозными синусами.

Выговский Н.В., Прохоренко В.М., Моноенко В.В., Оленев Е.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница N 34»
г.Новосибирск, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОМЕТАЛЛОСИНТЕЗА (ОМС) ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И ПОСЛЕДУЮЩИХ УДАЛЕНИЙ ИМПЛАНТОВ (НА ПРИМЕРЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ)

Актуальность исследования. На сегодняшний день переломы длинных трубчатых костей продолжают занимать значимое место среди повреждений опорно-двигательного аппарата. По данным ряда автора они занимают от 16,7% до 49,8% (Беленький, И.Г., Егиазарян, К.А.). Основным методом лечения таких переломов является операция остеометаллосинтеза. Сегодня предложен достаточно широкий спектр металлических конструкций для выполнения остеосинтеза длинных трубчатых костей. Вместе с тем, не смотря на то, что выполнение остеометаллосинтеза сам по себе представляет значительную операционную травму, немаловажным является и вопрос последующего хирургического вмешательства установленного имплантата.

Цель исследования. Разработка профилактических мер возможных осложнений, связанных с удалением внутренних фиксаторов при переломах длинных трубчатых костей.

Материалы и методы исследования. Материалами являются данные оперативного лечения 195 пациентов с закрытыми переломами плечевой кости в период 2015-2017 гг. Среди них мужчины составили 110 (56,41%), женщины 85 (43,58%) человек. Возраст пациентов был от 18 до 70 лет. Всем больным выполнялось оперативное лечение в объеме удаления различных металлоконструкций, и они были разделены, соответственно, на две группы:

- I - различные накостные пластины у 137 пациентов (70,25%),
- II группа - 58 больных (29,74%) - различные внутрикостные фиксаторы (блокированные стержни).

Результаты исследования оценивали с помощью клинического, рентгенологического, топографо-анатомического, статистического методов.

Результаты и обсуждение. В I группе пациентов, у 15 больных (10,94%) при удалении фиксаторов возникли сложности с удалением винтов из пластины и кости: трудности извлечения винта (3 пациента), отлом головки винта (7 больных), перелом винта на уровне резьбовой части под пластиной в кости (5 пациентов). В этих случаях применялась ограниченную трепанацию кости и полая цилиндрическая фреза. У II группы - 11 пациентов (18,96%), трудности были связаны с тем, что внутрикостный стержень был деформирован (изогнут в костномозговом канале) - 2 пациента, или с тем, что над поверхностью кости оставлен слишком короткий его конец, который невозможно захватить каким-либо инструментом для последующей экстракции (2 пациента); или с тем, что конец стержня, предназначенный для захвата экстрактором, полностью погружен в глубину костномозгового канала (2 пациента); или с тем, что массивный штифт «заклинило» в костномозговом канале кости (3 пациента); или с тем, что возник перелом стержня в костномозговом канале (2 пациента).

Выводы.

1. Необходимо строго выполнять все правила оперативной техники по имплантации фиксаторов.

2. По возможности, имплантированную металлоконструкцию должен удалять тот хирург, который ее устанавливал.
3. Установленные имплантаты, выполнив свою функцию по иммобилизации отломков до их консолидации, должны быть удалены во время.

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М., Авдалян А.М., Агаджанян В.В., Левченко Т.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г. Ленинск-Кузнецкий

Лаборатория молекулярной диагностики Алтайского филиала РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
г. Барнаул, Россия

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕЙ ГОЛОВКИ БЕДРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ КОКСАРТРОЗА

Актуальность изучения гистопатологических характеристик головки бедренной кости, удаленной при эндопротезировании, представляет интерес, как в клинической практике, так и в теоретическом аспекте. Выявление особенностей строения головки бедра при коксартрозе и установление его этиологического фактора может иметь ключевое значение в снижении риска послеоперационных осложнений и помочь в поиске способов профилактики контралатерального прогрессирования процесса. Исходя из анализа литературы, данные, касающиеся морфометрической характеристики хрящевой и костной ткани головки бедра при коксартрозе, единичны и описаны преимущественно при его постишемической форме.

Целью исследования стало установление гистопатологических особенностей костной ткани и суставной поверхности головки бедра при различных нозологических формах коксартроза.

Объектом морфологического исследования служили 127 головок бедренных костей, удаленных при эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов с клинически выставленным диагнозом коксартроз III-IV стадии. Из полученного материала выпиливался фрагмент суставной поверхности и субхондральной костной ткани. После декальцинации проводилась стандартная гистологическая обработка материала с последующей окраской гематоксилином-эозином и гематоксилин-пикрофуксином. Оценку выраженности фиброза проводили путем определения площади фиброзной ткани в 5 случайных полях зрения на срезах, окрашенных по Ван-Гизону, при увеличении микроскопа $\times 100$ раз. При площади фиброза до 25% присваивали «1» балл, от 25 до 49% - «2» балла, от 50 до 74% - «3» балла, 75% и более - «4» балла. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью прикладного пакета программ Statistica, версия 6.0.

Наиболее выраженный фиброз суставной поверхности регистрируется при коксартрозе посттравматического генеза и его медиана равна 2,38 балла, а наименее выраженный при постишемическом коксартрозе - 1,16 балла. Наиболее выраженный фиброз костной ткани регистрируется при коксартрозе диспластического генеза, где его медиана составляет 2,53 балла, а наименее выраженный при постишемическом коксартрозе - 1,11 балл. В случае коксартроза диспластического генеза медиана толщины суставной поверхности составляет 658,85 мкм, что в 2,3 раза меньше по сравнению с коксартрозом постишемического генеза, где медиана того же показателя составляет 1524,17 мкм. Максимальная толщина костных балок и их площадь регистрируется в ткани головки бедра при коксартрозе диспластического генеза, а минимальная при коксартрозе идиопатического генеза.

При исследовании особенностей корреляции гистопатологических показателей строения головки бедра при различных нозологических формах коксартроза выявлено, что в случае коксартроза постишемического генеза прослеживается прямая корреляционная связь между показателями толщины костных балок и их площадью ($r=0,4$; $p=0,032$). В случае коксартроза посттравматического генеза выявлена обратная связь между фиброзом суставной поверхности и толщиной костных балок ($r=-0,4$; $p=0,04$). Данные корреляционного анализа выраженности фиброза костного мозга и площадь костных балок ($r=0,4$; $p=0,02$) в группе коксартроза диспластического генеза указывают на максимально выраженные

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

компенсаторно-приспособительные процессы в суставной поверхности и костной ткани головки бедренной кости при данной нозологической форме коксартроза.

Таким образом, в результате выполненной работы проведена сравнительная морфометрическая характеристика и установлен ряд отличительных особенностей гистопатологических показателей костной ткани и суставной поверхности головки бедра при различных нозологических формах коксартроза.

Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Букатов А.К.

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ОДНОПЛОСКОСТНЫМ ЧРЕСКОСТНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ

Несмотря на множество способов, количество неудовлетворительных результатов при лечении переломов диафиза голени остается высоким, инвалидизация пострадавших с переломами голени до сих пор высока и составляет 19-37,9%.

Цель исследования - улучшение результатов лечения диафизарных переломов костей голени методом одноплоскостного чрескостного остеосинтеза (ЧО).

Задачи исследования - разработать устройство для тракции и фиксации спиц к полукольцам одноплоскостного аппарата ЧО и оптимизация способа лечения переломов костей голени.

Материал исследования. 100 больных с закрытыми переломами диафиза костей голени в возрасте от 19 до 76 лет, лечившихся в травматологическом отделении БСМП г. Семей РК за период с 2014 по 2017 гг. которые были разделены на группу исследования (ГИ) из 47 больных, лечение которым проводилось согласно разработанных методик и группу сравнения (ГС) из 53 больных, которые были пролечены по методу Г.А. Илизарова.

Методы исследования. Клинический, рентгенологический, статистический, ультразвуковой.

Результаты и обсуждение. На устройстве для репозиции отломков костей голени осуществлялась одномоментная репозиция отломков.

Далее, через каждые из отломков проводили парафрактурно во фронтальной плоскости по две спицы с упорными площадками параллельно друг другу, располагая упорные площадки взаимнопротивоположно, с учетом смещения отломков, а остальные спицы с упорами ближе к суставным концам длинных трубчатых костей, которые с натяжением фиксировали к полукольцам от аппарата внешней фиксации (АВФ) устройством для тракции и фиксации спиц к внешним опорам АВФ для ЧО, позволяющее поддерживать спицы в натянутом положении соосно, оси спицы и ее раневого канала в тканях костей голени.

Средняя продолжительность стационарного лечения больных ГИ составила $6,3 \pm 1,2$ дней, а ГС $12,1 \pm 1,5$ дней, а амбулаторного лечения $95,7 \pm 5,6$ и $105,6 \pm 6,1$ дней соответственно.

В ГИ отличные результаты отмечены у 28,6% больных, хорошие - у 56,4%, удовлетворительные - у 15,0% пациентов, аналогичные результаты среди больных ГС отмечены у 19,4%, 43,7% и 36,9% соответственно.

Причинами превалирования удовлетворительных результатов лечения среди больных ГС по сравнению у больных ГИ в первую очередь объясняется тем, что у них количество спиц и их ран в аппарате ЧО в два раза превышает, чем в одноплоскостном варианте ЧО, прошиваются мышцы антагонисты голени перекрашивающимися спицами на одном уровне, имеются трудности соосного расположения спиц в их раневых каналах в послеоперационном периоде, увеличивается количество воспалительных осложнений со стороны ран (у 24,3% больных) в процессе их амбулаторного лечения, которые в совокупности ухудшают функциональные результаты лечения переломов костей голени.

Выводы.

Одноплоскостной ЧО после предварительного устранения смещения отломков на ЦУГ аппарате является методом выбора при лечении диафизарных переломов костей голени, позволяет уменьшить количество гнойно-воспалительных осложнений и болевых ощущений со стороны ран спицевого канала.

Дюсупов А.А., Манарбеков Е.М.
Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА

Переломы надколенника, хотя и не входят в число распространенных, по данным различных авторов составляют 1,2-2,0% от общего числа переломов. Ввиду относительно малой распространенности, кажущейся простоты репозиции и фиксации отломков они привлекали лишь небольшое внимание исследователей. В результате остаются малоизученными возможности чрескостного остеосинтеза в лечении таких переломов и сравнительные аспекты эффективности и безопасности различных способов.

Цель исследования. Совершенствование способа чрескостного спицевого остеосинтеза при поперечных переломах надколенника и его клиническая апробация.

Материалы и методы исследования. В исследование включен 81 пациент с переломами надколенника, в том числе 55 (67,9%), женщин - 26 (32,1%) в возрасте старше 18 лет (самая старшая пациентка - 77 лет на момент получения травмы). Средний возраст по группе составил $47,7 \pm 2,6$ года.

В зависимости от лечения все пациенты были распределены на 2 группы: основную и сравнения. В первую группу включены 39 больных, в том числе 27 мужчин и 12 женщин, средний возраст - $48,3 \pm 2,4$ года, в группу сравнения - 42 пациента, 28 мужчин и 14 женщин, средний возраст - $47,2 \pm 2,6$ года.

В основной группе лечение проводилось путем применения усовершенствованного способа чрескостного остеосинтеза. У пациентов группы сравнения проводилось оперативное лечение открытым способом.

Сравнительной оценке подвергали частоту и структуру осложнений, продолжительность стационарного и амбулаторного лечения, клинико-функциональные исходы.

В качестве граничного критерия статистической значимости для опровержения нулевой гипотезы принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Осложнения, связанные с раневой инфекцией, наблюдались у 6 пациентов группы сравнения (14,3%), в том числе у двух замедленное заживление послеоперационной раны было ассоциировано с развитием глубокой инфекции, потребовавшей повторного вмешательства. В основной группе имелось только 2 случая нагноения спиц (5,1%).

Вторичное расхождение отломков имело место только в 2 случаях в основной группе и в 7 случаях в группе сравнения (16,7%). У всех больных группы сравнения потребовалось повторное оперативное вмешательство. В большинстве случаев вторичное смещение было связано с поломкой или миграцией металлоконструкций, хотя общая частота последних была даже выше (21,4%).

Частота посттравматического артрозо-артрита с выраженной клинической манифестацией была невысокой - 3 случая в основной группе и 2 - в группе сравнения. Однако контрактуры коленного сустава развились в итоге у трех пациентов группы сравнения и только у одного в основной группе. Кроме того, в группе сравнения имелись 2 случая формирования ложного сустава.

Более существенное различие между группами было выявлено в отношении продолжительности амбулаторного лечения (почти вдвое за счет необходимости реабилитации пациента после удаления металлоконструкции, обеспечивавшей остеосинтез). Различия по продолжительности стационарного лечения составили 63,5% в пользу основной группы. В обоих случаях эти различия были статистически значимыми ($p < 0,001$).

Следует отметить, что в основной группе нами не было получено неудовлетворительных результатов, в качестве которых рассматривались контрактуры сустава с ограничением подвижности более 50% от должной. В структуру исходов в данной группе вошли только хорошие (полное восстановление подвижности без болевых ощущений) - 82,1% и удовлетворительные - 17,9%. Тем не менее, значимых различий по частоте исходов между группами выявлено не было.

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

В группе сравнения хорошие результаты наблюдались в 64,3% случаев, удовлетворительные - 28,7% и неудовлетворительные были получены у трех пациентов с осложнениями (7,1%).

Выводы.

Таким образом, в сравнении с наиболее распространенным способом лечения переломов надколенника путем открытого оперативного остеосинтеза, усовершенствованный нами метод чрескостного остеосинтеза в эквивалентных клинических группах дал более адекватные результаты как по частоте и тяжести осложнений, так и по функции конечности по завершению лечения. Кроме того, эти улучшения были достигнуты при одновременном значительном сокращении сроков стационарного лечения больных и временной нетрудоспособности.

Казарезов М.В., Королева А.М.

ЛОНЦ

г.Новосибирск, Россия

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТКАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Цель исследования. Показать на опыте возможности и целесообразность использования пластики при обширных дефектах конечностей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 768 больных с различными тканевыми дефектами, и рубцовыми контрактурами. Всем им выполнена пластика, или в отдельности, или в комбинации: свободная кожная пластика - 165; пластика перемещенными лоскутами - 142; свободная костная пластика - 114, пластика лоскутами на питающей ножке - 110, сухожильная пластика - 109, костная аутопластика с пластикой лоскутом на питающей ножке - 47, пластика на микрохирургическом анастомозе, реплантация - 47, дермотензия - 28 и другие операции. Наиболее важной проблемой является замещение инфицированных дефектов, где одинаково важны, как готовность тканевого дефекта, так и выбор пластического материала. Важно не только и не столько заместить дефект, а прежде устранить воспалительные явления. Эта проблема нами решена проведением операций с применением регионарной антибактериальной терапии.

Одномоментное замещение инфицированного костного и мягкотканого дефектов осуществлено по предложенной нами схеме. Катетеризируется артерия и начинается введение инфузата. При неактивно текущем воспалительном процессе, проводится хирургическая обработка раны с замещением костного дефекта аутоотрансплантатом, а мягкотканого лоскутом на питающей ножке, а при активном, хирургическая обработка (некрсеквестрэктомия), с наложением швов на рану. После первичного заживления раны, оперируют вновь (через 12-14 суток). В зависимости от локализации и величины дефекта используются аутоотрансплантаты из гребня подвздошной кости (для плеча, голени, бедра) и из малоберцовой кости (для ключицы и костей предплечья). Выбор способа пластического замещения дефекта после устранения рубцовых контрактур, зависел от мобильности рубца, его распространенности. А выбор способа пластики при устранении контрактуры, зависел от степени ее развития. При наличии мобильного рубца, использовались местные ткани. Опыт использования пластических приемов показал, что грубые рубцы необходимо иссекать и замещать лоскутами на питающей ножке или замещать полнослойным кожным лоскутом, не используя его при оголенных костях и сухожилиях.

Обсуждение результатов. Оценка результатов осуществлена у больных с инфицированными тканевыми дефектами в сравниваемых группах. У пациентов оперированных под прикрытием регионарной инфузии (167), у всех 100% результат положительный, а из 120 леченных стандартно положительный результат наблюдался у 85,2%. Статистическая обработка эффективности пластики у 287 больных проведена с использованием компьютерной программы «Статистика» и дисперсионного анализа непараметрическим методом с использованием критерия χ^2 и метода Фишера.

Выводы.

Пластическая хирургия является важным разделом восстановительной хирургии в реабилитации

больных с тканевыми дефектами, а регионарная инфузия восстанавливает микроциркуляторные и стимулирует репаративные процессы, и подтверждает целесообразность и необходимость использования ее для ускорения процесса реабилитации больных с инфицированными тканевыми дефектами.

ЛОНЦ

Казарезов М.В., Королева А.М.
г.Новосибирск, Россия

СПОСОБ МИНИИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Цель исследования. Предложить новый более щадящий способ скрепления отломков флотирующих ребер.

Материалы и методы исследования. Известен способ оперативного лечения осложненных переломов ребер. Пронских Ал.А., Агаджанян А.В., Пронских А.А. «Оперативное восстановление каркасности грудной клетки как профилактика респираторных осложнений у пациентов с тяжелой закрытой травмой груди при политравме». Самым серьезным недостатком этого способа лечения является оперативное вмешательство на грудной клетке в момент шокового состояния. Как правило, окончатые переломы возникают при тяжелых компрессирующих травматических воздействиях. Последние вызывают множественные переломы ребер и на разных уровнях. Если пытаться открыто репонировать и синтезировать отломки, то это окажется серьезной дополнительной травмой, усугубляющей и так шоковое состояние. Поэтому считаем выполнение открытого остеосинтеза в такой ситуации недопустимым. Мы предложили «Способ миниинвазивного остеосинтеза флотирующих переломов ребер»: заключается в том, что пациента укладывают в возвышенном положении на противоположном боку, проводят линию краской на коже вдоль ребра; под ЭОПом, по отмеченной линии делают проколы скальпелем на уровне проксимального фрагмента, среднего-флотирующего сегмента и дистального фрагмента ребра, просверливают отверстия через ребро и вводят в них стержни на всю толщину ребра, навинчивают гайки на винтовую часть стержня и накладывают пластину на стержни через прорезь в пластине, которую опускают до гаек, а сверху завинчивают другие гайки, при необходимости поднять костный фрагмент завинчивают верхнюю гайку с ослаблением нижней, а для опущения его раскручивают нижнюю гайку, манипулируя пластиной, таким образом устанавливают репонирующее равновесие костных фрагментов; при необходимости ввинчивают дополнительные стержни, достаточно фиксировать сломанные ребра через одно

Устройство для миниинвазивного остеосинтеза флотирующих переломов ребер: используют пластину, которая поперечно изогнута с радиусом изгиба равным ширине пластины, а по длине изогнута по форме грудной клетки (ребра) на 120 градусов, по центру длинника ее фрагментарная прорезь для внедрения стержней, диаметром равным прорези; стержень, (сверху вниз), на вершине имеет квадратную форму для использования торцового ключа при завинчивании стержня в костный фрагмент ребра, далее на стволе стержня имеется винтовая резьба для гаек, а ниже, к концу стержня резьбовая нарезка с большим шагом резьбы и с затупленным концом стержня; на верхней винтовой нарезке имеются две гайки, с помощью которых осуществляют движение пластины вверх или вниз, в процессе проведения репозиции костных фрагментов ребра, а при достижении репозиции, гайки на стержне фиксируют наглухо к пластине.

Предложенный вариант внешней фиксации отломков ребер считаем выгодным и эффективным из-за щадящего отношения к пациенту, получения быстрого эффекта и возможности выполнения операции на различных этапах эвакуации. Очень важно и возможно применение в военно-полевых условиях. Патент N 2596089.

Казачек Т.М., Колмыкова Е.В., Суслина Т.В., Жогов К.Ю., Ерошко Г.Д. Марцияш А.А.

ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России
ГАУЗ КО «КГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой»
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ

В Центре медицинской реабилитации (ЦМР) ГАУЗ КО КГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой проводится второй этап восстановительного лечения больных после эндопротезирования суставов. В отделение больные поступают из поликлиник города и области. За 2015-2017 годы в стационаре ЦМР было пролечено 219 больных после эндопротезирования тазобедренных суставов. Мужчин из них - 89, женщин - 130. В ЦМР больные поступают через 2-2,5 месяца после оперативного лечения. Возраст пациентов от 31 до 84 лет. Практически все больные использовали для передвижения вспомогательные средства. При поступлении нами оценивались правила соблюдения ортопедического режима больным, выполнение рекомендаций оперирующего хирурга и врача, наблюдавшего его в условиях поликлиники или травмпункта. Объем активного сгибания в оперированном суставе был ограничен чаще за счет гипотрофии мышц тазового пояса и бедра в амплитуде 140-120 градусов, пассивное сгибание было 90 градусов, т. к. в исходном положении (и. п.) сидя больные находились уже на 3-4 день после операции и получали рекомендации по двигательному режиму. Разгибание и отведение в амплитуде 10-15 градусов было у большинства больных. Обращает внимание использование в качестве опоры ходунков, что на наш взгляд усугубляет проявления дегенеративно-дистрофических процессов в поясничном отделе позвоночника, т.к. подобрать соответственно росту их сложно, больные передвигаются приставным шагом, невозможно восстановить биомеханику шага и исключить сгибание туловища при ходьбе.

Программа реабилитации второго этапа строилась с учетом срока лечения в ЦМР (20 дней), включала в себя лечебную гимнастику (ЛГ) групповым методом в положении разгрузки суставов, исключая упражнения на боку на стороне оперированного сустава, механотерапевтические средства с учетом возможности сгибания тазобедренного сустава до 90 градусов, отработку биомеханики шага с опорой и без. Укладки на отведение, беговая дорожка, реабилитационный комплекс («лестница-брусья»). Массаж бедра и голени или поясничного отдела позвоночника, магнитотерапия на аппарате «Каскад», электростимуляция мышц бедра и голени. После второго курса восстановительного лечения состояние пациентов улучшалось, происходила адаптация организма к возрастающим физическим нагрузкам, увеличился объем активного сгибания, отведения в тазобедренном суставе за счет увеличения силы мышц и уменьшения болезненных мышечных напряжений в поясничном отделе позвоночника, улучшалась биомеханика шага, больной переводился на ходьбу без опоры. Оценивая эффективность восстановительного лечения на данном этапе, мы пришли к выводу, что она зависит еще и от того, насколько выражены у больного изменения функционального характера, формирующиеся анатомические изменения (поясничный сколиоз, «перекос» таза, ротационная деформация нижней конечности, сгибательно-приводящая контрактура и т.д.), возникающие до оперативного лечения. Несомненно, важна преемственность на каждом этапе медицинской реабилитации: на раннем этапе - мотивация больного, соблюдение ортопедического режима, правильный подбор средств ЛФК, позже - применение гидрокинезотерапии. При наличии выраженных синдромов патологии поясничного отдела позвоночника (синдрома грушевидной мышцы, приводящих мышц бедра, подвздошно-поясничной мышцы и т.д.) желательна консультация мануального терапевта, т.к. именно избавление от боли является доминирующим мотивом в согласии больного на оперативное лечение, именно повышение качества жизни пациентов является главной целью медицинской реабилитации.

Каллаев Н.О., Фадеев Б.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
г.Махачкала, Дагестан

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
Институт медицины, экологии и физической культуры
г.Ульяновск, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Частота политравмы при дорожно-транспортных происшествиях, техногенных и природных катастрофах составляет 27,6-66,2%. Средний возраст погибших от политравмы составляет 48,6 лет.

Материалы и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 1020 пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями в возрасте от 16 до 86 лет, поступивших в Дагестанский республиканский ортопедотравматологический центр и областной центр травматологии и ортопедии г.Ульяновска в течение 2012-2016 гг. Из общего числа пострадавших 76,8% имели повреждения трех и более областей тела, на долю сочетанной черепно-мозговой травмы приходилось 181 (17,4%) случаев. Торакоабдоминальные повреждения отмечены у 676,6% больных, сочетания повреждений черепа и органов брюшной полости - у 69 (7,6%).

Для объективной многофакторной оценки тяжести травмы пострадавших использовали систему ISS (Injury Severity Score): 14,4±1,2 баллов отмечены в 272-х наблюдениях, 27,3±2,1 - в 230 и 37,2±2,4 - в 518.

Большинство пострадавших (68%) поступили в состоянии травматического шока. На фоне интенсивной противошоковой терапии при поступлении выполнялись хирургические вмешательства, которые в соответствии с тяжестью повреждений и поставленными целями распределялись на реанимационные, неотложные и отсроченные. При краниоабдоминальной травме стабилизация состояния пациентов проводилась синхронно с ликвидацией последствий травмы брюшной полости (кровотечения, повреждения полых органов) и тяжелой травмы черепа и головного мозга. Переломы бедра и плечевой кости стабилизировались спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации или им выполнялся блокирующий остеосинтез под контролем ЭОП. При сочетанных около- и внутрисуставных повреждениях мы использовали возможности разработанными нами аппаратов внешней фиксации с устройствами динамической компрессии (а.с. N 1731200, патенты NN 2405493, 66937). Простота в применении, малоинвазивность и сохранность движений сустава способствовало улучшению качества лечения и раннему восстановлению функции поврежденных суставов.

Особое место в структуре сочетанных повреждений занимали пострадавшие с переломами костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца и с двойными (флотирующими) переломами ребер. При нестабильных переломах костей таза, длинных костей конечностей с нестабильной гемодинамикой мы придерживались тактики запрограммированных многоэтапных хирургических вмешательств «orthopedic damage control». Смысл его заключался в ранней временной фиксации переломов малоинвазивными методами и остановки кровотечения на фоне противошоковой терапии с последующим окончательным лечением после полной стабилизации жизненных функций организма. При флотирующих переломах ребер каркасгрудной клетки восстанавливался путем вытяжения за ребра с последующим погружным остеосинтезом.

Выводы.

Таким образом, рациональное использование средств достижений современной хирургии повреждений позволяет сохранить жизнь пострадавшим и работоспособность. Применение представленных принципов лечения пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями позволило сократить частоту развития осложнений с 37,4% до 21,6%, а летальность с 19,6% до 6,8%, улучшить качество жизни пострадавших.

Каллаев Н.О.

Дагестанский государственный медицинский университет
г.Махачкала, Дагестан

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ DAMAGECONTROL ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПОЛИТРАВМАХ

Лечение больных с политравмой остается одной из сложнейших проблем хирургии повреждений, высокая актуальность которой определяется неуклонным ростом травматизма. По данным различных авторов частота множественных и сочетанных повреждений, при дорожно-транспортных происшествиях составляет 27,6-61,2%, по нашим данным - 48,7%. Средний возраст погибших от политравмы при дорожно-транспортных происшествиях равняется 48,6 лет.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 1290 пострадавших с политравмой в возрасте от 16 до 86 лет, поступивших в республиканский ортопедо-травматологический центр в течение 2012-2015 гг. Из них 218 (16,9%) больных доставлено в клинику машиной скорой медицинской помощи. Из общего числа пострадавших 72,8% имели повреждения трех и более областей тела, на долю сочетанной черепно-мозговой травмы приходилось 198 (15,3%) случаев. Торакоабдоминальные повреждения отмечены у 72 (5,6%) больных, сочетания повреждений черепа и органов брюшной полости - у 54 (4,2%).

Для объективной многофакторной оценки тяжести травмы пострадавших использовали систему ISS (Injury Severity Score): 14,4±1,2 баллов отмечены в 378 наблюдениях, 27,3±2,1 - в 423 и 37,2±2,4 - в 489.

Большинство пострадавших (78%) поступили в состоянии травматического шока.

На фоне интенсивной противошоковой терапии в ургентном порядке выполнялись хирургические вмешательства, которые в соответствии с тяжестью повреждений и поставленными целями распределялись на реанимационные, неотложные и отсроченные. При краниоабдоминальной травме стабилизация состояния пациентов проводилась синхронно с ликвидацией последствий травмы брюшной полости (кровотечения, повреждения полых органов) и тяжелой травм повреждения черепа и головного мозга. Переломы бедра и плечевой кости стабилизировались спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации или им выполнялся блокирующий остеосинтез под контролем ЭОП. При сочетанных около- и внутрисуставных повреждениях мы использовали возможности разработанными нами аппаратов внешней фиксации с устройствами динамической компрессии (а.с. N 1731200, патенты NN 2405493, 66937). Простота в применении, малоинвазивность и сохранность движений сустава способствовало улучшению качества лечения и раннему восстановлению функции поврежденных суставов.

Особое место в структуре сочетанных повреждений занимали пострадавшие с переломами костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца и с двойными (флотирующими) переломами ребер. В этих случаях мы придерживались активной хирургической тактики, т. е. она была элементом противошоковой терапии. При нестабильных переломах костей таза, длинных костей конечностей с нестабильной гемодинамикой мы придерживались тактики запрограммированных многоэтапных хирургических вмешательств «orthopedic damage control». Смысл его заключался в ранней временной фиксации переломов малоинвазивными методами и остановки кровотечения с последующим окончательным лечением после полной стабилизации жизненных функций организма. Стабилизация переломов костей таза производилась аппаратами внешней фиксации по принципам ургентной хирургии как противошоковое средство. При флотирующих переломах ребер каркас грудной клетки восстанавливался путем вытяжения за ребра с последующим погружным остеосинтезом.

Выводы.

Таким образом, рациональное использование средств достижений современной хирургии повреждений позволит сохранить жизнь пострадавшим и работоспособность. Применение представленных принципов лечения пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями позволило сократить частоту развития осложнений с 37,4% до 22,4%, а летальность с 18,5% до 6,9%, получить экономические и социальные эффекты.

Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г.

Филиал № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России
г.Вольск-18

ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России
г.Екатеринбург

ГКУ «Московский авиационный центр»
г.Москва, Россия

АУТОЛОГИЧНАЯ ПЛАЗМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Актуальность исследования. По литературным данным остеоартрозом в России страдает около 15 млн. человек. Чаще всего поражается коленный сустав (33% пациентов), что связано с его анатомическими и функциональными особенностями. На начальных стадиях остеоартроза коленного сустава применяются консервативные методы лечения (НПВС, хондропротекторы, ФТЛ). При неэффективности данной терапии прибегают к внутрисуставному введению лекарственных препаратов. В настоящее время большое внимание уделяется изучению эффективности внутрисуставного введения аутологичной плазмы, богатой тромбоцитами (АПБТ), которая обладает противовоспалительными, регенераторными, репаративными свойствами.

Цель исследования. Улучшить результаты консервативного лечения остеоартроза коленного сустава.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 42 пациента с остеоартрозом коленного сустава. Мужчин было 25 (59,5%), женщин - 17 (40,5%). Возраст пациентов составил от 28 до 75 лет. Продолжительность заболевания составила от 2 до 23 лет. Двусторонний характер поражения суставов был у 78% пациентов. В зависимости от рентгенологической картины по классификации I. Kellgren и I. Lawrens (1957г.) больные распределились следующим образом:

- 1 стадия (сомнительные изменения) - 5 пациентов (11,9%),
- 2 стадия (минимальные изменения) - 17 пациентов (40,5%),
- 3 стадия (умеренные изменения) - 20 пациентов (47,6%).

В зависимости от тактики лечения мы разделили пациентов на 2 группы. В 1 группе, 22 пациента (52,4%), стандартное лечение (НПВС, хондропротекторы, витаминотерапия, ФТЛ, ЛФК, массаж) сочеталось с внутрисуставным введением АПБТ. Проводили 4-5 инъекций АПБТ с кратностью 1 раз в неделю. Пациенты 2 группы (20 человек (47,6%)) получали стандартное лечение в сочетании с внутрисуставным введением кортикостероидов (дипроспан 1 мл., 2-3 инъекции с интервалом 10 дней). Пациенты 1 и 2 группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии и давности заболевания. Для оценки результатов лечения использовали Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E.C., 1974) и индекс тяжести гонартроза Лекена.

Результаты исследования. До лечения индекс тяжести гонартроза Лекена в 1 группе составлял 7-11 баллов, во 2 группе - 7-10 баллов, интенсивность болевого синдрома по VAS в 1 группе составила 6-7 баллов, во 2 группе - 5-7 баллов. Через 1 месяц после проведенного лечения индекс Лекена в 1 группе был равен 2-4 баллам, во 2 группе - 4-6 баллов. Через 6 месяцев после лечения индекс Лекена в 1 группе был неизменным, во 2 группе увеличился до 7-9 баллов. Интенсивность болевого синдрома в коленном суставе по VAS через 1 месяц после проведенного лечения в 1 группе составила 2-3 балла, во 2 группе - 3-5 баллов. Через 6 месяцев у пациентов 2 группы болевой синдром усилился и составил 5-6 баллов, во 2 группе интенсивность боли составила около 2 баллов.

Выводы.

Внутрисуставное введение аутологичной плазмы, богатой тромбоцитами является эффективным методом лечения деформирующего остеоартроза коленного сустава I-III стадии, позволяющим добиться выраженного и стойкого снижения болевого синдрома.

Данная методика исключает развитие побочных реакций, что позволяет ее применять у пациентов разных возрастных групп, а также у лиц, имеющих аллергологический анамнез.

Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г.

Филиал № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России
г.Вольск-18
ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России
г.Екатеринбург
ГКУ «Московский авиационный центр»
г.Москва, Россия

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Актуальность исследования. Повреждения голеностопного сустава составляют 14-22% всех переломов костей скелета, 41-52% переломов нижней конечности и до 70% переломов голени. Актуальность данной проблемы обусловлена большим количеством осложнений и неудовлетворительных результатов лечения: в 21-39% случаев после переломов лодыжек развиваются контрактуры и деформирующий остеоартроз голеностопного сустава, а от 4,5 до 38% пациентов становятся инвалидами.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения повреждений голеностопного сустава.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 88 пациентов с повреждениями голеностопного сустава. Мужчин было 69, женщин - 19. Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 5,7$ лет. По локализации перелома пациенты распределились следующим образом: тип А - 15,9% (14 пациентов), тип В - 51,1% (45 пациентов), тип С - 33% (29 пациентов).

Всем пациентам для лечения был применен погружной остеосинтез. Остеосинтез наружной лодыжки осуществляли $\frac{1}{3}$ трубчатой пластиной, реконструктивной пластиной, пластиной с угловой стабильностью винтов. Фиксацию внутренней лодыжки производили маллеолярными винтами (1 или 2 винта), комбинацией винта и спицы, либо по Веберу. Задний (или передний) край большеберцовой кости фиксировали маллеолярными винтами (1 или 2 винта) открытым методом или малоинвазивно: под контролем ЭОПа выполняли репозицию отломка заднего (или переднего) края большеберцовой кости, после чего через него проводили направляющую спицу, далее по спице проводили канюлированный винт, спицу удаляли. Дистальный межберцовый синдесмоз фиксировали позиционным винтом или болтом-стяжкой.

С 1-х суток после операции пациенты занимались ЛФК. Полную нагрузку на травмированную нижнюю конечность осуществляли на 4-6 неделе с момента операции в зависимости от вида перелома. В послеоперационном периоде для профилактики развития дегенеративно-дистрофических процессов в голеностопный сустав вводили препараты гиалуроната натрия и аутологичную плазму, богатую тромбоцитами.

Результаты. Продолжительность стационарного лечения составила $10,1 \pm 2,2$ сут., общего лечения - $2,1 \pm 0,4$ мес. У 3 пациентов имело место поверхностное воспаление послеоперационной раны, которое было купировано консервативной противовоспалительной терапией и на продолжительность и исход лечения не повлияло. Переломы металлофиксаторов зафиксированы у 5 пациентов, но данное осложнение на остеорепарации не отразилось. Развитие (или прогрессирование) деформирующего остеоартроза голеностопного сустава выявлено у 7 пациентов (7,95%). Полное восстановление функции голеностопного сустава происходило в среднем к 90-м суткам с момента операции. Анализ результатов лечения проводили с помощью опросника FAOS. Хорошие и отличные результаты получены у 74 пациентов (84,1%), удовлетворительные - у 14 пациентов (15,9%).

Выводы.

Хирургический метод лечения повреждений голеностопного сустава позволяет получить в 84,1% случаев отличные и хорошие результаты. Применение в послеоперационном периоде аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами, и препаратов гиалуроната натрия уменьшает риск развития в послеоперационном периоде деформирующего остеоартроза голеностопного сустава.

Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г. Андреев
И.М.

Филиал N 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России
г.Вольск-18
ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России
г.Екатеринбург
ГКУ «Московский авиационный центр»
г.Москва, Россия

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ

Актуальность исследования. Посттравматическая деформация пястных костей встречаются в 24% случаев. Данное осложнение вызывает нарушение движений в суставах пальцев, изменяет структуру свода, образованного пястными костями, что приводит к снижению силы кисти и в конечном итоге к стойкому нарушению ее функции. Причиной возникновения деформаций пястных костей в 22-31,3% случаев является вторичное смещение костных отломков на фоне консервативных методов лечения, а также миграция, деформация и перелом металлоконструкций (спиц, винтов, пластин) после погружного остеосинтеза.

Цель исследования. Анализ результатов лечения посттравматических деформаций пястных костей с помощью комбинированного метода.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 46 пациентов с посттравматическими деформациями пястных костей. Мужчин было 41 (89,1%), женщин - 5 (10,9%). 34 пациентам (73,9%) предшествующее лечение переломов пястных костей проводилось консервативными методами: гипсовая иммобилизация, закрытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией. 12 пациентов (26,1%) лечились оперативно (osteosynthesis минипластинами, винтами, спицами). Для лечения всех больных был применен метод комбинированного остеосинтеза.

Описание метода. Под проводниковой анестезией производили миниразрез мягких тканей по тыльной поверхности кисти в проекции деформации пястной кости. Следующим этапом выполняли корригирующую остеотомию пястной кости. Далее через дистальный отдел пястной кости интрамедуллярно проводили 1 спицу в проксимальный фрагмент. Через каждый костный отломок в поперечном направлении с контралатеральных сторон проводили по 2 консольных спицы. Концы интрамедуллярной и консольных спиц Г-образно изгибались и при помощи шайб с прорезью и гаек крепились к наружной опоре - резьбовому стержню. Таким образом, данный метод включает в себя комбинацию интрамедуллярного и внеочагового чрескостного остеосинтезов. В послеоперационном периоде на 3-6 сутки пациенты приступали к восстановлению движений в суставах кисти.

Результаты исследования. Фиксация металлоконструкцией осуществлялась $34,9 \pm 5,6$ сут. Консолидация костных отломков наступила у всех пациентов. Демонтаж металлоконструкции дополнительной госпитализации не требовал, осуществлялся амбулаторно. Общий срок лечения составил $42 \pm 6,3$ сут. Восстановление функции кисти оценивалось с помощью опросника «Возможности кисти» по M. Penta, 1998 г. Установлено, что на 60-е сутки после операции восстановление функции кисти составило 91 балл, к 90 суткам после операции функция кисти была полной-138 баллов. Околоспицевое воспаление мягких тканей зафиксировано у 3 пациентов, которое было купировано традиционными методами противовоспалительной терапии и на сроки лечения не повлияло. Других осложнений не было.

Выводы.

Оперативное лечение посттравматических деформаций пястных костей по нашей методике является комбинацией интрамедуллярного и внеочагового чрескостного остеосинтезов и позволяет предотвратить осложнения, сопровождающие интрамедуллярный остеосинтез (ротационное смещение костных отломков, миграцию спицы), а также увеличивает прочность всей металлоконструкции, предотвращая ее деформацию и перелом.

Куприенко О.А.
ГБУЗ КО «КЦЛФКиСМ»
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ И ПЛАНТАРНОГО ФАСЦИИТА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Плантарный (подошвенный) фасциит - представляет собой разрастание пяточной кости с образованием на ней острых костных наростов (остеофитов), которые, как правило, травмируют защитную пленку (фасцию) продольных мышц и сухожилий, прикрепляющую их к пяточному бугру. Упомянутые остеофиты имеют форму шипа и на рентгеновских снимках действительно напоминают шпору.

Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ), оказывает выраженный противовоспалительный и противоотечный эффект. Усиливая местное кровообращение, эта процедура улучшает кровоснабжение и питание тканей, что помогает остановить развитие дегенеративных изменений и деформации, и активизировать восстановительные процессы. Одновременно ударно-волновая терапия повышает физическую силу и выносливость связочных тканей, их устойчивость к внешним нагрузкам, что помогает остановить дальнейшее развитие плоскостопия и других изменений в стопе.

Именно ударно-волновой метод терапии позволяет врачу осуществлять целенаправленное воздействие на очаг заболевания, не травмируя при этом кожу и мягкие ткани. В клиническом центре лечебной физкультуры и спортивной медицины г.Кемерово ударно волновая терапия проводится аппаратом MASTERPULS MP200 (Storz Medical, Швейцария).

Проведен сравнительный анализ в группе пациентов с пяточными шпорами и плантарным фасциитом (n=52), прошедших лечение ЭУВТ за период времени с сентября 2016 г. по февраль 2018 г. Возраст пациентов варьировался от 13 до 79 лет, средний возраст составил 48,15 лет. Пролечено мужчин - 24 (46,15%), женщин - 28 (53,85%). Среди них, регулярно занимающихся спортом - 20 (38,46%), прочая группа - 32 (61,54%). Все пациенты до начала лечения проходили обследование - рентгенографию пяточной кости в боковой проекции, УЗИ подошвы и области ахиллова сухожилия, 5 пациентов прошли профессиональное плантосканирование. Среднее количество проведенных процедур - 4,8 (от 1 до 11). Срок между проведением процедур составил от 3 до 7 дней. Отмечено, что при явлениях плантарного фасциита у лиц, моложе 25 лет (n=7) достаточно проведение 2-3 процедур, а при длительно существующем диагнозе, при наличии большого остеофита пяточной кости среднее количество процедур составило 6-8.

В начале лечения энергия подбиралась индивидуально с учетом чувствительности пациента к боли, в дальнейшем при каждой процедуре энергия увеличивалась на 0,2-0,4 бара, максимально до 4,0 бар, при частоте ударных волн 15 Гц. В терапию обязательно включалось воздействие на триггерные зоны икроножных мышц и глубоких мышц стопы при помощи 2000 радиальных волн.

Улучшение отмечено у 18 пациентов (34,62%) при этом все отмечали значительное уменьшение боли на 3-4 бала по ВАШ, у 1 пациента (1,92%) после начала лечения обострились явления артоза голеностопного сустава и лечение было прервано, 33 пациента (63,46%) отметили после окончания лечения полное отсутствие боли в подошве и полное восстановление функции стоп. Пациенты, прошедшие предварительное плантосканирование, прошли повторное исследование стоп. У них отмечено уменьшение внутреннего угла в среднем на 10,1; уменьшение расстояния между линиями пересечения пучков на 0,5 см; длина стоп осталась прежняя; продольный свод стоп уменьшился - все эти данные свидетельствуют о нормализации тонуса глубоких мышц стопы. Длительность сохранения данных параметров не изучалась.

Выводы.

Во всех странах ЭУВМ применяется как самостоятельная терапия при пяточной шпоре и плантарном фасциите. Она, как правило, не требует дополнительного медикаментозного лечения, инъекций, физиотерапии, массажа, мануальной терапии и т.д., но сочетании с другими методами лечения в составе индивидуального лечебного курса ударно-волновая терапия позволит достичь устойчивых положительных результатов при данной патологии.

Мироманов А.М., Давыдов С.О., Мясников С.А.

Министерство здравоохранения Забайкальского края
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Чита, Россия

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Травматизм и насилие представляют угрозу для здоровья людей в каждой стране. При нынешних тенденциях можно ожидать, что в ближайшие десятилетия глобальное бремя травматизма и насилия увеличится. Показатель травматизма за 2016 год, среди населения страны составил 89,0 на 1000 населения, а показатель заболеваемости болезнями костно-мышечной системы у взрослого населения регистрировался на уровне 141,4‰, тогда как в группе старше трудоспособного возраста и детского населения - 264‰ и 76,7‰, соответственно. В СФО показатели травматизма остаются выше среднероссийских значений. Кроме того, отмечен рост показателя заболеваемости на 2,8%.

Цель исследования. Провести анализ состояния травматолого-ортопедической помощи в Забайкальском крае и оптимизировать работу наиболее важных разделов.

Материалы и методы исследования. Состояние травматолого-ортопедической помощи населению края осуществляли путем ретроспективного анализа статистической информации, полученной из аналитического центра краевого Минздрава. Учитывая, что Минздрав РФ определил наиболее важные критерии:

- «время приезда скорой медицинской помощи к пострадавшему»;
- «процент доставки пострадавших в ДТП на этапы оказания специализированной помощи (травмацентры)»;
- «оказание высокотехнологичной медицинской помощи»;
- «реабилитация», то основные мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи осуществлялись в данных направлениях.

Кроме того, одним из приоритетных направлений Минздрава края явилось оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пожилым пациентам.

Результаты исследования. Анализ ДТП в Забайкальском крае за период с 2015 по 2017 гг. показал, что данный вид травматизма продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой. Отмечено, что значительно больше пострадавших погибает в районах края (90%), что связано с удаленностью населенных пунктов (протяженность территории края с запада на восток - >1400 км, с севера на юг - >2000 км), отсутствием телефонной связи, недостаточностью навыков оказания первой медицинской помощи у участников дорожного движения, задержкой прибытия бригад скорой медицинской помощи на место происшествия. В настоящее время реализуются следующие мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП:

- дополнительное создание 6 травмоцентров 2 уровня и 15 травмацентров 3 уровня плюс базирование 43 машин скорой помощи в местах минимального времени доезда до места ДТП и 2 санитарных вертолетов;
- внедрение регистра пострадавших в ДТП (ежедневный мониторинг);
- внедрение маршрутизации пациентов;
- внедрение региональных протоколов оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП;
- внедрение алгоритма связи «реанимобиль - медицинская организация (МО)»; - создание учебно-методического центра (обучение как специалистов, так и участников дорожного движения);
- внедрение «Порядка организации и оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях»;
- улучшение материально-технического оснащения МО.

По территориальному принципу осуществляется создание специализированных центров (на базе травмацентров) направленных на осуществление комплексного стационарного

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

и амбулаторного лечения пациентов с патологией ОДА, в том числе и пациентам пожилого возраста (внедрена концепция «Помощь пожилым пациентам при переломах»). Оказание высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в рамках ОМС.

Выводы.

Таким образом, преодоление последствий травматизма и ортопедической заболеваемости - это многоплановая междисциплинарная проблема, требующая, прежде всего материально-технических и организационных решений.

**Нурмухаметов М.Р., Макаров М.А., Макаров С.А., Бялик Е.И.
Хренников Я.Б., Бялик В.Е., Нестеренко В.А.**

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой
г.Москва, Россия

АУТОЛОГИЧНЫЙ МАТРИКС-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ХОНДРОГЕНЕЗ (AMIC) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С HALLUXRIGIDUS

В настоящее время общего подхода к выбору хирургической тактики при halluxrigidus не существует. «Золотым стандартом» считается артродез 1 ПФС. Однако, в связи с отсутствием движений в 1 ПФС, артродез в функциональном плане уступает суставосберегающим операциям. На наш взгляд, наиболее щадящим и перспективным вариантом суставосберегающих операций является хондропластика 1 ПФС, позволяющая восстановить безболезненные движения в суставе, при этом, не изменяя анатомию стопы.

Цель исследования. Проанализировать ближайшие и среднесрочные результаты хондропластики 1 ПФС и оценить эффективность предложенной методики.

Материалы исследования. Оценены результаты хирургического лечения 25 пациентов с halluxrigidus по технике AMIC с использованием двухслойной коллагеновой матрицы Chondro-Gide. Результаты хирургического лечения оценивались в течение 12 месяцев после операции.

Методы исследования. Клинические - опросники ВАШ боли, шкала AOFAS; инструментальные - рентгенография стоп в прямой, боковой и косой проекциях.

Результаты исследования. У 24 пациентов результаты операции положительные, отрицательной динамики не наблюдалось. Средний балл ВАШ боли до операции - 75,5, после операции - 10,5. AOFAS до операции - 38,4, после операции - 92,7. Пациенты отмечали значительное снижение уровня боли, увеличение объема движений в 1 ПФС. У 1 пациентки возник рецидив заболевания, выполнена повторная операция с удовлетворительным результатом.

Выводы.

Хондропластика 1 ПФС является перспективным методом суставосберегающего хирургического лечения halluxrigidus.

Оленев Е.А., Жуков Д.В., Выговский Н.В., Завальников В.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Новосибирск, Россия

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ (ГРУДЬ, ЖИВОТ) И КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЫ В ТРАВМАЦЕНТРЕ II УРОВНЯ ЗА ПЕРИОД 2016 ГГ.

Актуальность проблемы сочетанной и комбинированной травмы продолжает оставаться на высоком уровне. Увеличение сочетанных повреждений особенно отмечается в крупных городах (Соколов В.А., 2002 г.), в первую очередь, за счет дорожно-транспортных происшествий (Соколов В.А., 2004 г.; Багдасарьянц В.Г., 2010 г.). Такая ситуация, безусловно, еще быстрее потребовала принять более организованные меры к диагностике и лечению таких пациентов. Сегодня внедряется тактика Damage surgery control. Появилась и функционирует сеть региональных ожоговых и травматологических центров различных уровней. Не решен вопрос

о применении единой шкалы оценки тяжести состояния пострадавших.

Цель исследования. Проанализировать лечение пациентов с автодорожной, криминальной, ожоговой и кататравмой на примере множественной и сочетанной травмы головы, груди, живота и конечностей и оценить его эффективность.

Материалы и методы исследования. Материалами являются данные 248 историй болезней пострадавших с автодорожными, криминальными, ожоговыми и кататравмами из травмацентра II уровня за период 2016 г. Результаты оценивали с помощью, клинического, анатомического методов и статистического метода, программы «MedStatistica».

Полученные результаты. Сочетанная торакоабдоминальная травма встречалась у 59 пациентов (23,79%), комбинированная травма в виде тупой травмы живота и термического ожога пламенем верхних конечностей - у 3 (1,2%). При оценке степени тяжести состояния пациентов преобладала средняя (74%), тяжелая и крайне тяжелая степени составили, соответственно, 19,8% и 7,2%. На госпитальном этапе, среднее количество койко-дней, проведенных пациентами с сочетанной травмой живота и другой анатомической области составило 60, из них в реанимационном отделении - 32. Летальный исход встречался в 1,61%, как правило, это были пациенты сочетанной травмой в крайне тяжелом состоянии, с вероятностью летальности более 50% по Шкале оценки тяжести состояния ВПХ (Гуманенко Е.К., 1992 г.). Двести один пациент (81,04%) все этапы оперативного лечения и послеоперационный период получали на этапе травмацентра II уровня. Пятая часть пациентов (21,37%) были отправлены на этап узкоспециализированной медицинской помощи в областной клинической больнице или хирургических клиник федеральных медицинских центров расположенных в г.Новосибирске.

Выводы.

1. По результатам исследования, в структуре сочетанной травмы остается высокой частота торакоабдоминальных повреждений.

2. Всем пострадавшим основной объем госпитальный лечения оказывался на этапе травмацентра II уровня, по стабилизации состояния, узкоспециализированная и высокотехнологичная медицинская помощь, оказывалась в областной клинической больнице или федеральных медицинских центрах.

3. Важное значение имеет оценка тяжести состояния пациента для определения объема медицинского вмешательства и дальнейшей тактики лечения.

**Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Роскидайло А.А.,
Макаров М.А., Амирджанова В.Н.**

Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г.Москва, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА

Цель исследования. Оценить эффективность резекционной артропластики локтевого сустава у больных РА в отдаленные сроки и выявить факторы, влияющие на результат операции.

Материалы и методы исследования. 53 пациента с синовэктомией и дебридментом локтевого сустава были обследованы через $11 \pm 5,2$ г. после операции. Проводилось клиническое и рентгенологическое исследование оперированного сустава, оценка функции и КЖ по опросникам Mayo Elbow Score, Oxford Elbow Score, NAQ, EQ 5D.

Результаты исследования. При контрольном обследовании отмечено увеличение объема движений в локтевом суставе по сравнению с дооперационными показателями. До операции сгибание $96,3 \pm 21,6^\circ$, после операции - $127,5 \pm 11,7^\circ$ ($p \leq 0,05$). Разгибание в локтевом суставе до операции $37,1 \pm 8,7^\circ$, после $17,3 \pm 6,9^\circ$ ($p \leq 0,05$).

В отдаленные сроки показано улучшение функции сустава по опросникам Mayo и Oxford. Среднее значение индекса Mayo до операции $25,0 \pm 14,5$ баллов, после операции $79,4 \pm 6,4$ балла. Среднее значение индекса Oxford до операции составило $13,8 \pm 4,8$ баллов, после операции - $32,2 \pm 8,6$ соответственно ($p \leq 0,05$).

Удовлетворительные результаты достигнуты только у 72,8% больных РА. К факторам

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

неблагоприятного прогноза резекционной артропластики относятся:

- анкилоз локтевого сустава ($p=0,0014$);
- остеолитическая форма его поражения (отношение шансов ОШ =0 [0-0,007], ($p=0,000009$). Наличие стойкого синовита локтевого сустава не оказывало влияния на результат резекционной артропластики ($p=1,00$).

Выводы.

В отдаленные сроки синовэктомия с дебридментом и резекцией головки лучевой кости приводит к уменьшению боли, увеличению объема движений, улучшению функционального состояния и КЖ после операции у больных РА. Остеолитическая форма поражения и анкилоз локтевого сустава оказывают неблагоприятный результат лечения.

Поткина Т.Н., Старых В.С.

ГАУЗ КО «Кемеровская городская клиническая поликлиника N 5»
г.Кемерово, Россия

ЭТИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЗМА ОТ УКУСОВ ЖИВОТНЫХ И ПРОФИЛАКТИКА ЕГО

Издавна подавляющее население нашей страны жило в содружестве с собаками. Селяне держали их во дворах, горожане в домах, моряки на кораблях. Собаки хорошо сторожили, помогали охотникам, пастухам, полицейским. На поле боя собаки - санитары и истребители танков были бесстрашны. И теперь собаки находят людей после техногенных и природных катастроф, они спасают тонущих, служат слепым поводырями, таможенникам и спецслужбам. В Арктике собаки охотно возят людей и грузы на нартах. Собаки хотят и умеют жить в семье с человеком, а люди в квартирах с собаками любят и заботятся о них. Собака, при доброжелательности к ней владельца, искренно любит его, преданно дружит, радуется и сочувственно страдает, а в минуту опасности готова защитить его не щадя своей жизни. Уважительное отношение человека к собаке является одним из показателей его нравственности и интеллекта.

Тем не менее, в г.Кемерове (Старых В.С., Поткина Т.Н., Головина Л.Н., Агафонов А.Н., 2000г.), других крупных городах и даже в г.Москве (Яшина Т.Н., Плохой А.А., 2002г.), отмечается высокий травматизм от укусов собак. За год в г.Кемерове за медицинской помощью первично обращалось 2545 человек, укушенных млекопитающими животными (Поткина Т.Н., Старых В.С., Малин М.В., 2016г.). Анализ такого травматизма показал: около 80% укушенных получили травму от собак. В 58% случаев животные кусали соседей или знакомых, в 26% своих владельцев и в 15% незнакомых людей. Укусы собаками чаще всего связаны с входением человека на охраняемую ими территорию (44,2%); когда люди замахиваются на них и пугают резкими движениями (24,7); бьют или кричат на них (5,4%); при вмешательстве в драки между ними (10,8%); при ловле с насильем, когда наступают или садятся на них, а также при охране своего потомства и при других ситуациях (9,7%). В 1,6% случаев укусы нанесены собаками по приказу владельца собаки.

Люди, получившие укусы, чаще всего не понимают психологии животного, не предвидят опасности в конкретной обстановке, а порой своим поведением провоцируют собаку на защиту или нападение. Следовательно, в укусах от домашней собаки, как правило, есть вина человека: укушенного или владельца собаки. Люди, прежде чем брать в квартиру собаку, должны подумать, нужен ли им новый член семьи и не выгонят ли они его и превратят в бездомного.

Имеются сообщения о нападениях на людей бездомных собак. Они были брошены владельцами или родились от беспризорных собак. Опасное поведение бездомных собак, по-видимому, связано с тем, что они познавали боль от владельца и сбежали, или оказались ему ненужными. Бродячая собака может быть не воспитанной, законов государства не знает, у нее в программе поведения заложено: получила боль - отвечай взаимностью или убегай. Бездомная собака, ранее познавшая зло от человека, даже если только почувствует намерение его приблизиться, может прибегнуть к защите. Без вины человека

нападают на него собаки с патологически или генетически измененной программой поведения или с опасным опытом. Бездомных собак необходимо отлавливать и помещать в приемники для возвращения владельцу или желающему стать ее владельцем.

Профилактику травм от укусов животных государство осуществляет воздействием на сознание людей введением законов. Каждому гражданину полезно в первую очередь знать статью 245 УК РФ, определяющую взаимоотношения человека и животных и ответственность за жестокое обращение к собаке, а также статью 230 ГК РФ о должном поведении лица, задержавшего безнадзорных домашних животных, и действующую статью 167 УК РФ об ответственности за умышленное уничтожение или повреждение имущества. К сожалению, люди, плохо относящиеся к животным, законы часто не знают, или нарушают их и могут пополнить компанию нарушителей закона.

В профилактике травм от укусов собак могли бы принять участие средства массовой информации, пробуждающие добрые чувства людей к животным и побуждающие к гуманному отношению человека к самому преданному ему живому существу - собаке. Внимание зрителей к отношению людей к животным привлекли кинофильмы «Белый Бим Черное ухо» и «Весьегонская волчица».

Знание причин возникновения укусов животных и нравственное отношение человека к собакам может уменьшить число этих травм и снизить травматизм.

Саид Ф.М., Ахтямов И.Ф, Кудрявцев А.И., Хело М.Д.

Казанский государственный медицинский университет
ГАУЗ РКБ МЗ РТ
Казанская государственная медицинская академия
г.Казань, Россия

ЛЕЧЕНИЕ АРТРОЗА ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО СУСТАВА МЕТОДОМ ПЛАСТИКА МЕДИАЛЬНОЙ ПАТЕЛЛО-ФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ

Коленный сустав это - комплексное образование, состоящее из трех сочленений (латеральный и медиальный тибиофemorальный и пателлофemorальный)

Пателлофemorальный артроз (ПФА) представляет собой один из подтипов классического остеоартроза коленного сустава, который в последнее время вызывает повышенный интерес специалистов за счет распространенности, которая колеблется в пределах 6,9-36,1% по данным ряда наблюдений и разнообразия клинико-рентгенологических проявлений.

В наибольшей группе риска находится контингент пациентов работоспособного возраста, у которых в перспективе ожидается не только развитие стадий ПФА, но и классического гонартроза с финальным эндопротезированием коленного сустава.

Вопрос лечения этого заболевания остается сложным и дискуссионным, особенно у пациентов до 40 лет.

В настоящее время применяют различные техники лечения ПФА, включая операции, направленные на коррекцию анатомических нарушений при нестабильности надколенника и иных предпосылок пателлофemorального синдрома (хондромалация надколенника). Для получения положительных долгосрочных результатов хирургам-ортопедам необходимо строго придерживаться показаний в зависимости от возраста и варианта поражения пателлофemorального сустава (ПФС).

Цель исследования. Оценить результаты двухэтапного оперативного метода лечения артроскопического дебриджмента с декомпрессионным релизом латерального ретинакулула и пластики медиальной пателло-фemorальной связки у пациентов страдающих артрозом пателло-фemorального сустава с привычным вывихом надколенника за счет нестабильности медиальной пателло-фemorальной связки.

Материалы и методы исследования. В периоде с октября 2016г. по апрель 2017г. в отделении ортопедии N 2 ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», находилось на лечении 19 пациентов с изолированным артрозом пателло-фemorального сустава 3-4 стадии и с нестабильностью надколенника (возраст пациентов составил от 18 лет до 44 года, средний возраст - 31±13 лет).

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

Данным пациентам проводилось двухэтапное оперативное лечение:

- первый этап: артроскопия коленного сустава с резекционной хондропластикой, декомпрессионным релизом латерального ретинакулула и с последующим комплексным консервативным лечением;

- второй этап: пластика медиальной пателло-фemorальной связки. В качестве консервативного лечения, больные получали физиотерапию - 19 (100%), принимали НПВС - 19 (100%) и хондропротекторы - 15 (78,9%) с введением внутрисуставно гиалуроновой кислоты - 17 (89,4%).

У всех пациентов наблюдалось временное улучшение на срок от 3 до 4 месяцев. В связи с рецидивом болевого синдрома и нестабильностью надколенника всем пациентам было проведено оперативное вмешательство - пластика медиальной пателло-фemorальной связки (2-ой этап). Динамическое наблюдение проводилось в течение 6-9 месяцев с оценкой интенсивности боли в коленном суставе (ВАШ), активности заболевания и функциональных нарушений - Oxford Knee Score (OKS), объема движений в коленном суставе - Knee Society Score (KSS).

Результаты и обсуждение. После проведенной пациентам артроскопии с декомпрессионным релизом латерального ретинакулула и консервативного лечения, уменьшение интенсивности боли по ВАШ наблюдалось только в первые 2 месяца ($51,6 \pm 13,2$ мм) при изначальных значениях ($84,3 \pm 9,6$ мм). В период 3-6 месяцев после операции боль возвращалась (шкала ВАШ - до $68,8 \pm 10,7$ мм ($p < 0,05$)).

После проведения второго этапа оперативного лечения (пластика медиальной пателло-фemorальной связки, проводилось 19 (100%) пациентам) достоверно ($p < 0,05$) снизилась активность заболевания по ВАШ с первоначального $84,3 \pm 9,6$ мм до $24,7 \pm 8,6$ а по OKS с $16,4 \pm 7,4$ до $37,7 \pm 3,4$ баллов и по KSS $48,4 \pm 7,8$ до $83,7 \pm 8,3$. Осложнений после операции зарегистрировано не было.

Выводы.

Артроскопический дебриджемт пателлофemorального сустава с резекционной хондропластикой, декомпрессионным релизом латерального ретинакулула является паллиативным методом лечения и достоверным диагностическим методом деформирующего артроза пателлофemorального сустава с нестабильностью надколенника. Пластика медиальной пателло-фemorальной связки у больных с пателло-фemorальным артрозом с нестабильностью надколенника после проведенной артроскопии позволила получить стабильный положительный клинический эффект на сроках наблюдения до 12 месяцев.

Серикбаев А.С., Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Сеиткабылов А.С.

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТРАНСАРТИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ СТОПЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК

В настоящее время сохраняется высокий уровень травматизма у взрослых лиц, связанного с осуществлением трудовой деятельности и транспортными травмами. В значительной части случаев при этом наблюдаются повреждения нижних конечностей. Воздействие большой силы, особенно при транспортных травмах, определяет тяжесть повреждения и его комплексный характер, необходимость совершенствования подходов к лечению и профилактике осложнений.

Переломы лодыжек со смещением костных отломков с подвывихом или вывихом стопы, а также повреждением капсулосвязочного аппарата голеностопного сустава, по литературным данным, составляют от 6% до 32% из числа всех травм опорно-двигательного аппарата и 40-69,7% из числа переломов костей голени (Дюсупов А.З., 1990г.; Дюсупов А.А., 1999г.; Корзун О.А., 2012г.; Gear B.J., 2016г.).

Частота неблагоприятных результатов консервативного лечения может по некоторым данным достигать 63%, оперативного - 39%. Высокой остается средняя продолжительность нетрудоспособности (3,5-6 месяцев и более). Сохраняются исходы лечения, связанные со стойкой

инвалидизацией пациентов, их частота составляет 2,0-2,8% случаев (Баймагамбетов Ш.А. с соавт., 1990г.; Дюсембаев К.А., 1998г.). Причиной столь частых отрицательных результатов является трудность поддержания отломков и стопы в репозированном положении на весь период сращения отломков (Уразгелдиев З.И. с соавт., 2005г.; Harris AP. et al., 2015г.).

Таким образом, лечение сложных закрытых переломов лодыжек со смещением отломков и вывихом стопы все еще нуждается в проведении научно-исследовательской работы, направленной на улучшение результатов лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения закрытых переломов лодыжек с вывихом стопы путем разработки и внедрения метода точного проведения спиц для трансартикулярной фиксации стопы к большеберцовой кости.

Материалы исследования. Всего обследовано 232 пациента с закрытыми переломами лодыжек с подвывихом и вывихом стопы и повреждением связочного аппарата голеностопного сустава.

Методы исследования. Клинический, рентгенологический, статистический. С целью устранения недостатков указанных выше способов фиксации стопы в клинике медицины катастроф было предложено устройство для трансартикулярного проведения спиц через стопу к большеберцовой кости (Положительное решение от 17.04.2006 г. по заявке N 2006/0464.1 на выдачу предпатента).

Выводы.

1. Применение разработанного способа трансартикулярной фиксации сложных переломов лодыжек со смещением отломков и подвывихом и вывихом стопы позволяет улучшить результаты лечения и существенно снизить частоту осложнений (на 41,3%).

2. В отдаленном периоде использование разработанного устройства обеспечивает улучшение функциональных результатов (частота отличных выше на 25,3% в отношении группы сравнения).

Серикбаев А.С., Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Сеиткабылов А.С.

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСАРТИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ СТОПЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК

Переломы лодыжек с подвывихом или вывихом стопы являются одним из частых повреждений опорно-двигательного аппарата человека и достигают от 6 до 32% из числа всех травм. Несмотря на современные достижения травматолого-ортопедической науки при лечении повреждений в ГСС неблагоприятные результаты консервативного лечения составляют 2,7-63%, оперативного - 4,1-39% со средней продолжительностью нетрудоспособности 3,5-6 месяцев и более. Все еще высокой остается инвалидность - 2-21,8% случаев. Высокий удельный вес отрицательных результатов связан не только со сложностью анатомо-физиологических соотношений элементов ГСС, но и с выбором метода лечения.

Цель исследования. Точное проведение спиц с первого раза для трансартикулярной фиксации стопы к большеберцовой кости.

Материал исследования. Всего обследовано 232 пациента с закрытыми переломами лодыжек с подвывихом и вывихом стопы и повреждением связочного аппарата голеностопного сустава.

Методы исследования. Клинический, рентгенологический, статистический. С целью устранения недостатков указанных выше способов фиксации стопы в клинике медицины катастроф было предложено устройство для трансартикулярного проведения спиц через стопу к большеберцовой кости (Положительное решение от 17.04.2006 г. по заявке N 2006/0464.1 на выдачу предпатента). Устройство работает следующим образом (рис. 1).

Под общим обезболиванием или проводниковой анестезией вручную осуществляют репозицию отломков лодыжек, заднего или переднего краев большеберцовой кости с одновременным устранением подвывиха или вывиха стопы по общепринятой методике

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

(А.В. Каплан, Повреждение костей и суставов, М., 1979г.- С. 510-514). После чего ложе 4 накладывают на внутреннюю поверхность нижней трети голени 5 и плотно ее фиксируют при помощи элементов фиксации 6. При этом стержень 1 должен располагаться по середине контура ширины медиальной лодыжки 13 и плотно прижимается к ее покровным тканям левой рукой репонирующего травматолога или хирурга. Второй травматолог или хирург направитель 7 устанавливают отступя от метки 11 на 5-6 мм вправо, и конец ее плотно прижимают к покровным тканям 14 подошвенной поверхности стопы 15. Достигнутое положение стержня 2 в отношении стержня 1 и направителя 7 фиксируют стопорными винтами 3 и 10 соответственно.

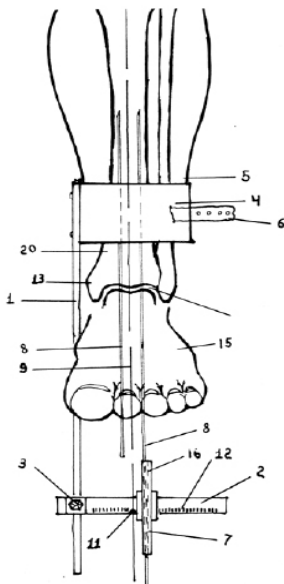


Рисунок 1. Устройство для транспедикулярного проведения спиц через стопу к большеберцовой кости.

В канал 16 направителя 7 вставляют спицу 8 острым концом и при помощи дрели проводят ее через покровные ткани 14 подошвы стопы 15, пяточную кость 17, таранную кость 18, голеностопный сустав 19 в толщу большеберцовой кости 20. Отвинчивая стопорный винт 13, освобождают от фиксации стержень 2 к стержню 1 и смещают ее в дистальном направлении. Накожную часть спицы 8 на протяжении 1,5-2,0 см перекусывают у направителя 7. Отступя на 1,0-1,5 см от первой спицы 8 влево проводят вторую спицу 8. Устройство снимается с конечности. Раны вокруг спиц 8 асептически перевязываются. На голень 5 и стопу 15 накладывают заднюю и U-образную лонгеты. Стояние отломков лодыжек, устранение подвывиха стопы 15 и спиц 8 контролируют выполнением рентгеновских снимков в двух проекциях.

Выводы.

Таким образом, стационарное соосное расположение осей ложа голени и направителя спиц позволяет точно трансартикулярно - через стопу и голеностопный сустав провести спицы для фиксации стопы к большеберцовой кости после устранения подвывиха стопы и репозиции отломков лодыжек и краев большеберцовой кости с первой попытки. Указанное преимущество способствует упрощению оперативного приема, сокращает время и травматичность для тканей стопы и голени операции, что, в свою очередь, влияет на значительное снижение болевого фактора в послеоперационном периоде и амбулаторных условиях, сокращению сроков стационарного лечения.

Синица Н.С., Кравцов С.А., Агаларя А.Х., Обухов С.Ю., Малев В.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ (Клинический пример)

Показатели смертности от травм в Российской Федерации составляет 10,7 на 100000 населения. Политравма является наиболее опасным, жизнеугрожающим повреждением детского организма характеризуется наиболее высокой летальностью пострадавших (от 5 до 15%). Основными ее причинами являются дорожно-транспортные происшествия. Лечение пострадавших с политравмой необходимо проводить в условиях специализированного многопрофильного центра, травмоцентра I уровня. Разрыв диафрагмы встречается при сочетанной травме от 0,5 до 5% случаев и характеризуется трудностью диагностики связанной с тяжестью состояния и сочетанным повреждением грудной клетки и брюшной полости. Лечение при разрыве диафрагмы только экстренное хирургическое вмешательство.

Цель исследования. Показать возможности интегративного подхода в диагностике и лечении у ребенка с политравмой.

Материалы и методы исследования. Клинический пример. Пациент С., 14 лет. Пациент находился в качестве пассажира в автомобиле, который столкнулся с другим автомобилем. После ДТП ребенок доставлен в лечебное учреждение второго уровня. Состояние ребенка было расценено как тяжелое, сознание изменено по типу оглушения, дыхательная недостаточность, тенденция к гипотонии. Предварительный диагноз: Политравма. Множественная скелетная травма, торакоабдоминальная травма, черепно-мозговая травма, шок II. На фоне интенсивной терапии (инфузионная терапия, обезболивание) были проведены: рентгенографическое обследование грудной клетки, костей таза, костей предплечья, черепа. Под эндотрахеальным наркозом была проведена диагностическая лапароскопия, на которой выявлена гематома в области печеночного угла толстой кишки. В брюшной полости 30 мл крови, признаков продолжающего кровотечения не выявлено. Выставлен диагноз: Политравма. Закрытая травма грудной клетки, закрытый перелом 9, 10, 11 ребер справа, минимальный пневмоторакс, гидроторакс справа. Закрытый перелом средней трети левой ключицы со смещением отломков. Закрытый перелом правой подвздошной кости, перелом правой седалищной кости. Закрытый перелом дистальной трети костей правого предплечья со смещением отломков. Тупая травма живота, ушиб передней брюшной стенки. Сотрясение головного мозга, ушибленные раны затылочной области. Травматический шок III.

Так как состояние больного оставалось тяжелым, для дальнейшего лечения он был переведен в многопрофильное лечебное учреждение - травмоцентр первого уровня. Ребенок транспортирован в травмоцентр первого уровня, через 26 часов после травмы, специализированной бригадой нашего центра в сопровождении реаниматолога, травматолога. Время транспортировки 40 минут. Транспортировка осуществлялась в противошоковом костюме «Каштан», в дороге проводилась инфузионная терапия, респираторная поддержка осуществлялась инсуффляцией увлажненного кислорода - 5 л/мин, обезболивание наркотическими анальгетиками. Общее состояние при поступлении без ухудшения, тяжелое - за счет полученной травмы. При поступлении пациент осмотрен бригадой врачей - реаниматологом, детским травматологом, детским хирургом, нейрохирургом. Проведено дополнительное обследование. Через 3 часа 05 минут после поступления и проведения предоперационной подготовки пациент по экстренным показаниям взят в операционную. Наркоз эндотрахеальный. Проведена повторная диагностическая лапароскопия - выявлен разрыв правого купола диафрагмы в центральной части размером до 10 см. Операционный доступ расширен: выполнена передне-боковая торакотомия в 6 межреберье справа, ушивание разрыва правого купола диафрагмы, по типу дубликатуры. Ушивание разрыва нижней доли правого легкого, отдельными узловыми швами. Дренажирование правой плевральной полости

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

в 4 межреберье по средней подмышечной линии. В нашем случае одновременно и последовательно, ребенку проведена открытая репозиция левой ключицы, накостный остеосинтез. Открытая репозиция лучевой и локтевой кости дистальной трети правого предплечья, остеосинтез спицами Киршнера. Длительность операции составила 2 часа 37 минут. На основании проведенного обследования и оперативного лечения уточнен диагноз:

Политравма. Закрытая травма грудной клетки. Разрыв правого купола диафрагмы. Разрыв нижней доли правого легкого. Закрытый осложненный перелом 9, 10, 11 ребер справа. Гемопневмоторакс справа. Тупая травма живота, ушиб передней брюшной стенки, ушиб правой доли печени, субсерозная гематома печеночного угла толстой кишки. Черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Раны правой затылочной области.

Закрытый перелом гребня правой подвздошной кости, перелом правой седалищной кости. Закрытый перелом средней трети левой ключицы со смещением отломков. Закрытый перелом дистальной трети обеих костей правого предплечья со смещением отломков. Раны правого локтевого сустава. Травматический шок III.

Тяжесть повреждений по шкале ISS=27 баллов (ушиб легкого - 9 баллов, перелом костей таза - 9 баллов, разрыв диафрагмы - 9 баллов). Травма относится к категории крайне тяжелых, вероятность летального исхода более 30%.

На фоне проводимой интенсивной терапии в состоянии пациента была отмечена положительная динамика. Снижение степени выраженности интоксикационного синдрома (нормализация температуры, и лейкоцитоза). Регресс дыхательной недостаточности, разрешение инфильтративных изменений в правом легком, адаптация пациента к самостоятельному дыханию. В состоянии средней степени тяжести, на 18 сутки ребенок переведен для дальнейшего лечения и реабилитации в отделение детской травматологии, где находился еще 22 суток, поставлен на ноги, обучен ходьбе с дополнительной опорой и без нее. Выписан из учреждения в удовлетворительном состоянии через 40 суток.

Выводы.

1. Единый подход к оценке характера травмы, понимание закономерностей течения патологического процесса позволяет выработать согласованную тактику при оказании реаниматологической и хирургической помощи, в основе которой заложен принцип опережающего лечения.

2. В лечении больного допущены ошибки в неспециализированном учреждении - травмоцентр второго уровня, которые заключаются в недооценке тяжести пострадавшего, не диагностирован разрыв диафрагмы, повреждения легкого. Позднее обращение за специализированной помощью.

3. Своевременные диагностические и лечебные мероприятия, в комплексе с последовательно проведенными оперативными вмешательствами в одну операционную сессию в учреждении первого уровня на органах грудной клетки, живота и конечностях позволили добиться хорошего результата.

Синица Н.С., Мещеряков С.А., Обухов С.Ю.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Актуальность исследования. Данный тип перелома составляет 57% среди всех повреждений области локтевого сустава и 48% среди травм верхней конечности. Трудность лечения обусловлена рядом особенностей: сложным анатомо-топографическим расположением, малыми размерами дистального фрагмента при переломе, разноплоскостными смещениями костных отломков, повреждением суставной капсулы, сосудов и нервов. В итоге неправильное лечение может значительно ухудшить качество жизни ребенка и отразиться на его дальнейшем физическом и нервно-психическом развитии, нередко оно служит причиной инвалидизации и ограничения трудоспособности.

Цель исследования. Улучшить диагностику и лечение детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости.

Материалы и методы исследования. За период 2000-2016 гг. в отделении травматологии и ортопедии N 4 пролечено 155 детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости. Возраст больных 1-14 лет. Средние сроки давности травмы составляют: в первые сутки - 84% (130), из них 12 направлены из других лечебных учреждений; на вторые сутки и более - 16% (25), все направлены из других лечебных учреждений. Разгибательные чрезмыщелковые переломы составили 140 (90%), а сгибательные 15 (10%), Закрытая репозиция выполнена 116 детям (74,8%), из них: 101 ребенок с разгибательным переломом, иммобилизация локтевого сустава осуществлялась в положении сгибания под острым углом с помощью мягкой повязки (по Блаунту); 15 детей со сгибательным переломом, фиксация локтевого сустава выполнялась в положении разгибания под тупым углом (160 гр.) с помощью гипсовой повязки.

Скелетное вытяжение применялось 13 (8,4%) детям, из них: 8 детям последовательно выполнена закрытая репозиция с фиксацией по Блаунту; 5 детям с последующей закрытой репозицией и фиксацией спицами Киршнера под контролем ЭОП. Средние сроки скелетного вытяжения составили 3-5 суток. Закрытая репозиция с фиксацией спицами под контролем ЭОП выполнена 15 (9,7%) детям в связи с нестабильностью перелома (косая плоскость). Открытая репозиция выполнена 24 (15,5%) детям. Использовали наружный боковой доступ с фиксацией спицами Киршнера. Больным после закрытой репозиции и остеосинтеза спицами, а также после открытой репозиции иммобилизация конечности осуществлялась гипсовой повязкой при согнутом в локтевом суставе - 90 градусов. Рентгенография выполнялась: при поступлении, на 5-7 сутки по спадению отека, после прекращения иммобилизации на 21 и 30 сутки.

Результаты исследования. Дети выписывались из стационара на 8-10 сутки. Удаление спиц при закрытой репозиции выполнялось через 3 недели, при открытой репозиции через 4 недели. Во всех случаях иммобилизация прекращалась спустя 4 недели с последующей разработкой движений в локтевом суставе самостоятельно (активно и пассивно) или в кабинете ЛФК поликлиники по месту жительства.

Осложнения. при закрытой репозиции по спадению отека наблюдалось повторное смещение у 22 детей - 14,2%, была выполнена повторная репозиция; повреждение сосудов наблюдалось у 2 детей - 1,3%, что требовало оперативного лечения (повреждение плечевой артерии); повреждение нервов встретились у 6 детей - 4% (4 - локтевой нерв, 2 - срединный нерв), оперативное лечение потребовалось в 2 случаях; неправильно консолидирующийся перелом у 2 детей - 1,3%, были направлены из других лечебных учреждений, проводилась корригирующая остеотомия плечевой кости.

Выводы.

Чрезмыщелковые переломы у детей требуют индивидуального подхода и в большинстве случаев поддаются закрытой репозиции.

Использование постоянного скелетного вытяжения не рационально, так как применение других методов лечения позволяет сократить сроки лечения в стационаре и позволяет начать более раннюю разработку движений в локтевом суставе.

Комбинированное использование скелетного вытяжения с закрытой репозицией и остеосинтезом спицами снижает возможность повторного смещения.

Открытая репозиция должна проводиться при неустранимой деформации костных отломков консервативными методами лечения и при осложнениях, возникших в момент травмы или при неправильном лечении.

Тухтасинов Х., Шерматов Р.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ПРОНАЦИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С ПОДВЫВИХОМ СТОПЫ

Повреждения голеностопного сустава встречается в 40% случаев всех переломов голени. Переломы лодыжек часто сопровождаются смещением отломков. Пронационные

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

переломы возникают от подворачивания стопы кнаружи. При пронационных переломах лодыжек повреждения могут быть различными - изолированный перелом одной лодыжки, обеих лодыжек, иногда Дюпюитреновский перелом, разрыв тибιο-фибулярного синдесмоза. Диагноз перелома лодыжек устанавливается на основании клинико-рентгенологического обследования больных.

Репозицию отломков с пронационными переломами лодыжек производится следующим образом: больного укладывают на стол и производят анестезию: в месте перелома внутренней лодыжки - 10 мл 2% раствора новокаина; в месте перелома наружной лодыжки - 5 мл; в область тибιο-фибулярного синдесмоза по линии сустава - 10 мл. После наступления анестезии вправляющий берет голень в области голеностопного сустава двумя руками таким образом, что оба больших пальца находятся на смещенной наружной лодыжке, а остальные пальцы обеих кистей охватывают голень со стороны внутренней лодыжки. Нажимая большими пальцами, хирург производит вправление стопы до тех пор, пока ясно не почувствует, что дальнейшее вправление невозможно. После того накладывают гипсовую лонгетную U-образную повязку.

Хирург, производящий вправление, не должен принимать участия в наложении повязки; он до тех пор производит давление на наружную лодыжку, пока гипсовая повязка не примет на себя фиксацию вправленного перелома. U-образную гипсовую повязку с подошвой накладывают до коленного сустава, гипсовая повязка фиксирует стопу в небольшом подошвенном сгибании. После фиксации необходим рентгеновский контроль.

Иммобилизация гипсовой повязкой продолжается в течение 8-10 недель. По снятии гипсовой повязки больным назначается физиотерапевтическое лечение и разработка движений в голеностопном суставе.

Тухтасинов Х., Шерматов Р.М.

Кафедра «Хирургические болезни и основы патологии»
Ферганского филиала Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА

Полные разрывы межберцового синдесмоза имеют место при пронационных переломах внутренней лодыжки и нижней трети малоберцовой кости. В этом случае повреждаются передняя, межберцовая и задняя тибιο-фибулярные связки. Частичные разрывы межберцового синдесмоза наблюдаются при пронационных двухлодыжечных переломах. Здесь повреждается только передняя межберцово-малоберцовая связка, центральный отломок малоберцовой кости имеет связь с большеберцовой костью.

Как при полном, так и при частичном разрыве межберцового синдесмоза имеет место подвывих стопы кнаружи. Целью лечения разрывов межберцового синдесмоза является нормальное восстановление вилки голеностопного сустава.

Под нашим наблюдением находились 22 больных с разрывом межберцового синдесмоза в возрасте 20-60 лет. Из них 14 больных с полным разрывом, 8 - с частичным разрывом межберцового синдесмоза. Показанием к операции является безуспешное консервативное вправление подвывиха стопы и репозиции внутренней или наружной лодыжки. Операцию проводили под внутрикостной анестезией или общим наркозом.

В связи с тем, что разрыв межберцового синдесмоза практически не бывает изолированным, одновременно с его оперативным скреплением производилось остеосинтез внутренней лодыжки, иногда и наружной лодыжки.

Для фиксации берцовых костей раньше применялись винты, в последние годы - болты с контур гайкой. Берцовые кости должны быть сближены друг с другом до полного устранения подвывиха стопы. После операции конечность фиксируется на 8 недель.

Отдаленные результаты лечения изучены нами у всех 22-х больных в сроке от 6 месяцев до двух лет. Хорошими результатами признаны у 18-и больных, удовлетворительными - у 3-х, неудовлетворительными - у 2-х. Плохими оказались у больных, у которых развивался деформирующий артроз голеностопного сустава.

Устьянцев Д.Д., Милюков А.Ю., Власов С.В., Гилев Я.Х., Шестова Е.С. Мазеев Д.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г. Ленинск-Кузнецкий

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России
г. Новосибирск, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

Цель исследования. Оптимизировать хирургическую тактику лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости с сопутствующими заболеваниями на основании потенциального риска развития осложнений по данным номограммы и оценки класса тяжести состояния больного по классификации объективного статуса.

Материалы и методы исследования. Исследовали сопутствующие заболевания, возраст, пол, данные объективного обследования больного, характер повреждения. При возрасте 18-64 года относили пациентов к молодым, а при 65 лет и старше относили к пожилому возрасту.

Определяли категорию коморбидности: 0 - отсутствие сопутствующих заболеваний, 1-2 сопутствующих заболевания - среднее хроническое состояние, 3 и более сопутствующих заболеваний - мультиморбидность. Потенциальный риск развития осложнений выявляли по номограмме, в которой учитывалось взаимо-определяющее влияние потенциального риска развития осложнений, возраст, пол и тяжесть состояния больного по классификации Американского общества анестезиологов (ASA). При выявлении у больных сочетания 4 класса тяжести по ASA с потенциальным риском развития осложнений выше 30% оперативные вмешательства не выполняли. При 3 классе тяжести по ASA с потенциальным риском развития осложнений менее 30% при медиальных и латеральных переломах выполняли малоинвазивный остеосинтез проксимального отдела бедренной кости. При 1 или 2 классе тяжести по ASA с потенциальным риском развития осложнений менее 30% больным с латеральными и базицервикальными переломами выполняли остеосинтез, а при медиальных переломах: субкапитальных и трансцервикальных тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Результаты исследования. В группе молодых пациентов в сравнение с группой пожилых пациентов показатель продолжительности пребывания в клинике был выше - 16,0 и 19,3 дней соответственно ($p < 0,001$). Кроме того, риск развития осложнений (инфекции различной этиологии, нестабильность имплантов, тромбы как артериальные, так и венозные, обострение хронических сопутствующих заболеваний) был выше в 2,4 раза ($p < 0,001$) в группе пожилых пациентов.

В результате анализа модели множественной логистической регрессии выявлено статистически значимое увеличение риска развития осложнений в среднем на 10% (95% CI, 8,7-10,5%) с увеличением возраста каждые 5 лет.

Определено, что лица мужского пола имели более высокие шансы развития осложнения на 18% (95% CI, 14-22%, $p < 0,001$). Наиболее значимой была связь между возрастом и коморбидностью (ОШ, 1,005; $p < 0,04$) в год, для пациентов с тремя и более сопутствующими заболеваниями).

Выводы.

Описываемая модель делает возможным ее использование для оценки риска развития осложнений у пациентов с травмами проксимального отдела бедренной кости в клинической практике.

Взаимосвязь и взаимодействие существенных отличительных признаков предлагаемого способа оценки обеспечивают достижение нового технологического медицинского результата в решении поставленного назначения - позволяет врачу быстро оценить состояние больного за счет предварительной диагностики коморбидных состояний, объективной оценки рисков развития осложнений и адекватно выбрать тактику лечения и в частности, тактику оперативного вмешательства, что позволяет снизить периоперационные осложнения при оперативном лечении

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости. Способ позволяет проводить адресную профилактику и превентивную терапию выявленных заболеваний и тем самым уменьшить возникновение послеоперационных осложнений или их клинических проявлений, что существенно сокращает сроки лечения.

Таким образом, способ выбора хирургической тактики при переломах проксимального отдела бедренной кости у пациентов с сопутствующими заболеваниями позволяет улучшить результаты лечения за счет с высокой степенью точности оценки рисков осложнений оперативного вмешательства и их снижения в 2,5 раза, уменьшения первичной инвалидности до 10%, летальности до 0,1%, снижения материальных затрат на лечение посредством уменьшения средних сроков стационарного лечения до 9,7 дней.

Хань Х.Ч., Ахтямов И.Ф., Сафин Р.Р., Гарифуллов Г.Г.

Казанский государственный медицинский университет
ГАУЗ РКБ МЗ РТ
г.Казань, Россия

СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования. Изучить особенности ряда послеоперационных показателей при хирургическом лечении перелома шейки бедренной кости у пострадавших старше 65 лет.

Материалы и методы исследования. У 62 пожилых пациентов с переломом шейки бедренной кости в возрасте старше 65 лет, изучены следующие показатели на стационарном этапе лечения:

- 1) время проведения операции,
- 2) объем кровопотери во время операции.

На контрольном осмотре пациента через 10-12 месяцев после операции проведена оценка:

- 1) функции тазобедренного сустава (шкала Harris),
- 2) интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ,
- 3) качества жизни пациентов по шкале SF-36.

В исследовании сравнивались результаты следующих видов оперативного лечения пострадавших: интрамедуллярная остеосинтез реконструктивным штифтом с винтом динамической фиксации (n=24), гемипротезирование бедренной кости биполярным эндопротезом (n=22) и тотальное эндопротезирование (n=16) тазобедренного сустава.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции по установке реконструктивного штифта составила $42 \pm 10,9$ мин, биполярного эндопротеза $68 \pm 12,4$ мин и тотального эндопротеза $96 \pm 17,2$ мин. Средняя интраоперационная кровопотеря при интрамедуллярном остеосинтезе составляла $85 \pm 19,4$ мл, при биполярном протезировании $172 \pm 21,6$ мл, а при тотальной артропластике $240 \pm 32,7$ мл. Средний балл по шкале Harris на сроке 10-12 месяцев после фиксации штифтом составил $81,6 \pm 9,2$, после биполярного протезирования - $84,3 \pm 11,6$, а после тотального эндопротезирования $90,2 \pm 7,7$. Разница между средними значениями вышеуказанных показателей имела высокую статистическую достоверность ($p < 0,005$). Средний балл качества жизни (SF-36) составлял на полугодовом сроке после фиксации реконструктивным штифтом $82,3 \pm 19,4$, после гемиартопластики $86,2 \pm 21,6$ и в случае с тотальным эндопротезированием $97,5 \pm 32,7$. При этом наблюдалось статистически значимое различие показателя SF-36 между группами после остеосинтеза и тотального эндопротезирования, как и между геми- и тотальной артропластикой ($p < 0,005$). При этом не было выявлено достоверной разницы между качеством жизни у пострадавших, оперированных методом остеосинтеза и биполярным эндопротезом ($p > 0,05$). Средний балл оценки болевого синдрома по ВАШ после остеосинтеза составлял $3,3 \pm 1,2$, после гемипротезирования $2,4 \pm 1,6$, а после тотальной артропластики $1,8 \pm 0,9$. Было выявлено статистически значимое различие по показателю ВАШ при остеосинтезе как по отношению к тотальной артропластике, так и гемипротезированию ($p < 0,05$). Статистической разницы

между вариантами замены сустава ($p > 0,05$) выявлено не было.

Выводы.

Исследование показало, что остеосинтез реконструктивным штифтом с синтезом шейки бедра винтом динамической фиксации при переломе является более щадящей и благоприятно протекающей в послеоперационном периоде видом операции, чем установка тотального или биполярного эндопротеза, однако не дающей такой же хороший функциональный результат, как артропластика.

Хело М., Ахтямов И.Ф., Саид Ф.М., Хань Х.Ч.

Казанский государственный медицинский университет
ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ
г.Казань, Татарстан

ОСОБЕННОСТИ АРТРОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Замена коленного сустава на искусственный перешла в разряд стандартных плановых оперативных вмешательств специализированных клиник, причем в регионах Российской Федерации на сегодня стала более востребована, чем эндопротезирование тазобедренного сустава. Исследования итогов типичных случаев гонартроза не вызывают столь пристального внимания ортопедов, как наблюдения за пациентами с осложненным коморбидным фоном.

Цель исследования. Выявить ряд характерных особенностей, свойственных пациентам с терминальными стадиями гонартроза на фоне ожирения на этапе стационарного лечения и артропластики.

Материалы и методы исследования. На базе отделения ортопедии N 2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ проведено проспективное одноцентровое исследование на группе пациентов, имеющих повышенный индекс массы тела, страдающих артрозом коленного сустава.

Наблюдалось 55 пациентов с гонартрозом III-IV (терминальные) стадии, где подавляющее большинство составили женщины (78,2%). Этиология развития заболевания определялась путем опроса пациентов и в итоге позволила установить основной причинный фактор - инволютивный (81%). В 40% (22 случая) наблюдалось двустороннее поражение. Поскольку оценивалось каждое конкретное вмешательство, то были проанализированы 29 замен левого сустава и 26 - справа.

Алиментарно-конституционное ожирение в различной степени выраженности было отмечено у 48 из наблюдавшихся пациентов (основная группа), а в 7 случаях (группа контроля) - индекс массы тела (ИМТ) был равен или ниже 25. Распределение по степени выраженности ИМТ оказалось следующим: ИМТ до 30 констатирован у 5, до 35 - у 17, до 40 у 16 и свыше 40 - у 10 пациентов основной группы. В итоге минимальный ИМТ оказался 22,9, максимальный - 50,0, а в среднем был равен 34,1. Причем усредненные показатели массы тела составили 86,6 кг при росте в 159,7 см.

Каждому пациенту произведена односторонняя замена сустава и оценены следующие показатели на стационарном этапе лечения: длительность оперативного вмешательства, кровопотеря во время и после операции, срок нахождения в стационаре.

Результаты и их обсуждение. Эндопротезирование в обеих группах исследование проводилось одним типом имплантата (цементный, тотальный) двумя хирургами через медиальный парapatеллярный доступ к коленному суставу. Все операции проводились без использования турникета. Обезболивание пациента на время вмешательства и в послеоперационный период производилось по мультимодальному принципу с использованием продленных нейроаксиальных блокад.

Обязательные условия ведения пациента: пред- и интраоперационная антибиотикопрофилактика, антитромботическая профилактика (прямая и непрямая), вертикализация и полная нагрузка на оперированный сустав - на следующие сутки после вмешательства.

Оказалось, что длительность оперативного вмешательства, несомненно, зависела от объема мягких тканей, как в области вмешательства, так и месте проведения спинальной анестезии. Время непосредственной установки имплантата в сравниваемых группах не отличалось, а вот общее время вмешательства колебалось с 60 до 130 минут. В среднем оно составило

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

у пациентов с повышенным ИМТ 83 минуты.

Кровопотеря во время операции не превысила 330 мл и в среднем достигла величины 236,7 мл. Этот показатель вмешательства требует дополнительного анализа, поскольку существуют нюансы, связанные с использованием интраоперационно перекиси водорода, поддержании определенного уровня артериального давления и т.п.

Послеоперационный объем кровопотери принципиально не дал разницу между группами наблюдения, но зависел от варианта используемого антикоагулянта (нефракционированный гепарин, НОАК, НМГ).

Сроки пребывания пациентов в стационаре зависели лишь от установленного регламента в клинике и не могут быть критерием сравнения для выбранных групп пациентов.

Итогом лечения на стационарном этапе указанных пациентов, явилась выписка 54 из них с удовлетворительным исходом. Проблемным оказалось лечение одной пациентки с ИМТ равным 38 и наличием сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. На фоне тромбопрофилактики нефракционированным гепарином развилась тромбоэмболия легочной артерии и пациентка погибла.

Таким образом, эндопротезирование коленного сустава у пациентов с ожирением требует дополнительного изучения не только в плане оценки отдаленных результатов, но и на первичных этапах лечения.

Храмов А.Э., Макаров М.А., Макаров С.А., Павлов В.П., Рыбников А.В.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»
г.Москва, Россия

ЧАСТОТА ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Оперативное лечение пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) связано с повышением риска осложнений, которые обусловлены наличием воспалительного процесса, сниженной физической активностью, тяжестью функциональных нарушений, длительной терапией глюкокортикоидами, болезнью-модифицирующими и генно-инженерными биологическими препаратами, остеопорозом. Все это способствует повышению риска интраоперационных осложнений, в том числе и перипротезных переломов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ перипротезных переломов, а также интраоперационных переломов большого и малого вертелов, вертлужной впадины, мыщелков бедренной и большеберцовой костей при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материалы и методы исследования. У 1675 пациентов с РЗ в период с 1998 по 2017 годы были выполнены 2142 операции эндопротезирования тазобедренных (n=1177) и коленных (n=965) суставов (ОА - 846, РА - 957, ЮРА - 214, СКВ - 125).

Результаты исследования. Всего диагностировано 76 (3,55%) перипротезных перелома:

- При эндопротезировании тазобедренного сустава 64 (5,44%), из них - 23 (6,00%) у пациентов с РА; 15 (10,43%) у пациентов с ЮРА; 8 (8,69%) у пациентов с СКВ и 18 (3,23%) у пациентов с ОА. 38 пациентам с перипротезными переломами был произведен остеосинтез.

- Перипротезные переломы при эндопротезировании коленного сустава составили 12 (1,24%), из них - 7 (1,20%) у пациентов с РА; 3 (4,29%) у пациентов с ЮРА; 0 у пациентов с СКВ и 1 (0,71%) у пациентов с ОА. Шестерым больным с перипротезными переломами был произведен остеосинтез, все эти пациенты с РА и ЮРА.

При статистическом анализе полученных данных выявлено достоверно большее число осложнений в группе больных РА, ЮРА и СКВ ($p < 0,005$). При анализе каждого вида осложнений также получены достоверные различия ($p < 0,005$).

Выводы.

Полученные результаты подтверждают, что риск перипротезных переломов больше у пациентов с РЗ, особенно с РА, ЮРА, СКВ. Это связано с длительной противоревматической

терапией, особенно с приемом глюкокортикоидов, хроническим воспалением, снижением физической активности и остеопорозом. Поэтому эти больные требуют особого подхода, который заключается в грамотном медикаментозном ведении пациента совместно с ревматологом и бережном обращении с костью и окружающими тканями во время операции.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
НЕЙРОХИРУРГИИ**

Ардашев И.П., Носков В.П., Ардашева Е.И., Каткова М.А., Колпинская Т.Д.
Куприянова С.В.

Кемеровский государственный медицинский университет
ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. М.А. Подгорбунского»
г. Кемерово, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Метастазы в позвоночник отмечаются в среднем у 10% пациентов с онкологическим диагнозом. Наиболее чаще встречается метастазирование в грудной (70% случаев) и в поясничный (20% случаев) отделы позвоночника, реже (10% случаев) процесс локализуется в шейном отделе (Бывальцев В.А., 2008г.)

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения выполнены у 61 больного, оперированных по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей позвоночника в отделении ортопедии ГАУЗ КО ОКБСМП.

Из этого количества больных оперировано 30 больных (49,18%) с метастатическими поражениями позвоночника. Из них 9 женщин (30%) со средним возрастом $49,1 \pm 2,62$ и 21 мужчина (70%) со средним возрастом $55,04 \pm 2,43$.

По локализации первичной опухоли пациенты распределены на 6 групп:

почки у 8 (26,66%), молочные железы у 7 (23,33%), легкие у 5 (16,66%), предстательная железа у 4 (13,33%), желудок у 3 (10%), первичный очаг не выявлен у 3 (10%).

В зависимости от локализации процесса больные распределены на 3 группы. Шейный отдел позвоночника - 5 пациентов (16,66%), грудной отдел позвоночника - 12 пациентов (40%), поясничный отдел позвоночника - 13 пациентов (43,33%).

По возрасту пациенты распределены на 5 групп: 31-40 лет 3 пациента (10%), 41-50 лет - 12 пациентов (40%), 52-60 лет - 7 пациентов (23,33%), 61-70 лет - 6 пациентов (20%), 71-80 лет - 2 пациента (6,66%).

Для оценки неврологических нарушений использовалась система градаций по Frankel.

Для обследования использовались лучевые методы диагностики: рентгенография (АРЦ ОКО Electron), МСКТ (SIEMENS SE 6), МРТ (GE Brivo MR355 1,5 TE).

В основу оперативного лечения метастазов позвоночника мы взяли схему хирургического лечения опухолей по Tomita K. et al. (2006 г.). При метастазах 1-2 типа (интракомпарментальная локализация) проводили тщательное удаление опухоли единым блоком со стабилизацией позвоночника имплантом из пористого титана с транспедикулярной фиксацией. При метастазах 3-4 типа (экстракомпарментальная локализация) осуществлялась двухэтапная спондилэктомия по типу en bloc.

При обработке и оценке результатов исследования использовался метод параметрической статистики с расчетом относительных показателей и оценкой их достоверности по критерию Стьюдента.

Для оценки результатов лечения использовали клинические исследования, болевой синдром ВАШ, продолжительность жизни, регресс неврологической симптоматики, отсутствие рецидива.

Результаты исследования. У всех больных в послеоперационном периоде полностью в 100% случаев купирован болевой синдром по ВАШ. Восстановлена опорная функция позвоночника у 17 (100%) пациентов, имеющих патологический перелом. По регрессу неврологической симптоматики: 3-е больных перешли из групп Д в Е, 1 из группы С в Д, у остальных - 10 больных положительной динамики не отмечено. Продолжительность жизни составила от $7,13 \pm 0,8$ мес. Рецидива опухоли не отмечено.

Выводы.

Хирургическое лечение метастазов в позвоночник оправдано, удаление опухолевого поражения en bloc позволяет снять болевой синдром, неврологический дефицит, улучшить качество жизни.

Борецкая Е.А., Щербакова Е.В., Чернышова А.В.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
г.Астана, Казахстан

TNF- α У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

В последние годы было показано, что интерлейкины, интерфероны, колониестимулирующие факторы играют важную роль в регуляции не только иммунной, нервной, эндокринной систем, но и в резорбции костной ткани (Бердюгина О.В., 2009 г.). Ряд цитокинов (TNF- α , TNF- β , ИЛ-6, ИЛ-17) стимулируют образование остеокластов и регулируют их резорбтивную активность, приводя к разрушению костной ткани. Другие (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13, IFN- γ) ингибируют образование новых и активность существующих остеокластов, стимулируя костеобразование (Бурда Е.Ю., 2002 г.).

Достоверно установлено, что остеолиз вокруг металлоконструкций опосредован фактором некроза опухолей (TNF- α) и его рецептором p55. TNF- α является продуктом моноцитов/макрофагов, эндотелиальных, тучных и миелоидных клеток. Одним из значимых направлений действия TNF- α является его влияние на костный метаболизм и резорбцию костной ткани (Hofbauer L.C., 2000 г.). Механизм резорбции костной ткани под действием TNF- α обусловлен как способностью вызывать катаболизм костной ткани, так и препятствовать ее восстановлению. Основной мишенью для TNF- α являются остеобласты, которые под его влиянием снижают свою активность. Факторы некроза опухолей α и β блокируют синтез коллагеновых и неколлагеновых белков остеоцитами. TNF- α является более мощным индуктором остеокластических процессов (в сравнении с TNF- β). Он активирует пролиферацию остеобластов и стимулирует выработку ими простагландина E, в то же время может блокировать ген, отвечающий за синтез коллагена (Зубова С.Г., 2001 г.).

В результате высвобождения TNF- α повышается проницаемость капилляров, повреждаются эндотелий сосудов, возникает внутрисосудистый тромбоз. В норме концентрация TNF- α очень низка и резко возрастает при наступлении перелома, нарушая костный метаболизм в сторону костной резорбции. TNF- α повышает экспрессию клеточных и сосудистых молекул адгезии-1, которые участвуют в миграции лимфоцитов в зону воспаления, активирует лимфоциты и пролиферацию фибробластов, стимулирует синтез простагландинов, лейкотриенов, оксида азота и матриксных металлопротеиназ, индуцирующих хрящевую и костную деструкцию (Lorenzo J.A., 2000 г.). Кроме того, TNF- α , путем активации факторов транскрипции, регулирует активность нескольких генов, кодирующих синтез провоспалительных цитокинов и хемокинов, а также других медиаторов воспаления. TNF- α индуцирует синтез свободных кислородных радикалов и тормозит апоптоз воспалительных клеток.

Целью исследования было изучение уровня TNF- α у пациентов с переломами позвоночника, как одного из факторов, способствующих резорбции костной ткани.

В лаборатории клинической иммунологии Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии г.Астана за 2017 год обследовано 86 пациентов с переломами позвоночника в возрасте от 40 до 55 лет. Уровень TNF- α оценивали с помощью иммунохемилюминесцентного анализа (в норме - < 5 пг/мл (Лившиц В.М., 2004 г.)).

Выявлено, что у пациентов с переломами позвоночника наблюдалось увеличение концентрации TNF- α ($23,4 \pm 4,7$ пг/мл) по сравнению с нормативным показателем в 4,6 раза ($p < 0,5$).

Учитывая полученные результаты и свойства цитокинов, описанные в литературе, можно заключить, что TNF- α опосредованно влияет на состояние костной ткани.

В связи с этим очевидна необходимость углубленного изучения уровня цитокинов, участвующих в процессах костного метаболизма, что может быть необходимым для определения объема оперативного вмешательства и прогнозирования течения послеоперационного периода после перенесенного перелома.

Колотов Е.Б., Гатин В.Р., Елагин С.В., Колотова Е.В., Кузьмин А.И.

ГАУЗ КО Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева
г.Кемерово, Россия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕКОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

В настоящее время практически отсутствуют четкие показания, как к консервативному, так и оперативному методам лечения при сочетании у больного врожденно узкого позвоночного канала и приобретенных стенозирующих факторов. Подобную ситуацию еще называют комбинированным стенозом, и по данным некоторых авторов - это наиболее распространенная в клинической практике форма. Само понятие «нейрогенной перемежающейся хромоты» («pseudoclaudication syndrome»), часто встречаемое в литературе при описании клинической картины у больных с комбинированным стенозом на поясничном уровне, не имеет четкой клинической картины и «...требует большой внимательности от врача при постановке диагноза и, тем более, решении вопроса в пользу оперативного лечения».

Материалы и методы исследования. Пролечены 75 больных в двух однородных группах. В основной группе (45 больных) помимо стандартного набора медикаментозных, физиотерапевтических средств и лечебных блокад, последовательно выполняли дерезецепцию (денервацию) межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов. Результаты оценивали при помощи визуально-аналоговой шкалы, опросника Освестри и шкалы Макнаба.

Результаты исследования. Местные болевые синдромы были у всех больных, и их выявление не зависело от уровня исследуемого позвоночного двигательного сегмента (ПДС). Отраженные боли, спровоцированные из верхних ПДС иррадиировали в реберно-позвоночный угол и в пупочную область (псевдоабдоминальный болевой синдром) что соответствовало уровню межпозвонковых дисков и суставов L1-2, L2-3. Наибольшее количество рефлекторно-болевых синдромов спровоцировано из нижнепоясничных ПДС. Воспроизведенная боль иррадиировала в паховую и аногенитальную области - у 4, в подвздошную область - у 5, псевдорядикулярные боли в ноге и синдром широкой фасции бедра воспроизвелись - у 12 больных. Иррадиация боли в область тазобедренного сустава выявлена у 4-х больных основной группы после введения спирт-новокаиновой смеси в область дугоотростчатых суставов и у 2-х из межпозвонковых дисков (ПДС L4-5). Наиболее часто встречалась иррадиация боли в ягодичные области - 27 пациентов. Клиническую картину «ложной перемежающейся хромоты» в той или иной степени выраженности мы встретили у 23 (30,1%) пациентов обеих групп. У каждого из них имелись и другие болевые феномены, которые следует относить к «обычному» течению любого дегенеративно-дистрофического заболевания. Эти болевые феномены нам удалось воспроизвести в полном объеме путем последовательной дерезецепции ДС и МПД, добившись хороших и отличных результатов у 9 из 12 больных основной группы.

Таким образом, у нас сложилось впечатление, что какой-либо определенной симптоматики «ложной перемежающейся хромоты» не существует. Т.е. под описание клинической картины этого синдрома может подходить сочетание нескольких рефлекторно-болевых феноменов. Отмечена закономерность, что в отличие от пациентов с «нормальным» каналом количество воспроизведенных скелетно-мышечных синдромов из ДС значительно преобладает над воспроизведенными из МПД.

В отдаленном периоде отмечено значимое преобладание хороших и отличных результатов предыдущего лечения в основной группе - 71,0% (в контрольной - 38,9%; $\chi^2=3,23$, $p=0,031$).

Выводы. Последовательная денервация (дерезецепция) межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов позволит в некоторых случаях избежать напрасного хирургического лечения при упорном, но псевдорядикулярном болевом синдроме, и, в то же время, позволит неврологу и хирургу более точно выставить показания к действительно необходимому оперативному вмешательству.

Колотов Е.Б., Гатин В.Р., Елагин С.В., Колотова Е.В., Кузьмин А.И.

ГАУЗ КО Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева
г.Кемерово, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Местные болевые синдромы - это наиболее часто встречающиеся в обыденной практике синдромы, относящиеся к миосклеротомным. Их взаимосвязь с внутридискowymi перемещениями пульпозного ядра была в свое время научно обоснована Дэ Сэзом.

Отраженные болевые синдромы очень давно являются насущной медицинской проблемой. Их многообразие может легко поставить в тупик. Казалось бы, иннервация глубинных соединительнотканых образований должна быть расположена территориально так же компактно, как зоны дерматомов, но проведенные клинико-экспериментальные исследования не подтвердили этого. Нашей задачей было разработать систему диагностики рефлексорных синдромов при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.

Материалы и методы исследования. В стационаре обследованы и пролечены 54 пациента (31 женщина и 23 мужчины) основной группы и 30 пациентов (19 женщин и 11 мужчин) контрольной. Больным основной группы последовательно проводили дерцепцию (денервацию) спирт-новокаиновой смесью в соотношении 1:1 сначала межпозвонковых дисков, а через несколько дней - дугоотростчатых суставов (ДС).

Больные в контрольных группах получали стандартное комплексное лечение дискогенных скелетно-мышечных болевых синдромов. Все группы были статистически однородны по характеру и локализации рефлексорно-болевых синдромов, возрасту, полу, предшествующему лечению.

За основу рабочей классификации нами была взята классификация рефлексорных синдромов остеохондроза, как наиболее полно отражающая все имеющееся многообразие этих синдромов (Луцик А.А., Шмидт И.Р., 1990 г.). Результаты лечения оценивали по ВАШ и опроснику Освестри.

Результаты исследования. Рефлексорные синдромы остеохондроза и спондилоартроза, диагностированные до пункционных процедур, совпадали с воспроизводимыми как из межпозвонковых дисков, так и из области ДС болевыми феноменами. Отраженная боль локализовалась в межлопаточной области и в надплечьях, что составило 61,8% из всех выявленных синдромов (81 из 131 воспроизведенных болевых феноменов). Это соответствовало наиболее частой локализации рефлексорных болевых синдромов в указанных регионах. У 85% больных в местах локализации болей обнаружены проявления нейроостеофиброза.

Количество спровоцированных синдромов у всех 54 больных значительно превышает количество обследованных пациентов в абсолютных цифрах, т.е. преобладает число пациентов, у которых выявлено 2 и более рефлексорных синдромов. Выявлено, что среднешейные сегменты более подвержены дегенеративно-дистрофическому поражению, чем верхне- и нижнешейные сегменты. При проведении дерцепции сначала межпозвонковых дисков, а затем и дугоотростчатых суставов, у 21 (38,8%) из 54 больных рефлексорные синдромы воспроизводились как из межпозвонкового диска, так и из соответствующих ему дугоотростчатых суставов и в этом случае элементы этих же болевых синдромов могли быть воспроизведены и из соседних ДС, что объясняется, по всей видимости, общностью иннервации смежных ДС и межпозвонковых дисков. Через год в основной группе хорошие и отличные результаты получены у 44 (81,5%) больных против 15 (50,0%) в контрольной.

Выводы.

Рефлексорные (некомпрессионные) синдромы клинически актуального спондилоартроза многообразны и имеют сходство с рефлексорными проявлениями остеохондроза позвоночника. Лечение больных с сочетанием клинически актуального остеохондроза и спондилоартроза должно включать последовательную дерцепцию межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов, смежных с этим диском, что позволяет подтвердить зависимость каждого рефлексорного синдрома от патологической импульсации из конкретных межпозвонковых дисков и ДС и оказать лечебное воздействие на очаг дистрофического поражения позвоночно-двигательного сегмента.

Ластаев Т.В., Новокшенов А.В., Якушин О.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г. Ленинск-Кузнецкий

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России
г. Новосибирск, Россия

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 161 больных детей с черепно-мозговыми повреждениями за период 2013-2015гг. У 134 больных диагностирована легкая черепно-мозговая травма. 13 пациентов - ушиб головного мозга средней степени тяжести, у 14 больных имелся ушиб головного мозга тяжелой степени. 11 больных с ушибами мозга и во всех случаях компрессии мозга были оперированы, что составило 78,5% от всех пострадавших. Расширенная декомпрессивная трепанация черепа была проведена у 6 (42,9%) пострадавших детей. Из малоинвазивных доступов: наложение фрезевых отверстий и эндокраниоскопия проведены в 4 случаях (28,5%).

Лечебная и хирургическая тактика.

1. Консервативное лечение пострадавших показано при:

- пластинчатой оболочечной внутричерепной гематоме на небольшом протяжении без сдавления головного мозга;

- очаге ушиба без перифокального отека головного мозга.

Все пациенты поступившие с угнетением уровня сознания по шкале ком Глазго ≤ 8 нуждаются в клиничко-инструментальном контроле, так как отмечается высокий риск повышения внутричерепной гипертензии, что в последующем может требовать экстренного оперативного лечения.

2. Хирургическая тактика в виде наложения фрезевого отверстия, эндокраниоскопии, внутренней декомпрессии показана при:

- очаге ушиба с перифокальным отеком головного мозга;

- очаге размозжения головного мозга;

- внутричерепной компрессии головного мозга оболочечными гематомами, гидромами, вдавленными костными отломками.

В этом случае так же пациенты с уровнем сознания ≤ 8 по шкале ком Глазго нуждаются в постоянном клиничко-инструментальном контроле.

3. Хирургическая тактика в виде декомпрессивной трепанации черепа, показана при:

- крупом или множественных очагах ушиба с диффузным отеком головного мозга;

- внутричерепной компрессии головного мозга оболочечными гематомами, вдавленными костными отломками;

- диффузном отеке головного мозга.

4. Дренирование ликворопроводящих путей показано при:

- окклюзионной или гиперсекреторной гидроцефалии в стадии прогрессирования;

- наружной гидроцефалии с формированием отграниченных субдуральных гидром.

Умерло 3 пострадавших ребенка (21,4%). У всех пострадавших был диагностирован ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести, с отеком головного мозга и дислокационным синдромом в стадии декомпенсации. 2-м пациентам выполнено оперативное лечение, 1 - не оперирован в связи крайне тяжелым состоянием в момент поступления. Причинами смерти были неконтролируемый отек и дислокация ствола мозга вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы, воспалительные осложнения и полиорганная недостаточность.

Выводы.

Проведенный анализ лечения 161 пострадавших детей с тяжелыми черепно-мозговыми повреждениями показал, что во всех случаях компрессии головного мозга (78,5%) было выполнено оперированное лечение. В большинстве случаев была проведена расширенная декомпрессивная трепанация черепа: 42,9% случаях. Наложение фрезевых отверстий

Клинические аспекты нейрохирургии

и эндокраниоскопия проведена в 28,5%. Летальность составила 21,4%.

Причинами смерти были неконтролируемый отек и дислокация ствола головного мозга вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы, воспалительные осложнения и полиорганная недостаточность.

Могучая О.В., Щедренок В.В., Гарифуллин Т.Ю.

ФГБУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

г.Санкт-Петербург, Россия

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ: ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ

Качеству медицинской помощи (КМП) с каждым годом уделяют все большее внимание. Это связано с тем, что только на основе использования системного подхода к категории КМП в современных условиях возможно эффективное управление медицинским учреждением.

Цель исследования. Проанализировать качество медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), получавших помощь в травмоцентрах различного уровня, с последующей выработкой управленческих решений.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 214 случаев ЧМТ (из них 57 - с летальным исходом) в травмоцентрах различных уровней, функционирующих в г.Санкт-Петербурге, г.Великом Новгороде, г.Архангельске, г.Мурманске, Республиках Крым и Саха (Якутия) за 2017 г. Используются медицинские карты стационарного больного, предоставленные 7-ю страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на этих территориях. Дефекты медицинской помощи классифицировали в соответствии с перечнем дефектов, предусмотренных генеральным тарифным соглашением в системе ОМС. Средняя стоимость лечения пострадавших была различной, она зависела, в первую очередь, от региона и длительности пребывания в стационаре, и составила от 1333,60 до 461292,02 руб., средний койко-день - $16,5 \pm 1,6$ дня. Среди изученной группы преобладали мужчины (62%), средний возраст составил $42 \pm 1,2$ года.

Результаты и обсуждение. Различные дефекты медицинской помощи отмечены в 69 (32,2%) наблюдений. Преобладали дефекты ведения медицинской документации (78,3%). Медицинская карта стационарного больного - комплексный документ, связывающий воедино целый ряд отдельных самостоятельных документов: исследований, заключений, эпикризов, протоколов. Отсутствие в этих отдельных документах даты, подписи делало их несоответствующими ГОСТ Р 6.30-2003.

Другой дефект в виде нарушения прав застрахованного встречался реже (14,5%) и проявлялся отсутствием или неправильным оформлением информированного согласия на госпитализацию, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение, гемотрансфузию. В 2 случаях в травмоцентре 1 уровня имела место неадекватная тактика ведения пациентов с субдуральной гематомой: ЧМТ не была диагностирована, и пострадавшие помещены в блок детоксикации с диагнозом алкогольная интоксикация, при этом отрицательный анализ крови на этанол проигнорирован, пациенты консультированы и оперированы нейрохирургом с существенной задержкой, спустя 8-16 ч от госпитализации. Данный дефект связан с недостаточными знаниями врачами нейротравматологии. Дефекты с влиянием на состояние отмечены и в травмоцентрах 3 уровня, удаленных от крупных населенных пунктов или расположенных в труднодоступных местностях. Неадекватная тактика была также обусловлена недостаточной подготовкой по нейротравматологии и формальностью выполненных дистанционных консультаций (1 пациенту с установленным диагнозом субдуральной гематомы в процессе подготовки к операции выполнена люмбальная пункция, у одного оперативное лечение предпринято с существенной задержкой, а у двух имела место недостаточная инфузионно-дегидратационная терапия).

Выводы.

Отсутствие четких регламентов оформления медицинских карт стационарного

больного затрудняет их ведение врачами. Персонал, оказывающий экстренную помощь при травмах и отравлениях, должен проходить обязательное обучение по нейротравматологии. Дистанционные консультации не могут в полной мере решить проблемы экстренной помощи при ЧМТ.

Якушин О.А., Новокшенов А.В., Конев С.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Позвоночно-спинномозговая травма относится к числу самых тяжелых повреждений нервной системы и часто приводит к утрате трудоспособности и инвалидности, а в ряде случаев к летальному исходу. По данным Всемирной организация здравоохранения (ВОЗ) травма позвоночника и спинного мозга в среднем составляет около 30 человек на 100 тысяч населения. Статистические данные последних лет свидетельствуют о ежегодном увеличении числа больных с травматическим поражением спинного мозга в результате промышленного, транспортного травматизма.

Лечение пострадавших с повреждениями позвоночника и спинного мозга направленное на получение функционального результата остается трудной и не всегда разрешимой задачей. Несмотря на тот факт, что за прошедшие 30 лет хирургическое лечение повреждений позвоночника и спинного мозга достигло определенного уровня совершенства. Вопросы, связанные с организацией оказания помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой на протяжении времени сохраняют свою актуальность.

Цель исследования. Оптимизация клинико-диагностических мероприятий и тактики хирургического лечения у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой в остром периоде.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 306 пациентов в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ), находившихся на лечении в центре нейрохирургии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ, за период 2000 - 2017 гг. Изолированная ПСМТ зарегистрирована в 195 (63,7%) наблюдений, пострадавшие с доминирующим или конкурирующим повреждением позвоночника и спинного мозга при политравме - 111 (36,3%) случаев. Соотношение мужчин и женщин 3/1. Средний возраст травмированных составил $36,5 \pm 12,9$ лет. Наибольшее количество пострадавших 225 (73,5%) - лица наиболее трудоспособного возраста от 21 до 50 лет.

Бригадами скорой медицинской помощи в клинический центр доставлены 138 (45,1%) пострадавших, в сроки от 30 минут до трех часов от момента травмы. Специализированными транспортными бригадами центра на реанимобиле из других медицинских организаций области, в сроки от 6 часов до 4-х и более суток транспортированы - 152 (49,7%) пациентов. В 16 (5,2%) пациентов с минимальными проявлениями неврологического дефицита госпитализированы в стационар с амбулаторного приема. Среди травмированных преобладал бытовой 131 (42,8%) и дорожно-транспортный травматизм 103 (33,7%) наблюдений. Наибольшее количество повреждений приходилось на шейный и грудной отделы позвоночника 68,6% случаев. Тяжесть травматических повреждений оценивалась по шкале ISS (Injury Severity Score), при изолированной ПСМТ данный показатель составил $22,1 \pm 4,9$ балла, у пациентов с политравмой - $42,1 \pm 13,3$ баллов.

При поступлении в стационар использовали стандартный диагностический алгоритм при травмах позвоночника и спинного мозга. С целью сокращения времени обследования и лучевой нагрузки из рентгенологического обследования была исключена стандартная спондилография.

КТ исследования у пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга проводили на 4-х спиральном компьютерном томографе: GE Light Speed Plus 4*х, параметры сканирования 2,5 мм, pitch 1,5:1/1,0 sp, kv 120, mA 375 (с постпроцессинговой реконструкцией 1:0,5 мм),

Клинические аспекты нейрохирургии

с возможностями мультипланарной реконструкции или исследования выполняли на 2-х спиральном компьютерном томографе: GE Hi Speed Dual, параметры сканирования 3 мм pitch 1,5:1/2,0 sp, kv 120, mA 200 (постпроцессинговая реконструкция 2:1 мм), с функцией мультипланарной реконструкции.

По результатам компьютерной томографии выявлены следующие повреждения позвоночника: Тип А3 - 89 (29,1%), Тип В (В1-В3) - 177 (57,8%), Тип С (С1-С3) - 21 (6,9%) случаев. В 19 (6,2%) наблюдений при наличии неврологических нарушений костных повреждений позвоночника не определено. Оценку неврологического статуса у спинальных больных проводили по шкале ASIA. Преобладали повреждения спинного мозга типа А, С и D - 253 (83,7%) наблюдения.

Тактику хирургического лечения у больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга определяли после оценки тяжести травмы, общего состояния и характера повреждений.

Результаты и обсуждения. Всего 269 пациентам выполнено 344 оперативных вмешательства, это обусловлено тем, что у 27,9% пациентов оперативное лечение выполнялось в два этапа в зависимости от повреждения позвоночника и сдавливающего фактора спинного мозга. В 50,2% случаев при выполнении классических декомпрессивно-стабилизирующих операций проводилась ревизия спинного мозга, пластика твердой мозговой оболочки с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники. Средние сроки лечения в отделении реанимации составили $8,8 \pm 12,1$ койко-дней.

Осложнения различного генеза отмечены у 32,4% пациентов. Летальные исходы зарегистрированы у 58 больных, из них 27 пациентов поступали в клинику в тяжелом состоянии с диагнозом политравма. Показатель общей летальности составил - 18,9%, при изолированной ПСМТ - 15,8%, политравме - 24,3%. Показатель послеоперационной летальности составил - 17,1% случаев.

Функциональные исходы у пациентов оценивали по шкалам Карновского и FIM. Ближайшие функциональные результаты лечения отслежены у 248 пациентов. У пациентов, оперированных в остром периоде, удовлетворительные результаты лечения получены в 50% случаев, хорошие - 27,8%. Неудовлетворительные результаты лечения в 22,2%.

Таким образом, оптимизация диагностических мероприятий, хирургическое лечение, направленное на полную декомпрессию спинного мозга, восстановление циркуляции ликвора, целостности твердой мозговой оболочки и стабилизацию поврежденного отдела позвоночника в ранние сроки после травмы позволяет добиться хорошего функционального результата лечения и является основой успеха дальнейших реабилитационных мероприятий.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В., Гнедь М.А., Корнев В.П.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская городская клиническая больница № 2»
г. Кемерово, Россия

СУБФАЦИАЛЬНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ЭЛЕКТРООЖОГАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПЛАСТИКОЙ ЛОСКУТАМИ С ОСЕВЫМ КРОВОТОКОМ

К одной из сложных проблем реконструктивной хирургии в комбустиологии следует отнести лечение больных с глубокими электроожогами верхних конечностей. Такие травмы часто сопровождаются утратой не только кожного покрова, но и мышц, сухожилий, нервов, магистральных сосудов. Реконструкция глубоких структур конечности возможна только при условии восстановления кожного покрова. Неадекватный подход к решению данной проблемы приводит к длительному и часто многоэтапному лечению, результаты которого не всегда удовлетворяют как хирурга, так и пострадавшего. В тоже время, динамика течения местного некротического, инфекционного и общего процесса интоксикации при электроожогах отличается выраженными вторичными осложнениями.

Быстро развивается инфицирование и сопутствующие местные трофические нарушения, нарастает интоксикация, снижаются анаболические возможности организма. Выполнение некрэктомии без лоскутной пластики, даже в первые часы после электроожога, способствует лишь более быстрому инфицированию раны, а неизбежное обнажение функциональных структур и зависимых от кровоснабжения окружающих и, поэтому весьма уязвимых, тканей (сухожилий, костей и суставов), в течении нескольких дней отнимают шансы их адекватного восстановления.

При такой лечебной тактике хотя и удастся добиться заживления ран в отдаленные сроки, однако функциональные возможности будут безвозвратно потеряны. Обширность повреждений, плохое состояние мягких тканей, окружающих дефект, часто не позволяют применять местную пластику. Замещение дефекта расщепленным кожным трансплантатом приводит к рубцовым сращениям с подлежащими тканями, затрудняет в дальнейшем проведение каких-либо этапных реконструктивных операций. Игнорирование правил и показаний кожной пластики при глубоких дефектах приводит к неудовлетворительным результатам, нарушению функции не только поврежденного сегмента конечности, но и близлежащих к ней областей.

Значительные преимущества перед остальными видами кожной пластики имеют способы замещения дефектов лоскутами с осевым типом кровоснабжения на временной или постоянной питающей ножке. Их разработка ведется с 80-х годов прошлого века и до настоящего времени. Известно, что лоскуты с осевым кровотоком обладают высокой сопротивляемостью к инфекции, и, за счет реваскуляризации ущербного в отношении кровообращения ложа, способны не только подавить инфекционный процесс, но и сохранить обнаженные структуры. Использование лоскутов с осевым кровотоком создает перспективы последующей реконструкции при утрате сухожилий, костей, что невозможно при свободной трансплантации.

Однако чем больше в арсенале хирурга способов васкуляризированной кожной пластики, тем затруднительнее выбор оператора. К наиболее часто используемым относят: лучевой, локтевой лоскуты предплечья и паховый лоскут.

Нами проанализированы результаты лечения 27 больных с дефектами мягких тканей предплечья и кисти и предложены показания к применению различных способов пластики васкуляризованными лоскутами с осевым типом кровоснабжения.

В ожоговом отделении ГБУЗ КО КГКБ № 2 с 2010 по 2017 гг. 32-м больным для замещения дефектов покровных тканей верхних конечностей было пересажено 35 лоскутов с осевым типом кровоснабжения.

Васкуляризованные лоскуты примененные для пластики:

лучевой - 5, локтевой - 2, паховый - 28.

Для формирования лучевого и локтевого лоскута использовали операционный микроскоп «Карл Цейс Мовена» и прецизионную технику. Перед операцией проводили тест Аллена

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

для определения жизнеспособности кисти с нефункционирующей лучевой артерией. Для этого на уровне лучезапястного сустава пережимали лучевую или локтевую артерии и, освобождая их в обратном порядке. Выполненная в ближайшие часы некрэктомия, показала распространение некроза тканей до костей, с вовлечением в процесс межкостных мышц, связок, сухожилий, причем площадь некроза под кожей закономерно увеличивалась на 10-15 см².

Ближайшие и отдаленные результаты оцениваются нами положительно по нескольким позициям. Выполнение в экстренном порядке реконструктивного вмешательства при электроожогах конечностей:

- Ускоряет и делает более полноценной реабилитацию;
- Сокращает сроки пребывания в стационаре;
- Сводит интоксикацию к минимуму;
- Позволяет сократить длительность приема антибиотиков, что особенно важно в условиях повышенной опасности инфицирования нозокомиальной микрофлорой.

Альтшулер Е.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская городская клиническая больница N 2»
г. Кемерово, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ РАН

Цель исследования. Оценить результаты применения гидрохирургического метода обработки гнойно-некротических ран различной этиологии с помощью аппарата «Versajet».

Материалы и методы исследования. Гидрохирургический метод с использованием аппарата «Versajet» был применен в лечении 12 больных с обширными гнойно-некротическими ранами кожи и мягких тканей. Из них - 4 женщин и 8 мужчин в возрасте от 31 до 65 лет. Этиологическими факторами их возникновения являлись ожоги II-III ст. по МКБ - 10 (8), трофические язвы на фоне ХВН (4). Средняя площадь раневой поверхности составляла $183 \pm 5,5$ см². Длительность течения раневого процесса была от 7 суток до 48 месяцев. В большинстве случаев гидрохирургическую обработку ран применяли для подготовки к последующей аутодермопластике. Манипуляцию проводили в условиях общего обезболивания. В ряде случаев потребовалось применение наркотических анальгетиков после ее выполнения. Проводили от 1 до 4 процедур длительностью 3-15 минут с расходом стерильного раствора от 1,5 л до 3 л. У больных с множественными и обширными ранами выполняли дополнительные обработки ран и язв не ранее, чем через 2-3 дня. В зависимости от размеров и глубины ран использовали рукоятки 150/14 мм и 150/8 мм в режимах от 1 до 10 со скоростью водной струи от 426 км/ч при давлении 1500 Па, 103 бар до 1078 км/ч при давлении 1200 Па, 827 бар.

Результаты исследования. За счет применения гидрохирургического метода раны были очищены от гнойно-некротических тканей за одну процедуру - у 7 больных, за две - у 2 больных и более двух процедур - у 3 больных. Наблюдение за течением раневого процесса показало значимое уменьшение бактериальной обсемененности, снижение числа микроорганизмов на 1 см² раневой поверхности, появление регенеративного типа цитограмм, более раннее возникновение полноценных грануляций и активизации краевой эпителизации по сравнению с контрольной группой больных, лечение которых проводилось традиционными методами. Обработка ран гидрохирургическим способом позволила у 8 больных сразу же после ее выполнения произвести аутодермопластику расщепленным лоскутом. У 4 больных аутодермопластика была произведена в отсроченном порядке (3-5 дней после обработки). Сроки стационарного этапа лечения за счет применения метода сократились в 1,5-1,7 раза.

Обсуждение. Аппарат «Versajet» создает высокоскоростную струю стерильного физиологического раствора с одновременной аспирацией, что позволяет селективно, не травмируя и удерживая здоровые ткани, иссекать и удалять участки некроза и гнойно-фибринозного налета с их эвакуацией в аспирационный контейнер. За счет улучшения

визуализации представляется возможным точнее выполнять некрэктомию, сохраняя жизнеспособные ткани и избегая кровотечения. Однако у некоторых больных отмечалась повышенная кровоточивость раневой поверхности после обработки, что потребовало более длительного и тщательного гемостаза, являлось причиной для выполнения кожной пластики в отсроченном порядке для обеспечения приживления трансплантата.

Применение гидрохирургического метода является обоснованным в комплексном лечении длительно существующих трофических язв венозной этиологии при возможной адекватной коррекции венозной недостаточности.

Выводы.

Внедрение в хирургическую практику метода гидрохирургической обработки открывает новые возможности в лечении ран кожи и трофических язв мягких тканей различной этиологии. Выполнение селективной некрэктомии с крове- и тканесберегающим эффектом позволяет эффективно в короткие сроки подготовить раневую поверхность к аутодермопластике или достичь самостоятельной эпителизации ран. Существенным недостатком, препятствующим широкому внедрению аппарата в практическую медицину, является высокая стоимость комплектующих.

Альтшулер Е.М., Демидов Д.Г., Волженин В.В., Касьянов Д.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская городская клиническая больница N 2»
г. Кемерово Россия

ПРОФИЛАКТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ

Актуальность исследования. Выраженность поражения внутренних органов при ожоговой болезни, в том числе и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. В свою очередь эти нарушения гомеостаза определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью ожогового шока и обширностью глубоких поражений кожных покровов (И.Р. Вазина с соавт., 2010г.; А.Д. Фаязов с соавт., 2010г.). Чем больше тяжесть повреждения и тяжесть состояния в остром периоде ожоговой болезни, тем с большей вероятностью необходимо ожидать осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (Вагнер Д.О. с соавт., 2015г.).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечных кровотечений у тяжелообожженных.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 105 пострадавших с тяжелой термической травмой (площадь глубокого ожога 20-40% п.т.), находившихся на лечении с 2007 по 2017 годы в ожоговом отделении ГБУЗ КО «КГКБ N 2». Массив исследования составил 55 пострадавших, исследованных ретроспективно и 50 пострадавших основной группы (проспективный анализ). Течение ожоговой болезни у ряда больных осложнилось развитием кровотечения из верхних отделов ЖКТ. В 23 (21,9%) случаях эрозивно-язвенные поражения ЖКТ выявлены у пострадавших с обострением хронической формы язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. У 82 (78,1%) пациентов эрозивно-язвенные поражения ЖКТ развились остро. Возраст пострадавших колебался от 16 до 88 лет (средний возраст $57,8 \pm 3,5$ лет). Большинство пострадавших составили мужчины - 87 (82,8%) наблюдений.

Результаты исследования. В основной группе (50 пациентов) опережающее лечение данного осложнения проводилось по разработанной программе, которая включала в себя:

- обеспечение адекватной моторики желудочно-кишечного тракта;
- улучшение микроциркуляции в подслизистом слое желудка и двенадцатиперстной кишки;
- улучшение тканевого дыхания в органах желудочно-кишечного тракта;
- нормализацию функционирования обкладочных клеток желудка для исключения гиперацидного состояния;
- диагностическую фиброгастроуденоскопию в динамике (2, 4, 6, 9 и 14 сутки).

Показанием к внутривенной антацидной терапии (блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

или ингибиторы протонной помпы) с первых суток являлась тяжелая ожоговая травма (ИФ свыше 90 ед.) и язвенная болезнь в анамнезе, а также признаки желудочно-кишечного кровотечения: при отсутствии указанных показаний антацидная терапия проводилась перорально (блокаторы H₂-гистаминовых или m1-холинорецепторов). У всех больных антацидную терапию продолжали до окончания клинических признаков синдрома системного воспалительного ответа. У 94% больных терапия антацидными препаратами была эффективна в профилактике массивных кровотечений. Схема органопротекторной терапии включала также антацидные или комбинированные защитные препараты (альмагель, маалокс, вентер).

В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось у 16 больных без применения антацидных препаратов, и у 3 больных (основная группа), получивших комплексную терапию. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 17 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 15 из 17 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. Двое больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения.

Летальный исход был в 8 (7,6%) случаях, из них в основной группе - 2 (4,0%), а в контрольной - 6 (10,9%).

Выводы.

Ожоговая болезнь является показанием для профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта с возможными перфорациями и кровотечением. Эндоскопическая остановка при развитии массивного кровотечения у обожженных является патогенетически обоснованным методом выбора на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

При невозможности или неэффективности остановки кровотечения эндоскопическим методом следует производить лапаротомию с гастро- или дуоденотомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве, а при перфорации острой язвы - ее ушивание, поскольку язвы у обожженных являются острыми и не приводят к развитию язвенной болезни, а гиперхлоргидрия носит временный стимулированный характер и по окончании острого периода ожоговой болезни желудочная секреция переходит в исходное состояние.

Бабаджанов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Ургенч, Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПЕ У ДЕТЕЙ

Лечению боли в хирургии уделяется большое внимание, так как это основная причина страдания пациентов в послеоперационном периоде. Снижение потребности в опиатах для купирования болевого синдрома является критерием эффективности проводимого обезболивания.

Цель исследования. Оптимизация интра- и послеоперационного обезболивания при корригирующих операциях на стопе у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено 542 операции на стопе у детей в возрасте от 8 мес. до 17 лет. Всем проводилась комбинированная анестезия - блокада стопы из стандартного доступа (большеберцового, малоберцового, икроножного нервов, внутреннего кожного нерва) и внутривенная (пропофол) или ингаляционная (севофлюран) анестезия, поскольку у пациентов детского возраста необходимо исключение сознания во

время выполнения регионарной анестезии и оперативного вмешательства. Премедикация (в палате) - кетамин (2 мг/кг) + мидазолам (0,4 мг/кг). Этим обеспечивались седация и достаточный анальгетический эффект для венозного доступа. У детей старше 5 лет использовался только мидазолам. Для регионарной блокады использовали 0,25% р-р наропина в общей дозе до 2 мг/кг массы тела. После операции проводилась мультимодальная анальгезия (НПВС + парацетамол + трамадол) в возрастных дозировках.

Результаты исследования. Во всех случаях отмечены снижение общей дозировки анестетиков, быстрое пробуждение, отсутствие ПОТР. Первые умеренные болевые ощущения появлялись через 4-5 часов и не превышали 3-х баллов по ВАШ. Использование упреждающей анальгезии и мультимодального подхода позволили ограничиться назначением трамадола в 538 случаях (99,3%). Однократное введение промедола потребовалось у 4 пациентов (0,7%).

Выводы.

1. Методика позволяет снизить дозировку анестетиков во время операции, свести к минимуму токсическое действие препаратов на организм ребенка, обеспечить быстрое пробуждение и сократить частоту ПОТР.

2. Новый подход снижает интенсивность послеоперационной боли, минимизирует применение наркотических анальгетиков, создает благоприятное психоэмоциональное состояние, способствует ранней активизации и реабилитации пациентов.

Бабаджанов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Ургенч, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОДСЛИЗИСТОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ СПЛЕТЕНИЙ

Актуальность проблемы. Заболевание «геморрой» является проблемной патологией в хирургии, о чем свидетельствует появление разных методик лечения, как результат технологического прогресса в медицине. Заболеваемость составляет 118-120 человек на 1000 населения (Ю.М. Стойко с соавт., 2008 г.). По отдельным данным, распространенность патологии достигает 15% (А.А. Крячко с соавт., 2005 г.).

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных геморроем путем применения подслизистого лигирования геморроидальных сплетений.

Материалы и методы исследования. Научному анализу подвергнуты материалы историй болезни 80 больных с хроническим смешанным геморроем, находившихся на лечении в период с 2012 по 2015 гг.

Пациенты разделены на 3 группы в зависимости от особенностей метода хирургического лечения:

1-я основная группа (20 человек) - во время операции применено подслизистое лигирование геморроидальных сплетений;

2-я основная группа (30 человек) - после геморроидэктомии выполнено ушивание ран модифицированным способом;

3-я группа сравнения (30 человек) - геморроидэктомия осуществлена по методике Миллигана-Моргана. Клинические исследования носили проспективный характер.

Результаты исследования. Подслизистого лигирования геморроидальных сплетений применена у 20 пациентов 1-й основной группы с их информированного согласия. У большинства больных выполнено подслизистое лигирование одного внутреннего геморроидального узла ($p < 0,05$). Достоверно чаще лигирован геморроидальный узел на 7 ч.у.ц. Из трех типично расположенных групп геморроидальных узлов он оказался наиболее удобным для лигирования.

Выводы.

Приоритетный метод подслизистого лигирования позволяет устранить геморроидальный узел как сосудистую структуру, способствует уменьшению ширины формирующегося

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

соединительнотканного рубца в подслизистом слое, на 4 дня ускоряет нормализацию акта дефекации и снижает частоту рефлекторных нарушений мочеиспускания в послеоперационном периоде, улучшает отдаленные результаты лечения (в сравнении с изученными методами геморроидэктомии, $p < 0,01$).

Бакирова Х.К.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

В развитых странах расстройством дефекации страдают 30-50% взрослого трудоспособного населения, а в возрасте старше 60 лет количество страдающих запорами различной степени выраженности доходит до 60%. Некоторые авторы оценивают частоту запоров среди всего детского населения в 5-10%. Диагностика и лечение хронических запоров является актуальной проблемой медицины в связи со значительной распространенностью этой патологии, как среди взрослых, так и среди детей. До настоящего времени запор является довольно неопределенным термином, которому разные врачи и тем более больные дают различное толкование.

Особенно трудно определить степень и тяжесть запора в детской практике, когда информацию врач получает не непосредственно от пациента, а от его родителей, которые не всегда могут объективно оценить и передать жалобы ребенка. И хотя ясно, что запор - это патологическое изменение интервалов между актами дефекации, однако вопрос о том, какие интервалы между актами дефекации следует считать нормальными, однозначно не решен до настоящего времени. В отличие от взрослых, у которых в первую очередь учитывают длительность акта дефекации, у детей основное значение придается увеличению интервалов между дефекациями.

В разном возрасте частота стула у детей различна. Количество опорожнений новорожденного обычно совпадает с числом кормлений ребенка. При исследовании новорожденных и грудных младенцев в возрасте от 2 до 20 недель, половина которых находилась на грудном вскармливании, а другая половина на искусственном, было выявлено, что 93% детей имели частоту стула от 1 до 7 раз в день. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, имели большую частоту стула, но к 16 неделям разница между двумя группами исчезала, и количество дефекаций составило 2 раза в день.

Вывод.

Запор считается распространенным, трудно поддающимся лечению заболеванием современности, требующего дальнейшего изучения методов лечения и диагностики.

Барашова Л.П., Бурков А.Н.

ООО Медицинский центр «Медлайн»
г.Кемерово, Россия

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Актуальность исследования. Хроническая анальная трещина - распространенное проктологическое заболевание, которое зачастую тяжело поддается консервативной терапии. Один из наиболее эффективных методов лечения - иссечение анальной трещины. Однако данный вид лечения несет в себе множество негативных моментов: наличие интенсивного болевого синдрома в послеоперационном периоде, возможность рецидива при развитии рубцовой трансформации ткани.

Материалы и методы исследования. В медицинском центре «Медлайн» г.Кемерово мы проанализировали лечение 139 пациентов, имеющих острые и хронические трещины.

Все пациенты были разделены на две группы. У пациентов 1 группы 68 (48%)

была диагностирована острая анальная трещина. У пациентов 2 группы 71 (51%) диагностирована хроническая анальная трещина. Все пациенты получали стандартную консервативную терапию в виде свечей, мазей, физиолечения. В 1 группе трещины были полностью эпителизированы. Вторая группа пациентов была подразделена на 2 подгруппы:

- в первой подгруппе 30 пациентам (42%) были выполнены инъекции ботулотоксина типа А в дозе от 10 до 30 ЕД, также применялась стандартная консервативная терапия.

- во второй подгруппе 41 пациент (58%) - инъекции ботулотоксина типа А в дозе от 10 до 30 ЕД, также инъекции аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами и стандартная консервативная терапия. Инъекции аутоплазмы выполнялись 1 раз в 10-14 дней.

Полученные результаты. До начала терапии все пациенты испытывали боль при дефекации, наличие крови в стуле. При осмотре отмечался повышенный тонус сфинктера. После инъекции ботулотоксина типа А тонус сфинктера снижался до нормы, у большинства пациентов уходил болевой синдром. Пациенты, получающие только ботулотоксин типа А, имели более затяжной период эпителизации по сравнению с пациентами, получающими ботулотоксин типа А и аутоплазму. В группе с ботулотоксином типа А части пациентов - 10 человек (33%) - пришлось удалять трещины с использованием инфракрасной коагуляции. В группе, где использовался ботулотоксин типа А и аутоплазма у 39 пациентов (98%) произошла полная эпителизация трещины, у 2 пациентов (2%) была выполнена инфракрасная коагуляция.

Спустя 3-6 месяцев пациенты приглашались на профилактический осмотр. Рецидив трещины был выявлен у 5 пациентов (16%), получавших только ботулотоксин типа А. В подгруппе с использованием аутоплазмы рецидивов за указанный период не было выявлено.

Выводы.

Лечение хронических анальных трещин с использованием комбинированной терапии: консервативной терапии с инъекциями ботулотоксина типа А и инъекциями аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами - позволяют добиться стойкой эпителизации трещин без использования хирургического вмешательства.

Батискин С.А., Коваль О.А.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА НА ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Около половины ампутаций конечности приходится на больных с сахарным диабетом, в 85 % случаев этому предшествуют язвенные дефекты стоп; в 50-70 % случаев причиной ампутаций является гангрена; в 20-50% - наличие инфекции. В большинстве случаев ампутации выполняются при сочетании ишемии и инфекции. Исход операции и возможности послеоперационной реабилитации, в значительной мере, зависят от уровня усечения конечности.

Цель исследования. Изучить влияние поражения артерий нижних конечностей на выбор уровня ампутации конечности у больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Объект исследования - больные сахарным диабетом, которым выполнены «малые» ампутации конечности (на уровне стопы). В качестве первичных материалов исследования служили сведения базы данных «Клиника» обо всех больных, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии (ОСХ) ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2012 г., и сведения локальной базы данных ОСХ, в том числе содержащей информацию об ампутациях нижних конечностей на уровне стопы. По данным дуплексного сканирования определены уровни стено-окклюзирующих поражений артерий нижних конечностей.

В отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России с 1 января

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

2012 г. по 31 декабря 2012 г. выполнено 23 «малых» ампутаций конечностей. Заживление раны у этой группы пациентов наступило первичным натяжением. Ампутация одного или двух пальцев стопы выполнена у 16 (69,6%) больных, у 6 (26,1%) пациентов - на уровне плюсневых костей. В одном случае (4,3%) ампутация пальцев стопы не проводилась, выполнена только резекция головок 2, 3 плюсневых костей с головками проксимальных фаланг пальцев стопы. По уровню поражения артерий нижних конечностей у 10 (43,5%) пациентов отмечалась окклюзия поверхностно-бедренной артерии. Окклюзия берцовых артерий выявлена также у 10 (43,5%) больных. Окклюзия одной из берцовых артерий выявлена у 2 (8,7%) пациентов. И только один (4,3%) больной оперирован без поражения периферического артериального русла.

Таким образом, независимо от уровня поражения периферического артериального русла, заживление ран после выполнения малых ампутаций наступило первичным натяжением, что свидетельствует о возможной ошибке в случае принятия решения о выполнении первичной ампутации голени или бедра пациентам с сахарным диабетом при гнойно-некротических изменениях на стопе.

Беглова А.Ю., Елгина С.И.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ФЕРТИЛЬНОСТЬ И СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

СПКЯ является актуальной проблемой гинекологии и эндокринологии. Несмотря на медико-социальную значимость заболевания, состояние овариального резерва у женщин с СПКЯ изучено недостаточно. СПКЯ четко ассоциирован со снижением фертильности - типичными клиническими симптомами заболевания являются олигоовуляция и бесплодие.

Целью исследования явилось определить овариальный резерв у женщин с СПКЯ в зависимости от фенотипа.

Ретроспективно проанализированы истории болезни 60 женщин, находившиеся на амбулаторном наблюдении в ГАУЗ КО «КП N 5» г. Кемерово. I группу составили 30 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ. II группу - 30 женщин репродуктивного возраста без СПКЯ. Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев клинического протокола «СПКЯ в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению)» (г. Москва, 2015 г.).

В результате обследования наиболее часто встречаемый фенотип у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ - основной, который встречался у 16 (53,3%) женщин. Другие фенотипы диагностировались гораздо реже.

Средний возраст пациентки с основным фенотипом $26,7 \pm 3,9$ года. По результатам исследования уровень АМГ составил $7,2 \pm 0,7$ нг/мл, что соответствовало высокому уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 8,1 до 16,2 см³, и был больше, чем у женщин без СПКЯ ($7,3 \pm 1,5$ см³). Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $12,1 \pm 1,3$ (от 10 до 14), что так же было больше, чем у женщин без СПКЯ ($6,0 \pm 1,8$ см³).

Средний возраст пациенток с овуляторным фенотипом $24,4 \pm 5,0$ года. Уровень АМГ составил $5,7 \pm 1,4$ нг/мл, что соответствовало нормальному уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 10,8 до 13,6 см³ и был больше, чем у женщин без СПКЯ. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $12,0 \pm 2,8$ (от 10 до 14), что так же было больше, чем у женщин без СПКЯ.

Средний возраст пациенток с неандрогенным фенотипом $26,6 \pm 4,7$ года. Уровень АМГ составил $6,3 \pm 0,8$ нг/мл, что соответствовало нормальному уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 11,3 до 16,0 см³ и был больше, чем у женщин без СПКЯ. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $8,8 \pm 1,0$ (от 11 до 12), что так же было больше, чем у женщин без СПКЯ.

Средний возраст пациенток с ановуляторным фенотипом $22,6 \pm 2,2$ года. Уровень

АМГ составил $7,0 \pm 0,6$ нг/мл, что соответствовало высокому уровню. Объем каждого яичника находился в пределах от 7,4 до 9,1 см³, и был больше, чем у женщин без СПКЯ, но соответствовал норме. Среднее количество антральных фолликулов в яичнике было $8,5 \pm 1,2$ (от 8 до 10) и статистически незначимо отличалось от группы контроля.

Таким образом, изучение показателей овариального резерва у пациенток репродуктивного возраста с СПКЯ является перспективным направлением, что позволит более точно определить репродуктивный потенциал женщины и повлиять на выбор тактики лечения для восстановления фертильности. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения уровня АМГ у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в качестве дополнительного диагностического критерия для постановки диагноза.

Беляев М.К., Федоров К.К., Мочалов С.В., Беляев А.М.

Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии
Новокузнецкий ГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РАМНПО Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

С 2001 по 2017 гг. в клинику детской хирургии поступили 58 больных с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов (17 девочек и 41 мальчик). По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: падение с высоты - 31, прямой удар в живот - 11, падение с велосипеда - 7, автодорожная травма - 9. Все пациенты поступили с признаками шока разной степени выраженности. Всем пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия.

У 32 больных вмешательство было ограничено аспирацией крови и постановкой страховочного дренажа, поскольку отсутствовали признаки продолжающегося кровотечения, несмотря на значительный гемоперитонеум (400-1000 мл) к моменту исследования. Этим пациентам проводилась противошоковая, гемостатическая терапия. Последующий УЗИ контроль позволил проследить динамику восстановления паренхимы селезенки при консервативном ведении. Выяснено, что полное заживление повреждения происходит в сроки от 3-х до 4-х недель.

20 пациентов были подвергнуты лапаротомии, в связи с большим объемом гемоперитонеума (более 1000 мл). Однако анализ этих наблюдений показал, что у 12 больных из них к моменту вмешательства уже наступил спонтанный гемостаз. Только в 8 случаях, при множественных повреждениях селезенки и продолжающемся кровотечении, была выполнена вынужденная спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в сальник.

У 6 больных диагностика и лечение повреждений контролировалось только УЗИ. Анализ литературных данных и собственный клинический опыт в последние десятилетия позволили нам пересмотреть свое отношение к абдоминальной травме и разработать новую тактику в отношении пострадавших больных. Алгоритм действий хирурга при таких повреждениях представляется следующим образом:

- оценка клинических и лабораторных признаков повреждений паренхиматозных органов;
- УЗИ, визуализация повреждений паренхиматозных органов, оценка наличия и величины гемоперитонеума;
- при наличии небольшого количества жидкости (крови) в свободной брюшной полости по данным УЗИ, удовлетворительных показателях гемодинамики и лабораторных данных - динамическое наблюдение, консервативная терапия, динамический УЗИ - контроль;
- при наличии большого количества крови, клинических признаках внутрибрюшного кровотечения - выполнение диагностической лапароскопии;
- визуализация во время лапароскопии повреждений паренхиматозных органов, оценка признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения;
- при отсутствии продолжающегося кровотечения - аспирация крови, установка страховочного дренажа; в последующем интенсивная гемостатическая терапия, динамический

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

УЗИ - контроль;

- при наличии признаков продолжающегося кровотечения - оценка его степени, попытка эндоскопического гемостаза;

- при отсутствии признаков удовлетворительного гемостаза - лапаротомия.

Такой подход по нашему мнению позволил значительно сократить число неоправданных оперативных вмешательств у пациентов с абдоминальной травмой.

Болотова С.Н., Захаров И.С., Демьянова Т.Н., Фетищева Л.Е., Петрич Л.Н. Додонова Г.Х., Павленко В.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи
им. М.А. Подгорбунского»
г.Кемерово, Россия

ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН - НЕРЕШЁННАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ

Учитывая увеличение среднего популяционного возраста населения, в последнее время отмечается рост частоты пролапса гениталий. По данным различных авторов до 53% женщин в той или иной степени имеют опущение или выпадения тазовых органов (Пушкарь Д.Ю., 2016г.). Принято выделять четыре группы факторов (Bump R.C., 1998г.):

- предрасполагающие,
- иницирующие,
- содействующие,
- декомпенсирующие.

Важное место при лечении пролапса гениталий занимает хирургическое восстановление анатомии и функциональных способностей тазовых органов. В то же время, несмотря на существенные достижения в области оперативной гинекологии, остается открытым вопрос, касающийся выбора хирургического метода. Также является нерешенной проблема прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений. Ежегодно в мире при проведении операций, корректирующих несостоятельность тазового дна, возникает более 5000 осложнений. По данным литературы, риск послеоперационных рецидивов в зависимости от метода и объема интервенции может достигать 43%.

Среди возможностей хирургического лечения существует выбор между операциями с использованием собственных тканей и применением сетчатых материалов. И первый и второй варианты обладают как достоинствами, так и недостатками. Бессетчатая коррекция уже давно себя зарекомендовала и исторически доминирует среди проводимых операций. В то же время использование данного вида хирургического вмешательства ассоциировано с рецидивами пролапса. Другой подход связан с применением сетчатых материалов, что с одной стороны снижает вероятность рецидивирования несостоятельности тазового дна, с другой - повышает частоту послеоперационных mesh-осложнений.

Согласно классификации, предложенной экспертами Международной ассоциации урогинекологов (International Urogynecological Association, IUGA), выделяют локальные, связанные с окружающими органами и системные осложнения. При описании mesh-осложнений используют деление по категориям (С - Category), времени возникновения (Т - Time) и локализации (S - Site).

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) в 2011 году выпустило информационное письмо, в котором имеется тезис о том, что в большинстве случаев пролапс тазовых органов можно успешно лечить без использования сетчатых материалов, тем самым, избегая, риска mesh-ассоциированных осложнений. Высказано мнение о необходимости использования сеток лишь после взвешенной оценки рисков и преимуществ, рассматривая возможность выполнения бессетчатых операций.

Таким образом, пролапс тазовых органов остается важной проблемой современной

урогинекологии, инициируя продолжение поиска методов прогнозирования и профилактики осложнений, связанных с хирургической коррекцией данной патологии.

Необходим индивидуальный подход при составлении плана лечения опущения и выпадения тазовых органов в зависимости от возраста, конституциональных особенностей, наличия факторов, приведших к формированию пролапса. Кроме того, имеет важное значение рассмотрение вопросов реабилитации после выполненного хирургического лечения с целью снижения вероятности послеоперационных осложнений и рецидивов.

Гаврилов А.В., Шерман С.В., Галятина Е.А., Булдаков В.Ф., Гусева Г.Н.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Актуальность исследования. Врожденные кисты и свищи шеи относятся к образованиям, возникающим в результате аномалий развития в эмбриональном периоде жаберного аппарата, его производных и щитовидной железы. Врожденная киста и свищ шеи отмечается у 1-1,5% больных, которые находятся под наблюдением в детских хирургических отделениях и до 6% в специализированных стационарах лицевой хирургии. Основным осложнением врожденных свищей и кист является нагноение.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости врожденными кистами и свищами шеи. Определить оптимальные сроки оперативного лечения и оценить количество рецидивов данного заболевания.

Пациенты и методы. В исследование включены пациенты ДХО ГАУЗ ОКЦОЗШ, пролеченные в период с 2009-2016 гг. с диагнозами: боковой свищ шеи, срединная киста (свищ) шеи.

Результаты исследования. В период с 2009 по 2016 годы в отделении детской хирургии нашего центра было пролечено 22 ребенка с врожденными свищами и кистами шеи. Что составило 0,7% больных, которые находились на плановом лечении в детском хирургическом отделении.

Боковые свищи и кисты наблюдались одинаково часто со срединной кистой (свищом). Бронхиальные и тиреоглоссальные свищи и кисты, в нашем случае распределились поровну (по 11 случаев).

Мальчиков с данной патологией было больше, что составило около 65% (абс. 15:7). Средний возраст пациентов - 4 года 8 мес.

Лечение - полное иссечение кисты с капсулой или свищевого хода, при отсутствии воспаления. При выделении эмбрионального протока срединного свища, проводили резекцию подъязычной кости, свищ перевязывали у основания. Мы наблюдали один рецидив срединного свища на ранних этапах оперативной практики, когда не проводилась резекция средней части подъязычной кости и свищевой ход пересекался непосредственно перед ней.

Мы отмечали два случая нагноения врожденных кист. Дети госпитализировались в экстренном порядке. Лечение заключалось во вскрытии и дренировании гнойника, антибактериальной терапии до купирования гнойно-воспалительного процесса. Полное иссечение свища проводилось в плановом порядке, в «холодном» периоде. Рецидивов свища не наблюдалось.

Выводы.

1. Врожденные кисты и свищи шеи - относительно редкая патология.
2. Оптимальный возраст для планового оперативного лечения с 3-х лет.
3. Ранняя выявляемость опухолевидного образования или свища, приводит к более успешному исходу операции, сокращает сроки заживления и снижает риск развития рецидива.

Галятина Е.А., Шерман С.В., Гаврилов А.В., Булдаков В.Ф., Гусева Г.Н.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НА ФОНЕ НЕЗАВЕРШЕННОГО ПОВОРОТА КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Острый аппендицит у детей - распространенное заболевание брюшной полости, требующее неотложного оперативного вмешательства. В последние годы частота заболевания постепенно нарастает, достигая пика в возрасте 9-12 лет. В детском возрасте аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, наблюдаются значительно чаще, чем у взрослых. Клинические проявления острого аппендицита у детей переменны и во многом зависят от реактивности организма, анатомического положения червеобразного отростка и возраста ребенка. Атипичное расположение червеобразного отростка встречается в 10-17% случаев. При незавершенном повороте кишечника, в зависимости от его степени, слепая кишка с аппендиксом располагается выше подвздошной ямки - в мезогастрии, правом подреберье, реже в эпигастрии. Незавершенный поворот кишечника у детей старшего возраста является редкой патологией. Диагностика в связи с неспецифичностью симптомов заболевания сильно затруднена.

Цель исследования. Показать на клиническом примере результат диагностики и лечения острого аппендицита на фоне незавершенного поворота кишечника у ребенка.

Материалы и методы исследования. Представляем случай лечения ребенка 6 лет, который находился в детском хирургическом отделении ГАУЗ КО ОКЦОЗШ в мае 2017 г. В анамнезе: болен в течении 12 часов. В начале заболевания боль в животе, нелокализованная, тошнота, многократная рвота (до 10-12 раз), недомогание. Ночью спал беспокойно. Утром следующего дня боли в животе усилились, постоянного характера, преимущественно в нижних отделах, тошнота. Отмечался стул - со слов мамы, оформленный.

При осмотре, общее состояние средней степени тяжести за счет болевого абдоминального синдрома, интоксикационного синдрома. Т-36,0°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, сухие, бледно-розовые. Язык сухой, обложен белым налетом. ЧД - 20 в мин. ЧСС - 108 уд/мин. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в левой подвздошной области, в околопупочной области, над лоном. Активное напряжение передней брюшной стенки в нижних отделах брюшной полости. Печень у края реберной дуги справа, при пальпации безболезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный над лоном. Патологические образования в брюшной полости не определяются.

При ректальном осмотре: ампула прямой кишки пуста, болезненности стенок прямой кишки нет. У данного пациента отмечалась гуморальная активность в анализах крови. На обзорной рентгенограмме грудной клетки и брюшной полости: расположение сердечной тени слева, инфильтративных изменений легочной ткани нет, газовый пузырь желудка расположен типично, признаков кишечной непроходимости нет.

После проведенной инфузионной терапии, выполнена диагностическая видеолaparоскопия - при осмотре выпот мутный, светлый, в малом тазу. Печень, желчный пузырь, селезенка расположены типично. В правой половине, а также в центре брюшной полости расположены петли тонкой кишки. В правом боковом канале купола слепой кишки нет. При дальнейшей ревизии, слева находится вся ободочная кишка, отделы которой трудно дифференцировать. Купол слепой кишки расположен в левом боковом канале, выше подвздошной ямки. Червеобразный отросток расположен латерально от купола слепой кишки, фиксирован спайками, выведение отростка затруднено, верхушка отростка утолщена, плотная, гиперемированная, с фибрином. Учитывая анатомические особенности, технические трудности, выполнена конверсия с переходом на доступ Волковича-Дьяконова слева, аппендэктомия с погружением неперевязанной культи в кيسетный и Z-образный швы. Течение послеоперационного периода без особенностей. Срок лечения в стационаре

составил 7 дней.

В послеоперационном периоде, при проведении рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта с сульфатом бария выявлено правостороннее расположение тонкой кишки. При ирригографии - расположение толстой кишки в левых отделах живота, «укорочение» поперечно-ободочной кишки, высокое стояние купола слепой кишки.

Выводы.

Острый аппендицит на фоне незавершенного поворота кишечника трудно диагностируемое заболевания вследствие атипичного течения. Информативным инструментальным методом является видеолапароскопия, которая позволяет выявить данное заболевание и дает возможность определить дальнейшую тактику лечения, своевременно провести хирургическое вмешательство, избежать возможных осложнений.

**Галятина Е.А., Шерман С.В., Гаврилов А.В., Шакурин С.В., Булдаков В.Ф.
Гусева Г.Н.**

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПЕРЕКРУТОВ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ

Перекрут большого сальника - редкое полиэтиологическое заболевание у детей. По литературным данным, частота встречаемости в 0,01-0,3% у больных, оперированных на органах брюшной полости по экстренным показаниям. У детей чаще встречается в возрасте 9-16 лет, как правило, это первичный и частичный перекрут сальника в области свободного края. К факторам риска возникновения перекрута большого сальника у детей относят ожирение. Провоцирующими факторами могут быть физические нагрузки, абдоминальная травма, усиленная перистальтика кишечника. Диагностика данного заболевания очень трудна, диагноз, как правило, устанавливается во время оперативного вмешательства.

Цель исследования. Анализ собственных клинических наблюдений детей с первичными перекрутами большого сальника.

Материалы и методы исследования. С 2000 по 2017 гг. на лечении в детском хирургическом отделении ГАУЗКО ОКЦ ОЗШ находилось 3 детей с первичным перекрутом большого сальника. Возраст 8-12 лет. Девочек - 2, мальчик - 1. Дети были госпитализированы по экстренным показаниям, с подозрением на острый аппендицит в сроки от 12 до 48 часов от начала заболевания. При сборе анамнеза, ни у одного ребенка, не было выявлено ни каких провоцирующих факторов. В клинической картине преобладал болевой абдоминальный синдром, различной степени интенсивности. В начале заболевания, у 2-х детей, боли приступообразные, в последующем с переходом в постоянные, неинтенсивные, с преимущественной локализацией в правой подвздошной области. У одного ребенка, боли изначально имели постоянный характер, с нарастанием интенсивности в процессе заболевания, с локализацией в околопупочной области. Рвота отмечалась - у 2-х пациентов, многократная. Повышения температуры тела у данных пациентов не отмечалось.

При поступлении у всех пациентов отмечалась болезненность при пальпации правой подвздошной области, в околопупочной области. Объемные образования в брюшной полости не определялись. Только у одного пациента, с давностью заболевания 48 часов, было выявлено локальное напряжение передней брюшной стенки в правой подвздошной области, и положительные перитонеальные симптомы в нижних отделах живота. У данного пациента отмечалась гуморальная активность в анализах крови. У 2-х пациентов - изменений в анализах крови не было. Все дети были оперированы. При лапароскопии, во всех наблюдениях в брюшной полости выявлен выпот геморрагического характера, преимущественно в малом тазу и частично в правом боковом канале. Перекрученные фрагменты сальника располагались в правом боковом канале, перекрут на 360-720 градусов, четко определялась граница перекрута, перекрученные фрагменты имели размер от 5,0х3,0 см до 12,0х5,0 см, темно-багрового цвета, инфильтрированные, с тромбированными сосудами.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Лапароскопическая резекция перекрученной пряди большого сальника выполнена у 2-х пациентов. Конверсия с переходом на верхнюю срединную лапаротомию потребовалась у одного пациента. Послеоперационных осложнений не было. Сроки лечения в стационаре составили 7 дней. Гистологически были выявлены признаки нарушения кровообращения с развитием некроза.

Выводы.

Первичные перекруты большого сальника - редкая патология детского возраста, которая не имеет специфических клинических проявлений, диагностика крайне трудна. Информативным инструментальным методом является видеолапароскопия, которая позволяет выявить данное заболевание и дает возможность определить дальнейшую тактику лечения, отказавшись в некоторых случаях от выполнения срединной лапаротомии.

Елгина С.И., Никулина Е.Н.

ФГОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

«ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ СЛЕД» В СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ

В период внутриутробного развития формируется основа репродуктивного здоровья и, часто - нездоровья человека. «Перинатальный след» патологии репродуктивной системы имеет место, по-видимому, гораздо чаще, чем мы себе представляем. Это связано с тем, что реализация патологии носит отсроченный характер - в период полового созревания или даже позднее.

Целью исследования явилось изучение основных показателей репродуктивной системы девушек-подростков, рожденных недоношенными. За основные критерии состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков приняты: соматическое здоровье, физическое, половое развитие, менструальная функция, размеры таза, гинекологические заболевания. Проведен сравнительный анализ в параллельных группах 200 девушек-подростков 15-16 лет (100 девушек-подростков, рожденных недоношенными в сроке беременности от ≈ 32 до ≤ 36 недели и 100 девушек-подростков, рожденных доношенными). Исследование проводилось с информированного согласия девушек-подростков на базе ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница», г.Кемерово.

Соматическое здоровье девочек-подростков, рожденных недоношенными и доношенными, не имело статистически значимых различий по основным заболеваниям: мочевыделительной, дыхательной, пищеварительной, эндокринной и нервной систем. Однако девочки-подростки, рожденные недоношенными, чаще имели пролапс митрального клапана ($p=0,0025$), сколиоз ($p=0,0440$) и миопию ($p=0,0000$). Антропометрические показатели девушек-подростков, рожденных недоношенными и доношенными, не имели статистически значимых различий (рост 160,0 см [156,0-163,0] и 160,0 см [156,0-163,0], ($p=0,7766$); вес 56,0 кг [56,0-60,0] и 56,0 кг [52,0-58,5] ($p=0,7507$), соответственно). Возраст начала менархе у девушек-подростков, рожденных недоношенными и доношенными, не имел статистически значимых различий $12,6 \pm 0,15$ и $12,47 \pm 0,06$, соответственно ($p=0,9201$). Однако девушки-подростки, рожденные недоношенными чаще имели нерегулярный ($p=0,0000$) и пролонгированный (более 35 дней) менструальный цикл ($p=0,0033$), продолжительность менструации более 7 дней ($p=0,0000$), дисменорею ($p=0,0002$). Половая формула у девушек-подростков, рожденных недоношенными, соответствовала Ma_2, P_3, Ax_3, Me_2 ; девушек-подростков, рожденных доношенными - Ma_3, P_3, Ax_3, Me_3 . Статистически значимые различия были для развития молочных желез ($p=0,0041$) и менструальной функции ($p=0,0015$). Размеры таза девушек-подростков, рожденных недоношенными и доношенными, имели статистически значимые различия по всем поперечным размерам [d. spinarum 22,0 см [21,0-22,0] и 23,0 см [22,0-23,0], ($p=0,0000$); d. cristarum 24,0 см [23,0-25,0] и 26,0 см [26,0-27,0], ($p=0,0000$); d. trochanterica 27,0 см [26,0-28,0] и 28,0 см [27,0-29,0] ($p=0,0000$); c. externa 18,0 см [17,0-19,0] и 18,0 см [17,0-18,0], ($p=0,3032$), соответственно).

Гинекологические заболевания статистически чаще встречались у девушек-подростков, рожденных недоношенными ($p=0,0085$). Среди гинекологических заболеваний преобладали воспалительные процессы - вагиниты ($p=0,0031$).

Таким образом, нами установлены статистически значимые различия основных показателей, характеризующих репродуктивное здоровье девочек-подростков, рожденных недоношенными, по отношению к сверстницам, рожденным доношенными. Девочки-подростки, рожденные недоношенными, чаще имели соматические заболевания, которые относят к маркерам дисплазии соединительной ткани (пролапс митрального клапана, сколиоз, миопию), нерегулярный и пролонгированный менструальный цикл, дисменорею, воспалительные заболевания, тенденцию к формированию поперечно-суженного таза.

Елгина С.И., Бурова О.С., Малиновский В.А., Золоторевская О.С.
ФГОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» МЗ России
ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника N 20»
г. Кемерово, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ОФИСНОЙ ГЕСТРОСКОПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Применение офисной гастроскопии в современной гинекологической практике позволяет в амбулаторных условиях осуществить панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования офисной гастроскопии в диагностике внутриматочной патологии на амбулаторном этапе обследования.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 165 женщин, обратившихся в женскую консультацию ГБУЗ КО КГКП N 20. В основную группу (I) включены 84 пациентки, которым проводилась офисная гастроскопия и мануальная вакуумная аспирация эндометрия, в группу сравнения (II) - 81 пациентка, которым выполнена только мануальная вакуумная аспирация эндометрия.

Средний возраст пациенток I группы составил $45 \pm 9,8$ лет. Показаниями к офисной гастроскопии являлись УЗИ-признаки: полипа эндометрия - в 40,4%, гиперплазии эндометрия - в 33,3%, миомы матки - в 11,9%, миомы матки в сочетании с аденомиозом - в 4,8%, гиперплазии в сочетании с полипом эндометрия - в 3,6% случаях. По результатам гистологического исследования у 23 пациенток (26,8%) патологии эндометрия не обнаружено. Гиперплазия эндометрия выявлена - у 8,3% женщин, полип эндометрия - у 9,5%, внутриматочные синехии - у 19,0%. Подтверждение деформации полости матки миоматозными узлами составило 100,0%. Установлена высокая чувствительность (86,2%) и специфичность (84,4%) офисной гастроскопии.

Средний возраст пациенток II группы - $41 \pm 9,4$ год. Показаниями к мануальной вакуумной аспирации эндометрия без гастроскопии были наличие гиперпластических процессов эндометрия - в 42,0% случаях, оценка состояния эндометрия при наличии миомы матки перед оперативным лечением - в 22,0%. По результатам гистологического исследования у 63 пациенток (77,8%) патологии эндометрия не обнаружено, гиперплазия выявлена у 7,4% женщин, полип эндометрия - у 11,1%. Получить дополнительные данные о состоянии полости матки без визуализации не представилось возможным.

Таким образом, офисная гастроскопия является высокоэффективным вмешательством для диагностики внутриматочной патологии, имеющий высокую чувствительность и специфичность. Методика офисной гастроскопии может успешно применяться в повседневной амбулаторной практике акушера-гинеколога.

Заикин С.И., Фролов П.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндоскопической резекции слизистой (ЭРС) при латерально распространяющихся опухолях (LST - Lateral spreading tumors) толстой кишки, определить независимые факторы риска развития осложнений при ЭРС для LST.

Материалы и методы исследования. С февраля 2010 г. по ноябрь 2015 г. у 197 пациентов в возрасте от 18 до 89 лет ($57,8 \pm 12,6$ лет) выполнено 208 ЭРС по поводу LST толстой кишки и в последующем проводилось эндоскопическое наблюдение в 3, 6, 12 и 24 месяца. Мужчин было 84 (43,3%), женщин - 113 (56,7%). Критерием включения в исследование была гистологически подтвержденная при щипцовой биопсии колоректальная аденома с низкой или высокой степенью дисплазии, более 10 мм в диаметре, с неполипозидным типом роста.

В исследование не вошли пациенты с гистологически верифицированным диагнозом аденокарциномы. Всем пациентам была выполнена тотальная хромоколоноскопия эндоскопом CF-H180L (Olympus, Япония) с использованием 0,5% раствора индигокармина. ЭРС для удаления новообразования включала: подслизистое введение 5% раствор глюкозы иглой NM 220L (Olympus, Япония), удаление петлей SD 16U 1 (Olympus, Япония) или авторским устройством (Патент РФ N 2308902, 2007 г.).

Результаты исследования. За один сеанс было удалено 208 LST. Из них LST-NG тип - 48 (23,1%), LST-G тип - 160 (76,9%). Размер LST: от 11 до 20 мм ($14,5 \pm 2,7$) - 154 (74,0%); более 20 мм ($28,7 \pm 5,5$) - 54 (26,0%). В слепой кишке находилась 41 (19,7%) LST, в восходящей ободочной кишке - 54 (26,0%), в поперечной ободочной кишке - 22 (10,6%), в нисходящей ободочной кишке - 15 (7,2%), в сигмовидной ободочной кишке - 55 (26,4%), в прямой кишке - 21 (10,1%). Гистологическое исследование выявило в 136 (65,4%) LST тубулярную аденому, в 36 (17,3%) - тубулярно-ворсинчатую аденому, в 13 (6,2%) - ворсинчатую аденому и в 23 (11,1%) - аденокарциному sm1. При ЭРС одним блоком удалено 184 (88,5%) LST, «по частям» - 24 (11,5%). Среди осложнений ЭРС было 5 (2,4%, n=208) случаев кровотечений, из них 3 случая при удалении опухоли «по частям» ($\chi^2=5,38$, $p=0,020$). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Случаев перфорации стенки кишки мы не наблюдали. Эндоскопический контроль проводился у 197 пациентов, среднее время наблюдения составило 25 ± 7 месяцев (от 3 до 36 месяцев). Рецидив опухоли отмечен в 12 (5,8%, n=208) случаях, в среднем через $7,2 \pm 4,8$ месяцев. Повторная эндоскопическая резекция слизистой оказалась успешной у 8 больных. При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером LST более 20 мм ($AUC=0,735$), LST-NG типом роста ($AUC=0,731$) и малигнизацией аденомы ($AUC=0,739$), в то время как кровотечение было связано с размером опухоли более 20 мм ($AUC=0,838$), резекцией ее «по частям» ($AUC=0,748$). С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером LST более 20 мм (ОШ: 8,212; 95% ДИ: 2,636 - 25,581; $p=0,0001$) и LST-NG типом роста (ОШ: 5,496; 95% ДИ: 1,840 - 16,414; $p=0,002$).

Выводы.

ЭРС при LST толстой кишки - эффективная и безопасная процедура с низким процентом осложнений и рецидивов. Размер опухолей более 20 мм и негранулярный тип роста являются независимыми факторами риска развития осложнений. При использовании метода ЭРС для удаления LST необходимо регулярное эндоскопическое наблюдение за пациентами для своевременного выявления и лечения рецидива опухоли.

Золоторевская О.С., Елгина С.И., Разумова В.А., Кратовский А.Ю.

ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника N 20»
ФГОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВА ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Жидкостная цитология шейки матки - это инновационный метод цитологического исследования, «золотой стандарт» диагностирования неоплазий слизистой оболочки канала и влагалищной части маточной шейки, который применяется при подозрении у пациентки на рак или дисплазию. Благодаря такому способу диагностики можно обнаружить рак на самых ранних стадиях развития, что увеличивает шансы на полное излечение. После забора мазка на онкоцитологию, биологический материал помещается в определенную жидкую среду. С помощью специальной центрифуги происходит «отмывание» клеток (цитопрепаратов), которые концентрируются в одном месте и образуют ровный слой, что делает заключение врача-цитолога более точным и информативным, нежели при обычной цитологии, когда материал, взятый для исследования, сразу же наносится на медицинское стекло для анализов.

В Кемеровской области, согласно приказу ДФЗН, жидкостная цитология применяется с 2016 года. В 2017 году вышли клинические рекомендации «Доброчкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака (протоколы диагностики и ведения больных)» (г. Москва, 2017 год), согласно которым, проведение скрининга на рак шейки матки возможно, как путем жидкостной цитологии, так и технологией ПАП-теста.

Цель исследования. Изучить преимущества жидкостной цитологии в сравнении с ПАП-тестом.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории болезни 46 женщин репродуктивного возраста обратившиеся в женскую консультацию в ГБУЗ КО «Клиническая поликлиника N 20» для планового осмотра. Всем женщинами выполнен цитологический скрининг путем как технологии ПАП-теста, так и жидкостной.

В соответствии с клиническими рекомендациями интерпретация ПАП-теста проведена в соответствии с классами: класс 1 - норма, класс 2 - воспалительный тип; класс 3 - дискареоз; класс 4 - клетки подозрительные на рак или карциному; класс 5 - рак.

Результаты жидкостной цитологии интерпретированы в соответствии с терминологической системой Бетесда: 1 - негативный в отношении интраэпителиального поражения и злокачественности; 2 - цитограмма в пределах нормы (воспалительный мазок); 3 - атипические клетки многослойного плоского или железистого эпителия неясного значения (ASC-US, AGC); 4 - низкая степень эпителиального плоскоклеточного поражения (L-SIL, легкая дисплазия, ВПЧ инфекция); 5 - высокая степень эпителиального плоскоклеточного поражения (H-SIL, умеренная, тяжелая дисплазия) или атипические железистые клетки (NOS); 6 - плоскоклеточный рак (Squamous cell carcinoma) или эндоцервикальная аденомакарцинома (AIS).

После получения результатов исследования для каждого скрининга определена чувствительность, специфичность и прогностическая ценность. Результаты исследования были обработаны с помощью Statistics Trial и Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 35 лет. При первом обращении гинекологически здоровыми было 6 (13,0%) женщин. Кольпит диагностирован у 13 (28,3%) женщин; цервицит - у 24 (52,2%); бесплодие - у 6 (13,0%); хронический аднексит - у 4 (8,7%); нарушение менструального цикла - у 3 (6,5%); миома матки - у 2 (4,3%); аденомиоз - у 2 (4,3%); синдром поликистозных яичников - у 1 (2,2%); киста яичника - у 1 (2,2%); пролапс гениталий - у 1 (2,2%). 10 женщин (43,5%) ранее в анамнезе имели эрозию шейки матки, двум из них проведена диатермокоагуляция шейки матки. Обследование на ВПЧ выявило наличие 16 типа у 6 (25,0%) женщин.

Результаты цитологического скрининга путем ПАП-теста показали: норму у 25 (54,3%) женщин; воспалительный тип - у 18 (39,1%). У 3 женщин забор материала был неадекватный. Результаты цитологического скрининга путем жидкостной цитологии показали: негативный результат - у 22 (47,8%) женщин; цитограмму в пределах нормы (воспалительный

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

мазок) - у 18 (39,1%); атипические клетки многослойного плоского эпителия неясного значения - у 5 (10,9%); низкую степень эпителиального плоскоклеточного поражения - у 1 (2,2%).

Чувствительность жидкостной цитологии составила 74,0%, в то время как ПАП-теста - 31,0%. Специфичность жидкостной цитологии оказалась ниже, чем Пап-теста (73,0% и 86,0%, соответственно). Прогностическая ценность положительного результата теста жидкостной цитологии была одинаковой с ПАП-тестом (86,0% и 85,0%, соответственно). Однако прогностическая ценность отрицательного результата теста жидкостной цитологии значительно выше, чем у ПАП-теста (55,0% и 33,0%, соответственно).

Анализируя полученные результаты можно сделать выводы, что жидкостная цитология позволяет с большей точностью вероятности дать положительный результат у женщин, у которых болезнь действительно существует, и в меньшей степени, у которых болезни нет. Вероятность наличия заболевания оба скрининга прогнозируют одинаково. Прогноз вероятности отсутствия заболевания у женщин с отрицательным результатом выше при обследовании путем жидкостной цитологии.

Таким образом, метод цитологического исследования - жидкостная цитология шейки матки позволяет получить наиболее точный результат исследования клеток на наличие, либо отсутствие патологии, высоко эффективна для выявления атипических и раковых клеток. Дополнительные преимущества жидкостной цитологии - быстрое приготовление препарата; продолжительный срок годности и хранения материала; возможность приготовления нескольких цитологических препаратов из полученного биоматериала; применение стандартизированных методик окрашивания.

Игишева Л.Н., Аникеенко А.А., Болгова И.В., Нохрин А.В., Сизова И.Н.

Первалова Н.В.

НИИ КПССЗ
КемГМУ МЗ РФ
МАУЗ ОДКБ N 5
г.Кемерово, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОТ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Цель исследования. Изучение клинических и инструментальных данных пациентов с аномальным отхождением левой коронарной артерии от легочной артерии для оптимизации диагностики и своевременной кардиохирургической коррекции.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 6 пациентов (1 мальчик и 5 девочек) в возрасте от 1,5 месяцев до 11 лет, четверо из которых были прооперированы в кардиохирургическом отделении НИИ КПССЗ г.Кемерово, 1 пациент (4-х месячная девочка в НИИ ПК г.Новосибирск), 1 пациент (4-х летняя девочка в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева), изучались лабораторные, клинические и инструментальные особенности пациентов до и после проведенного оперативного вмешательства, а так проведена оценка состояния здоровья детей по пособию «Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни», г.Москва, 2005 г.

Результаты и обсуждение. В трех случаях диагноз был верифицирован благодаря выявлению кардиомегалии при проведении УЗИ-скрининга детей до года на педиатрическом участке, что свидетельствует об эффективности данной диагностической технологии. Отмечалось увеличение полостей сердца и снижение сократительной способности миокарда левого желудочка (48-29%). В 3 случаях дети обратились с жалобами на одышку при физической нагрузке, плохую прибавку массы тела и получали лечение от 4 месяцев до 4 лет по поводу дилатационной кардиомиопатии. Особенностью течения заболевания было слабый ответ на лечение, признаки ишемии по данным ЭКГ покоя, параклинически отмечались высокие уровни тропонина. В качестве дополнительных методов исследования в трех случаях была проведена МСКТ, в остальных - кардиопульмонография. Всем детям была выполнена радикальная коррекция дефекта: реимплантация левой коронарной артерии в аорту с пластикой

ствола легочной артерии заплатой из аутоперикарда. В одном случае послеоперационный период протекал на фоне выраженной сердечной недостаточности, резистентной к терапии, что привело к летальному исходу. В двух случаях в послеоперационном периоде отмечалось скопление жидкости в полости перикарда, купированной на фоне медикаментозной терапии. У одного ребенка послеоперационный период осложнился сердечной недостаточностью, выраженным снижением сократительной способности миокарда ЛЖ с положительной динамикой на фоне интенсивной консервативной терапии. У двоих детей послеоперационный период протекал без особенностей. В отдаленном периоде до 4 лет состояние детей стабильное, повторных хирургических вмешательств не было. Ремоделирование миокарда в виде дилатации ЛЖ сохраняется у одного ребенка, нарушений ритма и проводимости не регистрируется при комплексной оценке состояния здоровья, у 4 детей отмечается умеренное отставание в физическом функционировании, у троих - небольшая задержка умственного развития, в то время как социальный и психо-эмоциональный статус не страдают.

Выводы.

Данный вид сердечно-сосудистой аномалии относится к числу редких болезней. Однако педиатру, детскому кардиологу, терапевту и кардиологу следует помнить об этом патологическом состоянии и включать его в круг дифференциальной диагностики у пациентов с кардиомегалией, признаках ишемии по ЭКГ, что позволит диагностировать порок, провести хирургическое лечение, спасти жизнь большинству пациентов и обеспечить им достойное качество жизни.

Казимова С.Б.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

ПРОБЛЕМЫ НАЛИЧИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Образование спаек это универсальная защитно-приспособительная реакция организма на раздражение брюшины. При спаечном процессе брюшины не всегда развивается спаечная кишечная непроходимость, в таких случаях основными проявлениями заболевания служат болевой синдром и диспепсия. Это связано с изменением функциональных возможностей кишечника при появлении дополнительных участков его фиксации. Спаечная болезнь берет начало в древности, когда при первых анатомических исследованиях было обнаружено наличие спаек в брюшной полости.

В настоящее время из-за увеличения количества и травматизма операций на органах брюшной полости преобладает спаечная болезнь брюшины после оперативного лечения и травм. После хирургических операций на органах брюшной полости спаечная болезнь брюшины развивается в 2-10% случаев, однако, по данным аутопсий, частота возникновения спаек в брюшной полости значительно выше. Есть данные и о более высокой частоте встречаемости спаек после абдоминальных операций - от 90 до 93%. Поскольку ни совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, ни появление новых эндохирurgicalических технологий не уменьшают частоту развития спаек, важным аспектом решения проблемы остается разработка комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Длительное существование спаек брюшины приводит к значительным патоморфологическим изменениям стенки кишки и фиксированных к ней органов.

Формирование спаечной болезни брюшины - тяжелое осложнение полостной хирургии, поскольку оно служит основной причиной кишечной непроходимости. Среди операций, приводящих впоследствии к спаечной непроходимости и спаечным внутрибрюшным сращениям, большинство авторов отмечают аппендэктомию - от 7 до 45%. Имеются литературные данные о том, что спайки брюшины, даже при отсутствии явлений кишечной непроходимости, оказывают отрицательное влияние на работу висцеральных органов. Многообразие клинических проявлений спаечной болезни брюшины не позволяет четко описать специфические симптомы, характерные для спаек брюшины. При всей полиморфности

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

клинических проявлений основным симптомокомплексом при спаечной болезни брюшины является болевой синдром различной выраженности и продолжительности, усиливающийся при физической нагрузке и погрешностях в диете, часто протекающий по типу спастических болей и проявляющийся на высоте пищеварения. Клиническое проявление спаек брюшины может оставаться и бессимптомным 12-15%.

Каттаханова Р.Ю.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь поражает от 5 до 15% взрослого населения и относится к наиболее распространенным заболеваниям. Язвенная болезнь поражает людей в наиболее активном творческом возрасте, часто становясь причиной временной, а нередко и стойкой утраты трудоспособности. Хотя язвенная болезнь считается заболеванием мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному фактору - *Helicobacter pilori*.

87% язвенной болезни желудка, 95% случаев язвенной болезни 12 перстной кишки связаны с инфицированием *Helicobacter pilori* (НР), этиологическая роль которого доказана и общепризнана.

Инфицированность НР среди взрослого населения высока. В Японии инфицированность взрослого населения в возрасте 30-40 лет составляет 61%, в странах Восточной Европы от 63 до 80%, в России - 72-95%, в Индии - 84%, на Украине - 70%. В развивающихся странах инфицированность НР значительно выше (до 90%). Исследования по определению инфицированности НР населения Ферганской долины до настоящего времени не проводились.

Исходя из этого, целью нашего исследования явилось выявление главных этиологических факторов в развитии язвенной болезни, и определение степени инфицированности населения Ферганской области хеликобактерной инфекцией, и применение эффективных методов лечения и профилактики данного заболевания.

Нами было обследовано 198 больных с язвенной болезнью желудка на наличие НР. Определение НР проводилось методом ИФА в диагностическом центре «Фаргона тиббий диагностика».

С целью определения инфицированности НР среди населения области было обследовано 60 здоровых добровольцев в возрасте от 17 до 45 лет. Инфицированность населения составила 79%.

Проведенные нами исследования подтверждают литературные данные и свидетельствуют о доминирующей роли инфекции (*Helicobacter pilori*) в развитии язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. У пациентов с язвенной болезнью желудка в 82%, а при язвенной болезни 12 перстной кишки в 93% случаев были определены высокий титр антител к *Helicobacter pilori*.

Наличие данной инфекции служит показанием к проведению эрадикации возбудителя. Всем больным была назначена следующая схема лечения. Амоксициллин 1 г 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + ингибитор протонного насоса - омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения составила 10 дней.

Проведение тройной терапии оказалось успешной у 90% больных. У них исчезли все клинические симптомы заболевания, и произошла полная эрадикация возбудителя. У 10% больных данная терапия оказалась неэффективной и им была назначена вторая схема лечения.

Ранитидина висмута цитрат 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + омепразол 20 мг 1 раз в сутки. Данная терапия оказалась эффективной. После проведения эрадикации возбудителя рецидивы инфекции наблюдаются редко.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что проведение эрадикации *Helicobacter pilori* является обязательным условием для эффективного лечения язвенной болезни.

Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Г.К.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
г.Новокузнецк, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ АМПУТАЦИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ

Рост заболеваемости атеросклерозом и сахарным диабетом определяет возрастающее число ампутаций конечности. При растущих числах реконструктивных операций и эндоваскулярных процедур при критической ишемии нижних конечностей, значительное количество ампутаций выполняется первично. По-прежнему, в большинстве случаев усечения конечности проводятся на уровне бедра. Одним из основополагающих факторов заживления раны культи голени является поражение сосудистого русла, которое при атеросклерозе носит многоуровневый характер, а при диабетической ангиопатии в большинстве случаев ограничено артериями ниже паховой складки.

Цель исследования. Сравнить результаты сохранения коленного сустава у больных с диабетической ангиопатией и атеросклерозом после первичных ампутаций голени.

Изучены все случаи первичных ампутаций конечности за период с 2003 по 2014 гг. Результаты ампутаций оценивали по уровню усечения конечности и сохранению коленного сустава в течение 12 месяцев после операции у больных с диабетической ангиопатией и атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей.

В отделении сосудистой хирургии за исследуемый период выполнено 205 первичных ампутаций голени. Пациентам с атеросклеротическим поражением выполнено 66 ампутаций голени без предшествующей артериальной реконструкции. В 41 (62,1%) случае критическая ишемия конечности (КИК) подтверждена данными ультразвуковой доплерометрии, у 25 (37,9%) пациентов показатели гемодинамики были выше критических, однако у них имелись обширные гнойно-некротические изменения тканей стопы и нижней трети голени. Реампутация конечности на уровне бедра у пациентов с КИК выполнена в 8 (19,5%) случаях, а у больных без КИК - в 4 (16,7%) случаях.

Ампутации конечности на уровне голени проведены у 139 больных с диабетической ангиопатией. В 109 случаях на фоне ишемии IV степени показатели регионарного систолического давления на берцовой артерии были выше критических или ближе к норме, в остальных случаях - критическими. Реампутации на уровне бедра в этой группе проведены у 7 (6,4%) пациентов. В 30 случаях КИК у больных с диабетической ангиопатией реампутация на уровне бедра выполнена 6 пациентам (20,0%).

Таким образом, у пациентов с диабетической ангиопатией количество проведенных ампутаций на уровне голени практически в три раза выше, чем при атеросклеротическом поражении артериального русла. Тем не менее, шансы сохранения коленного сустава идентичны в обеих группах, а вероятность усечения бедра у больных с диабетической ангиопатией и атеросклеротическим поражением сосудов при КИК сопоставимы, и составляют 19,5% и 20,0%, соответственно ($p \geq 0,05$).

Красильников Г.П., Горовой П.А.

Урологическое отделение КГКБ N 2
г.Кемерово, Россия

ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В России среди злокачественных новообразований на долю рака мочевого пузыря приходится 3%. Трансуретральная резекция признана «золотым» стандартом в лечении поверхностного РМП, однако, остается достаточно большое количество рецидивов (60-90%), выявляемых в ранние сроки после первой операции, что требует проведения химиотерапии доксирубицином.

Цель исследования. Оценить медико-социальную эффективность диспансеризации пациентов с опухолью мочевого пузыря.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный статистический анализ архивных данных пациентов с опухолью мочевого пузыря за период 1985-2015 гг. на базе урологического отделения МБУЗ ГКБ N 2. Диспансерное наблюдение пациентов с опухолью мочевого пузыря проводилось через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Возраст данной категории больных колебался от 35 до 88 лет, из них 399 мужчин и 202 женщины. Все больные были обследованы.

Основными методами являлись: цистоскопия, УЗИ мочевого пузыря, МСКТ, МРТ, в/в экскреторная пиелография. Из наблюдаемых нами 601 больных, 487 человек находились на диспансерном наблюдении и были прооперированы (эндовезикальная электрокоагуляция, ТУР, открытые операции). При диспансерном наблюдении рецидивы опухолей через месяц выявлены у 11%, через 3 месяца - у 7%, через 6 - у 64% и через 12 месяцев - у 18%. Все больные были повторно прооперированы. У некоторых больных рецидивы опухолей в течение года повторялись от 2-х до 3-х раз, что доказывает целесообразность проведения диспансеризации.

Выводы.

1. Рецидивы опухолей мочевого пузыря встречаются часто. Диспансерное наблюдение за больными позволяет выявить рецидивы опухоли на ранних стадиях развития.

2. При выявлении опухоли, предпочтение отдают ТУР опухоли со стенкой мочевого пузыря или радикальной цистэктомии.

3. После первичной ТУР опухоли мочевого пузыря желательнее проводить эндовезикальную химиотерапию доксирубицином.

Красильников Г.П., Крючков А.Б., Троегубов Д.В.

Урологическое отделение КГКБ N 2
г.Кемерово, Россия

СПОНТАННЫЙ ОТРЫВ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ

Ангиомиолипома это доброкачественная мезенхимальная опухоль, представленная жировой тканью, веретеновидными и эпителиоидными гладкомышечными клетками и аномально развитыми кровеносными сосудами. Впервые была описана W. Fischer в 1902 г., имеет множественный характер, а в 15% случаев билатеральную локализацию. Она составляет 1% от всех опухолей почки. В литературе описаны случаи стремительного роста ангиомиолипомы почки на фоне беременности. При иммуногистохимическом исследовании выявлено наличие в ангиомиолипомах рецепторов к прогестерону и эстрогену.

Ангиомиолипомы более 4 см в диаметре часто осложняются развитием кровоизлияний в ткань опухоли или паранефральную клетчатку. Спонтанный разрыв опухолевого узла, вызывающий кровотечение в почку или брюшинное пространство с вероятным прорывом в брюшную полость, связан со слабостью сосудистой стенки и их насчитывается всего около 1000 случаев.

Приводим пример спонтанного отрыва ангиомиолипомы почки у больной И.О.Н., 32 л., которая лечилась в урологическом отделении городской больницы № 2 г. Кемерово. Заболела остро, после грубого пересечения «лежачего полицейского» почувствовала боль в правом подреберье. У пациентки 3 беременности и 2 родов, последние 10 месяцев назад. Во время беременности были выявлены ангиомиолипомы обеих почек, которые прогрессивно увеличились в размерах. По УЗИ в обеих почках выявлено несколько ангиомиолипом от 5 до 11 см. В послеродовом периоде консультирована амбулаторно двумя ведущими урологами. Рекомендовано было динамическое наблюдение.

При поступлении в урологическое отделение выполнено УЗИ почек, где в проекции правой почки выявлено бесформенное образование 117х95 см с неоднородной внутренней структурой, ЧЛС не дифференцировались, кровоток в почечных сосудах не определялся.

Больной проведено МСКТ забрюшинного пространства. Выявлен разрыв ангиомиолипомы справа, забрюшинная гематома. С DS: Спонтанный разрыв ангиомиолипомы справа. Синдром Вундерлиха. Острая кровопотеря тяжелой степени больной предложено оперативное лечение. Люмботомия справа. Ревизия забрюшинного пространства. Выполнена энуклеация ангиомиолипом 11х3 см; 6х2 см; 5х3 см с прошиванием ложа П - образными швами. Дренаж забрюшинного пространства. Послеоперационный период протекал гладко. Больная была выписана из отделения с рекомендациями удаления ангиомиолипом левой почки в плановом порядке.

Лихачев А.Г., Бондарев О.И., Рублевский В.П., Лихачева В.В.

ООО «Медика 2» ГК «Мать и дитя. Сибирь»
НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра судебной медицины и патологической анатомии
НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии
НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии
г. Новокузнецк, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Проблема мужского бесплодия остается очень актуальной в настоящее время во всем мире. По данным ВОЗ на долю мужского фактора приходится 45% случаев бесплодных пар, 40% - на женский фактор. Наиболее тяжелой формой мужского бесплодия является азооспермия - до 10% бесплодных пациентов.

Биопсия яичек - единственный метод получения сперматозоидов при азооспермии. Исследование биоптата позволяет определить характер и уровень повреждения сперматогенеза. Морфологическая оценка функционального состояния герминогенной ткани производится по системе гистологического счета, описанной S.G. Johnsen и модифицированной De Kresterand Holstein - согласно рекомендациям EAU.

Цель исследования. Оценка результатов оперативного лечения мужского бесплодия.

Материалы и методы исследования. В клинике Медика проводится в среднем около 700 циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в год. Все пациенты были комплексно обследованы в рамках рекомендаций EAU 2015. С 2013 по 2016 гг. 26 пациентам с диагнозом - азооспермия, выполнена биопсия яичек. Возраст пациентов - от 26 до 42 лет (в среднем - 31,9 года). 7 пациентам выставлен диагноз обструктивная азооспермия.

Возраст: от 27 до 39 лет (ср.= 32,6 года). Ингибин В: от 121 до 214 пг/мл (ср.= 145,8 пг/мл). УЗИ: объем яичек в пределах нормы, кисты придатков яичек - у 42,8%, а гипоплазия семенных пузырьков - у 14,3% пациентов. В анамнезе: грыжесечение в детстве, посттравматический орхит, орхэктомия (крипторхизм), микрохирургическое восстановление проходимость семявыносящих путей. TESE выполнено 19 пациентам.

Возраст: от 25 до 39 лет (ср.= 31,6 года). Ингибин В был от 9,2 до 264 пг/мл (ср.= 119 пг/мл). ФСГ: от 0,29 до 28,8 МЕ/л (ср.= 9,9 МЕ/л). В анамнезе - операции по поводу: варикоцеле - 15,8% (3 случая, в 1-м - с 2-х сторон), гидроцеле - 15,8% (3 случая, в 2-х - с 2-х сторон), паховые грыжесечения - 21% (4 случая, в 2-х - с 2-х сторон). УЗИ: гипоплазия

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

яичек - 42% (8 случаев), киста (кисты) придатка яичка - 26,3% (5 случаев, в 2-х - с 2-х сторон), хронический эпидидимит - 15,8% (3 случая, в 1-м - с 2-х сторон).

Результаты исследования. Чрескожная аспирация сперматозоидов из придатка яичка (PESA) выполнялась со стороны головки и хвоста придатка. Получены прогрессивно-подвижные сперматозоиды у всех пациентов. В 3-х случаях (42,8%) выполнено ИКСИ завершившиеся беременностью и родами (1 - после криопереноса). В 2-х случаях (28,6%) - неудача ИКСИ, еще в 2-х - ВРТ не проводились. При выполнении TESE (мультифокально) только в 2-х случаях (10,5%) в биоптате были обнаружены единичные прогрессивно-подвижные сперматозоиды. В результате ИКСИ производился перенос эмбриона (стадия бластоцисты) на 5-е сутки. Беременность не произошла в обоих случаях. В остальных случаях: - у 5 - беременность с ДС (роды), - у 4 - отрицательная попытка ЭКО с ДС, - у 8 - ничего не проводилось. Материал для морфологического исследования биоптатов яичка, взятых у 10 мужчин в возрасте 25-42 лет с диагнозом азооспермия оценивался по шкале S.G. Johnsen в модификации De Kresterand Holstein: от 2 баллов (асперматогенез) до 8 баллов (гипосперматогенез на уровне зрелых сперматид).

Выводы.

1. В структуре мужского бесплодия преобладает не обструктивная (секреторная) форма азооспермии, сопровождающаяся арестом созревания на разных этапах сперматогенеза.

2. Блокада сперматогенеза указывает на невозможность экстракции сперматозоидов для последующего проведения ИКСИ.

3. Гипосперматогенез (наличие достаточно зрелых сперматид) - дает возможность применения стимулирующей терапии сперматогенеза.

4. Уровень ареста созревания сперматозоидов очень высок (до 90%), что свидетельствует об увеличении как генетических факторов необструктивной азооспермии, так и экзогенных воздействий на сперматогенез.

Маматкулова М.Т., Галиев. Ш.Ш.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Рациональное питание способствует нормальному развитию плода у беременных, а также является профилактикой развития крупных плодов, значительно осложняющих течение беременности. Особое значение имеет питание беременной женщины от момента зачатия до родов. Установление прямой взаимосвязи нарушений питания с частотой таких осложнений беременности, как железо и фолиево-дефицитные анемии, невынашивание беременности, гестозы, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода.

Изучение и анализ состояния питания осуществлялся при поэтапной оценке следующих показателей: фактического питания (суточный продуктовый набор, нутриентный состав, режим и условия питания), состояния здоровья - пищевого статуса (характеристика физического развития, симптомы микронутриентного дисбаланса, метаболические показатели гомеостаза). Фактическое количество продукта, блюда или напитка, употребленное за сутки, в том числе вне основных приемов пищи, учитывали методом 24-часового воспроизведения питания.

Состояние питания беременных женщин изучали с помощью анкет и дневников питания в динамике гестационного периода - 1 раз в каждом триместре беременности. В частности, практически у 80% беременных женщин установлена недостаточность фолиевой кислоты. Необходимо помнить о том, что потребности организма женщины во время беременности и грудного вскармливания закономерно возрастают. Поступающие в организм женщины пищевые вещества или нутриенты (белки, жиры, углеводы, макро-микроэлементы, витамины) используются как для питания материнского организма, так для построения органов плода и его жизнеобеспечения. На сегодняшний день установлена роль 40% незаменимых для организма органических и неорганических веществ, которые должны регулярно поступать с пищей. Среди них 10 аминокислот, 2 жирные кислоты, 13 витаминов, 15 макро-микроэлементов.

Отсутствие в рационе витамина В2 (рибофлавина) приводит к таким аномалиям развития плода, как гидроцефалия, расщепление твердого неба, деформация конечностей, врожденные пороки сердца. Недостаточность фолиевой кислоты вызывает микроофтальмические аномалии развития сердца и сосудов. Гиповитаминозы А вызывают дефекты органов зрения и мочеполовой сферы. Дефицит витамина Е приводит к нарушениям постимплантационного развития эмбриона вплоть до гибели.

У родившихся детей отмечались аномалии головного мозга. Но существует 2 стороны проблемы: с одной стороны, рост и правильное развитие плода требуют достаточного снабжения энергией и факторами питания, как заменимыми, так и нет, а с другой - необходимо полноценное обеспечение и самой беременной женщины, учитывая физиологические изменения, происходящие в организме.

Проведенное нами исследование показало, что фактическое питание большинства беременных женщин в различные сроки гестации характеризуется несоблюдением режима питания. Однако с увеличением срока беременности в их пищевом режиме наблюдаются положительные изменения. Так, согласно анкетным данным, в 3-м триместре 88% обследованных женщин принимают пищу 4-6 раз в день, сокращают интервалы между приемами пищи и пищевую нагрузку, распределяя равномерно в течение дня 38% человек, по сравнению с 25% в начале беременности.

Таким образом, выделим основной принцип рационального питания беременных:

- Удовлетворение физиологических потребностей плода в основных пищевых веществах и энергии, необходимых для его оптимального роста и развития.
- Удовлетворение физиологических потребностей беременной женщины в основных пищевых веществах и энергии для сохранения ее здоровья. Обеспечение комфортного самочувствия, хорошего настроения и высокой активности женщины на всех этапах беременности.

Мартынов А.А., Баранов А.И., Афолина Т.А.

НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ГБУЗ НКОД Государственное бюджетное учреждение
Новокузнецкий клинический онкологический диспансер
ГБУЗ КО Новокузнецкая городская клиническая больница N 5
г.Новокузнецк, Россия

ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ, КАК КРИТЕРИЙ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБШИРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

Цель исследования. Определить роль внутрибрюшного давления (ВБД) в выявлении осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших обширные и комбинированные операции на органах брюшной полости в онкологии.

В исследование включено 102 (100%) больных, перенесших операции на органах брюшной полости с удалением или резекцией одного или нескольких органов, а так же реконструктивно-восстановительные операции на толстой и прямой кишке.

За период с 2015-2017 годы: из них женщин - 68 (66,6%), мужчин - 34 (33,4%). 6 - больных умерли (5,8%).

Внутрибрюшное давление (ВБД) измерялось по стандартной методике через мочевого пузырь, не менее 2 раз в сутки, все время нахождения пациента в палате интенсивной терапии.

Среднее нахождение пациента в палате интенсивной терапии 3-5 суток. Возрастная группа 30-70 лет, 70% пациентов старше 60 лет.

У 64 больных (62,8%) прослеживалось повышение ВБД от 4-7 мм.рт.ст (60-99 мм вд ст), до I степени внутрибрюшной гипертензии 8-14 мм.рт. ст (100-190 мм вд ст).

У 38 больных (37,2%) внутрибрюшное давление в норме или не превышало 0-4 мм. рт ст. (0-59) мм вд.ст.

11 больным (10,7%) потребовалась релапаротомия по поводу различного вида осложнений (удаление гематомы малого таза, интубация тонкой кишки по поводу паралитической

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

кишечной непроходимости, вскрытие гнойника малого таза и др.), 4 больным (3,9%) выполнялась релапаротомия, наложением лапаростомы по поводу несостоятельности швов анастомоза, разлитого перитонита. ВБД у таких больных повышалось 8-14 мм.рт.ст (110-190 мм вд.ст.), что сразу настораживало и требовало дополнительных методов обследования. У больных, ранний послеоперационный период, протекающий с осложнениями и требующий повторного оперативного вмешательства, в 100% случаях отмечалось повышение ВБД.

Выводы:

Нарастание ВБД в раннем послеоперационном периоде является настораживающим фактором для врача, требующим интенсивного лечения, дополнительных методов обследования, а в некоторых случаях и показанием для релапаротомии. Нормальные значения внутрибрюшного давления и отсутствие тенденции к его повышению в течение первых суток послеоперационного периода является благоприятным прогностическим признаком.

Нишонбоева Д.Д.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

БОРЬБА СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Анализируя данные литературы, необходимо отметить, что в настоящее время не существует надежных методов профилактики спаечных осложнений при проведении первичных операций на органах брюшной полости.

Рецидивы спаечной кишечной непроходимости после хирургического лечения наблюдаются примерно у 20-71% больных. Установлено, что непроходимость кишечника после оперативных вмешательств в первые 6-14 дней после операции связана с воспалительными процессами в брюшной полости (перитонит, анастомозит). Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм кишечной непроходимости.

Так, значительно реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинации, завороты, но возросла частота обтурационной непроходимости, обусловленная опухолью толстой кишки. По-прежнему наиболее частой формой является спаечная кишечная непроходимость. Несмотря на значительные достижения в современной хирургии и интенсивной терапии, традиционные методы лечения больных со спаечной непроходимостью кишечника не всегда эффективны и требуют дальнейшего совершенствования.

По данным некоторых авторов, число осложнений спаечной болезни в виде ранней и поздней кишечной непроходимости колеблется от 12 до 64%. Внутрибрюшные спайки, приводящие к развитию спаечной болезни, значительно ухудшают качество жизни миллионов людей во всем мире, приводя к развитию спаечной острой кишечной непроходимости, вызывая появление хронической абдоминальной боли, отмечают до 40% оперированных пациентов.

Спаечный процесс брюшной полости значительно увеличивает время оперативного вмешательства и наркоза. Увеличивает частоту ранних послеоперационных осложнений до 50%, таких как внутрибрюшное кровотечение, гнойные осложнения брюшной полости и парез кишечника. Консервативное лечение спаечной болезни малоэффективно, а после оперативных вмешательств ее рецидивы составляют 32-71%.

Основой профилактики развития спаечного процесса многие авторы небезосновательно видят в снижении травматичности операций, уменьшении срока оперативного пособия, гипоксии, предупреждении высушивания брюшины, борьбе с инфекцией, предупреждении развития послеоперационного пареза и снижении аллергизации организма. Перспективу в решении проблемы спаек брюшной полости авторы видят в деградации фибрина. Такое воздействие имеют трипсин, пепсин, которые применяются с этой целью еще с 1930-х годов, но с таким побочным эффектом, как перитонит.

Вывод.

Борьба со спаечной болезнью является очень актуальной проблемой абдоминальных хирургов, о чем свидетельствуют выше приведенные цифры.

Османов К.Ф., Костяков Д.В.
СПбГПМУ
г.Санкт-Петербург, Россия

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТИПОВЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РАНАХ ПОСЛЕ ОТБОРА РАСШЕПЛЕННЫХ КОЖНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ

Проведена патофизиологическая оценка течения типовых патологических донорских ран после аутодермопластики у обожженных.

Ключевые слова: гемостаз, воспаление, пролиферация, ремоделирование.

Репаративный процесс в ранах донорских участков после АДП, как и в обычных ранах, включает следующие этапы: гемостаз, воспаление, пролиферацию, ремоделирование. В грануляционной ткани донорских участков содержится многочисленны новообразованные сосуды и практически полностью отсутствует иннервация. Вследствие этого донорские раны яркие, «сочные», при перевязках отмечается высокая контактная кровоточивость и умеренная болезненность

Цель исследования. Изучение патофизиологических особенностей течения типовых патологических процессов в донорской ране с целью усовершенствования их лечения.

Методика. Наблюдение, микроскопия, цитология, гистохимия.

Вывод.

Процессы неосложненного заживления ран донорских участков после АДП реализуются при взаимодействии сложных механизмов (факторы роста, межклеточное взаимодействие). В регуляции процессов репаративной регенерации ран донорских участков после АДП принимают участие сложные нейрогуморальные механизмы. Нарушение течения процессов репаративной регенерации сопровождается развитием нагноения, углублением поражения, формированием гранулирующих ран, являющихся показанием к выполнению повторной АДП. Представляется целесообразным учет в использовании патогенетически-ориентированной терапии ран донорских участков, оказывающих влияние на ключевые звенья репаративной регенерации.

Панасенко С.И.

Государственное учреждение «Украинский научно-практический центр
экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины»
г.Киев, Украина

АНАЛИЗ ТОРАКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

В лечении современной сочетанной торакоабдоминальной травмы (СТАТ) остается много нерешенных клинико-тактических проблем, в частности в лечении ее торакального компонента. В последние два десятилетия в клинике политравмы УНПЦЭМП и МК была введена концепция определения оперативно-тактических подходов при СТАТ на основе системы анатомо-функционального прогнозирования течения травмы, которая определяла время, объем и последовательность оперативных вмешательств у каждого конкретного пациента.

Проведенное нами ретроспективное когортное 10-летнее исследование показало неутешительные результаты лечения пациентов с торакоабдоминальной политравмой (ТАП). Так, летальность среди пациентов с доминирующей крайне тяжелой закрытой травмой груди (ЗТГ) составляла 94%, а при доминирующей тяжелой ЗТГ - 31%. В связи с этим был проведен аудит лечебной тактики у пострадавших с СТАТ путем ретроспективного экспертного анализа содержания оперативного приема при коррекции травм груди.

Нами проанализировано 2009 случаев СТАТ. На груди выполнено 404 (29,1%) оперативных вмешательства, которые включали операции на грудной стенке, внутригрудных структурах

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

и дренирующие операции. Всего мы выделили 14 компонентов торакального оперативного приема. Его наиболее частым вариантом был торакоцентез и дренирование плевральной полости - 394 (97,5%). В 348 (86,1%) случаях эта операция выполнялась унилатерально и в 46 (11,4%) случаях билатерально. Торакотомии выполнено 31 (7,7%) пострадавшему, при этом в 17 (4,2%) случаях проводился металлоостеосинтез (МОС) ребер спицами Киршнера или танталовой проволокой, 10 (2,5%) пострадавшим выполнена пульморafia, 9 (2,2%) лигирование сосудов, 3 (0,7%) ушивание диафрагмы, 2 (0,5%) атипичные резекции легкого, 1 (0,2%) ушивание миокарда, 1 (0,2%) МОС грудины танталовой проволокой. Экстраплевральным доступом прооперировано 18 (4,5%) пострадавших с флотацией грудной стенки. В 8 (2,0%) случаях проводилась подкожная фиксация реберных клапанов спицами Киршнера. У 6 (1,5%) пострадавших проведен погружной МОС грудины спицами Киршнера и в 4 (1,0%) случаях выполнена хирургическая обработка ран грудной стенки.

Для устранения угрожающих жизни повреждений проведено 9 (29,0%) экстренных торакотомий, показаниями для которых были: тотальный гемоторакс, персистирующий напряженный пневмоторакс, повреждение сердца с тампонадой, разрывы крупных сосудов с продолжающимся кровотечением. Среди анализируемых 2009 СТАТ не выявлено случаев выполнения реанимационных торакотомий.

Среди всех вариантов диагностических и лечебных оперативных приемов на груди не выявлено случаев симультанных операций на животе и клинических вариантов применения тактики «Damage Control». Сравнительный качественный и количественный анализ лечебной тактики в группах пациентов с СТАТ и ТАП показал, что распределение компонентов торакального оперативного приема в данных группах имеет полную согласованность, но статистически не достоверна ($p > 0,05$). Проведенный аналогичный анализ содержания абдоминального оперативного приема в указанной исследовательской когорте показал противоположные закономерности, что свидетельствует о несогласованности тактических подходов к оперативной коррекции торакальных и абдоминальных повреждений при СТАТ.

Таким образом, в общем клиническом массиве система анатомо-функционального прогнозирования течения травмы не влияла на определение диагностической и лечебной тактики по оперативной коррекции ЗТГ в группе пострадавших с ТАП и она не отличалась от таковой при СТАТ.

Основным направлением улучшения лечебной тактики у пострадавших при ТАП с доминирующей ЗТГ следует считать разработку эффективных оперативных приемов в соответствии с канонами «Damage Control» и их тактическое согласование с абдоминальным оперативным приемом.

Панасенко С.И.

Государственное учреждение «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины» г.Киев, Украина

АНАЛИЗ АБДОМИНАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Закрытую травму живота (ЗТЖ) принято считать одной из основных причин смертей, которые можно предотвратить. На сегодняшний день ключевую роль в улучшении показателей лечения ЗТЖ играют две новейшие медицинские концепции «damage control» (ДК) и неоперативного лечения травм (НЛТ) паренхиматозных органов живота. Данные концепции, хотя и считаются диаметрально противоположными, но являются базисными при оказании помощи в специализированных травмоцентрах развитых стран. В клинике политравмы УНПЦЭМП и МК до последнего времени определение оперативно-тактических подходов при сочетанной торакоабдоминальной травме (СТАТ) проводилось на основе системы анатомо-функционального прогнозирования течения травмы, которая определяла время, объем и последовательность оперативных вмешательств у каждого конкретного пострадавшего.

В результате проведенного ретроспективного когортного исследования было установлено,

что результаты лечения пациентов с торакоабдоминальной политравмой (ТАП) являются неудовлетворительными, ведь летальность среди пациентов с доминирующей крайне тяжелой ЗТЖ составляла 75%. При ретроспективном экспертном анализе содержания оперативного приема по коррекции травм живота у 2009 пострадавших с СТАТ мы выделили 21 компонент абдоминального оперативного приема, который был выполнен при 306 (15,2%) операциях на животе.

Абдоминальный оперативный прием варьировал от эксплорации живота до резекционных методик. Наиболее частым компонентом абдоминального оперативного приема были диагностические мероприятия по ревизии внеорганных структур живота (брыжейки, клетчатки забрюшинного пространства и т. п.), который применялся в 145 (47,4%) случаях. Вторым по частоте компонентом абдоминального оперативного приема был гемостаз при кровотечении из внеорганных структур - 122 (39,9%). Спленэктомия проведена в 116 (37,9%), а гепаторafia у 83 (27,1%) пациентов. У 42 (13,7%) пациентов выполнены диагностические лапаротомии, которые не содержали каких-либо оперативных манипуляций в брюшной полости. Обращает на себя внимание низкая частота органосохраняющих операций при повреждениях селезенки - всего 2 (0,7%) случая, что отражает значительный диссонанс с литературными данными.

Дополнительный качественный анализ содержания абдоминального оперативного приема позволил установить, что 72 (23,5%) лапаротомии имели эксплоративный характер. При этом в 28 (9,2%) случаях проводилась ревизия внеорганных структур, которая в 18 (5,9%) случаях в дальнейшем нуждалась в тех или иных мероприятиях гемостаза. Ни в одном из данных случаев, не было обнаружено продолжающегося кровотечения.

Случаев применения хирургической тактики НЛТ и ДК не обнаружено.

Сравнительный анализ распределения компонентов абдоминального оперативного приема в группах пациентов с СТАТ и ТАП имел высокую согласованность и статистически значимую разницу ($p < 0,01$).

Таким образом, в общем клиническом массиве система анатомо-функционального прогнозирования течения травмы существенно влияла на определение лечебной тактики по коррекции ЗТЖ в группе пострадавших с ТАП. Аналогичный анализ содержания торакального оперативного приема показал противоположные закономерности, что свидетельствует о несогласованности тактических подходов к оперативной коррекции торакальных и абдоминальных повреждений при СТАТ.

Преодоление клинико-тактического «дедуктивного разрыва» по оперативной коррекции абдоминальных и торакальных повреждений при ПТАТ возможно путем разработки концепции «единого торакоабдоминального оперативного приема».

Очевидным направлением оптимизации хирургического лечения ЗТЖ при СТАТ является избегание эксплоративных лапаротомий и внедрении хирургических тактических подходов, декларируемых в концепциях НЛТ и ДК.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОЙ ГРУППЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Цель исследования. Изучить влияние распределения аллельного полиморфизма генов фолатной группы на риск возникновения и развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО).

Материалы и методы исследования. В работе исследован полиморфизм генов, вовлеченных в патогенез эндотелиальной дисфункции - метилентетрагидрофолатредуктаза (MTHFR 677 C>T) у 182 больных, метионинсинтетаза, ген, участвующий в усвоении фолиевой кислоты (RFC1 80 G>A) - у 62 больных.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Результаты исследования. Установлено, что ЧВ генотипа «677 СТ» MTHFR наблюдалась в 1,4 раза выше, чем в контрольной группе ($p=0,011$), что ассоциировано с увеличением риска развития ВТЭО в 1,7 раза.

ЧВ аллеля «80 А» RFC-1 была ассоциирована с увеличением риска развития ВТЭО в 4,5 раза. Общий риск развития ВТЭО для носительства полиморфизма гена RFC-1 «80 G → А» увеличивается в 7,4 раза.

Анализ распределения аллельного полиморфизма гена MTHFR «677 С → Т» и оценка риска развития ВТЭО у мужчин и женщин с учетом возраста установил следующие отличительные особенности:

- ЧВ гетерозиготного генотипа «677 СТ» гена MTHFR у женщин основной группы наблюдается в 1,6 раз выше, чем в контрольной группе ($p=0,012$), что ассоциировано с увеличением риска развития ВТЭО в 2,0 раза.

- у женщин в возрасте 45 лет и младше носительство гетерозиготного генотипа «677 СТ» гена MTHFR ассоциировано с увеличением риска развития ВТЭО в 2,2 раза.

В результате анализа распределения аллельного полиморфизма гена RFC-1 «80 G → А» и оценке риска развития ВТЭО у мужчин и женщин с учетом возраста установлены следующие отличительные особенности:

- у мужчин в возрасте 45 лет и младше носительство гомозиготного генотипа «80 АА» гена RFC-1 ассоциировано с увеличением риска развития ВТЭО в 14,8 раза.

- общий риск развития ВТЭО у мужчин при носительстве аллельного полиморфизма гена RFC-1 «80 G → А» возрастает до 10,1 раза, а в возрасте 45 лет и младше - до 16,7 раза.

Установлено, что у больных с ТГВ и ТЭЛА ЧВ гетерозиготного генотипа «677 С → Т» гена MTHFR наблюдалась в 1,7 раза выше, чем в контрольной группе ($p=0,008$), что ассоциировано с увеличением риска развития заболевания в 2,4 раза, а общий риск развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) при носительстве полиморфизма гена MTHFR «677 С>Т» возрастает в 1,4 раза.

Было доказано, что общий риск развития тромбоза вен нижних конечностей (ТВНК) при носительстве полиморфизма гена RFC-1 «80 G → А» возрастает в 6,7 раза.

Выводы.

Аллельный полиморфизм генов MTHFR 677 С>Т и RFC1 80 G>А, вовлеченных в патогенез эндотелиальной дисфункции, ассоциирован с увеличением риска развития ВТЭО.

Подолужный В.И., Шабалина О.В., Ооржак О.В.

Областная больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского
г. Кемерово, Россия

ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N 1 ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО

Цель исследования. Определить объемы госпитализаций и лечения больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в хирургическом отделении N1 ОБСМП им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово с 1997 по 2016 годы.

Методы исследования. Проведен сравнительный анализ объемов лечения больных острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, кишечной непроходимостью и ущемленными грыжами в сравнительном аспекте за два последних десятилетия для понимания изменений, происходящих в абдоминальной хирургии.

В исследовании использованы методы описательной статистики: объем выборки (n), средняя (M), ошибка среднего (m). Для проверки гипотез о статистической достоверности различий средних значений в независимых выборках использовали непараметрические критерии Манна-Уитни и Краскала-Уоллиса. Критический уровень значимости принимался

равным 0,05. Статистическая обработка проводилась с использованием пакетов прикладных программ SPSS STATISTICA . V. 24.

Результаты и их обсуждение. Анализированы данные по среднегодовому лечению urgentных больных с 1997 по 2016 год в хирургическом отделении N 1 Областной больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского г.Кемерово. В это отделение госпитализировались в основном жители города (до 2016 года это была городская больница N 3). С 1997 года население в городе увеличилось с 500000 до 553076 человек к 2016 году, поэтому произведена оценка показателей на 100000 населения. Результаты среднегодовой госпитализации пациентов с острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки, кишечной непроходимостью и ущемленными грыжами в сравнительном аспекте по десятилетиям представлены в табл. 1. Среднегодовое количество пролеченных по десятилетиям в расчете на 100 000 городского населения представлено в табл. 2.

Таблица 1

Среднегодовое количество пролеченных больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в сравнительном аспекте по десятилетиям в хирургическом отделении N1 ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского

Хирургическая патология	Группа 1 (n=10) 1997-2006 годы (M±m)	Группа 2 (n=10) 2007-2016 годы (M±m)	P
Острый аппендицит	161,5±18,4	193,1±28,7	0,011
Острый холецистит	95,8±23,1	86,0±19,2	0,580
Острый панкреатит	238,1±66,2	262,7±57,2	0,310
Острая кишечная непроходимость	78,6±34,8	88,4±17,2	0,684
Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки	46,1±9,7	31,0±6,4	0,000
Ущемленная грыжа живота	38,4±13,8	60,3±14,2	0,004

Таблица 2

Среднегодовое количество пролеченных больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в расчете на 100000 населения города по десятилетиям

Хирургическая патология	Группа 1 1997-2006 годы	Группа 2 2007-2016 годы	Прирост или убыль в процентах
Острый аппендицит	32,56	36,09	10,7% ↑
Острый холецистит	19,31	16,07	15,6% ↓
Острый панкреатит	48,00	49,10	2,3% ↑
Острая кишечная непроходимость	15,84	16,52	4,4% ↑
Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки	9,29	5,79	36,3% ↓
Ущемленная грыжа живота	7,74	11,27	45,7% ↓

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Возросшее число прооперированных с острым аппендицитом в городе связано, как с увеличением числа жителей, так и с поступлением в последние годы иногородних больных. Отсутствие статистически значимого увеличения пациентов с острым панкреатитом и холециститом, в отличие от областных показателей, мы связываем с большим процентом профилактических плановых вмешательств при желчнокаменной болезни у жителей г.Кемерово.

Обнаружено сокращение числа операций при перфоративных язвах. Сообщения зарубежных и отечественных хирургов свидетельствуют о различающейся частоте числа операций при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки в разные годы. В частности, имеются сообщения и о снижении числа операций за последние годы, что связывается как с проводимой эрадикационной терапией, так и с влиянием общества в целом на психосоматические и психосоциальные механизмы ulcerогенеза.

Установлен статистически значимый рост числа операций при ущемленной грыже живота. Рост числа операций при ущемленных грыжах живота отмечается и в других исследованиях. Во многих публикациях приводятся стабильно высокие данные числа оперируемых с острой кишечной непроходимостью без тенденции к снижению в последние десятилетия. Мы при острой кишечной непроходимости также значимых изменений не выявили. Полученные данные побуждают к дальнейшему анализу с целью выявления медицинских (отраслевых) и общественных факторов, формирующих выявленные тенденции.

Выводы.

1. Прирост числа пролеченных за последнее десятилетие с острым аппендицитом в расчете на 100000 городского населения составил 10,7%; с острым панкреатитом 2,3%; с ущемленной грыжей 46,7%; с острой кишечной непроходимостью 4,4%

2. Уменьшение числа госпитализируемых на 100000 населения за этот период с острым холециститом составило 15,6%, с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки стали меньше оперировать на 36,3%.

Потехин К.В., Лещин Я.М.

ГБУЗ КО НГКБ N 22
ГБУЗ КО НГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

ПЕРИТОНИТ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель исследования. Проанализировать эффективность методики лапаростомии у больных с распространенным перитонитом при опухолях толстой кишки.

Ежегодно в мире выявляется около миллиона новых случаев колоректального рака, вследствие чего, колоректальный рак является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В России ежегодно диагностируется более 50 тысяч пациентов с раком данной локализации. Трудности ранней диагностики, длительное бессимптомное течение, поздняя постановка диагноза, недостаточная настороженность врачей приводят к тому, что от 50% до 89% пациентов поступают в стационар с осложненным течением заболевания.

Одним из самых грозных осложнений для колоректального рака является перфорация, по данным различных авторов, частота ее встречаемости колеблется в широких пределах от 2,3 до 22,3%, а послеоперационная летальность достигает от 23,0 до 88,9%.

На базе ГБУЗ КО НГКБ N1 г.Новокузнецка проводилось изучение медицинских карт пациентов, находившихся на лечении с колоректальным раком, осложненным распространенным гнойным перитонитом. Проведена ретроспективная оценка тяжести состояния пациентов по шкалам (SAPSII, SOFA, MODS), определялась тяжесть перитонита по Мангеймскому индексу перитонита (MPI) и индексу брюшной полости (ИБП), анализировалась хирургическая тактика, в частности применение плановых санаций и лапаростомии, у данной группы пациентов и ее эффективность.

В исследуемую группу были включены пациенты с установленным при первичном оперативном вмешательстве диагнозом и распространенного гнойного перитонита вследствие

перфорации колоректального рака, либо вследствие развития острой декомпенсированной кишечной непроходимости с перфорацией толстой кишки.

Критерии исключения: отсутствие гистологически доказанной злокачественной опухоли толстой кишки; иммунокомпрометированные пациенты (ВИЧ, идиопатические, лекарственные иммунодефициты, ревматические заболевания с нарушением иммунитета, установленные и зафиксированные ранее); пациенты с ХПН на гемодиализе; цирроз печени класс С; запущенные онкологические заболевания (канцероматоз, раковая кахексия).

За период с 2013 по 2015 гг. с диагнозом «Распространенный перитонит» на лечении находилось 367 пациентов. Согласно обозначенным критериям включения и исключения отобрано 16 медицинских карт.

По половому составу 6-мужчин (37,5%) и 10 женщины (62,5%). Средний возраст пациентов составил 70,3 года, при этом самому молодому было 47 лет, а самому возрастному - 87 лет.

При разделении всей группы пациентов на подгруппы в соответствии с тяжестью перитонита согласно МРІ получены следующие результаты: I подгруппа - нет; II подгруппа - 3 пациента (среднее значение МРІ в подгруппе 26,3); III подгруппа - 13 пациентов (среднее значение МРІ в подгруппе 33,5).

По локализации рака толстой кишки: сигмовидная - 11, поперечно - ободочная кишка - 3, нисходящий отдел ободочной кишки - 2.

Источником перитонита во второй подгруппе в 2-х случаях послужил рак нисходящего отдела ободочной кишки с перфорацией, в одном случае рак локализовался в поперечно - ободочной кишке, а перфорация возникла в слепой на фоне острой кишечной непроходимости (ОКН). В третьей подгруппе: рак сигмовидной кишки с перфорацией - 8 случаев; в 3 случаях рак в сигмовидной кишке, перфорация слепой на фоне ОКН; в 1 случае - рак поперечно - ободочной кишки с перфорацией; в 1 случае - рак поперечно - ободочной кишки с перфорацией слепой кишки на фоне ОКН.

При бактериологическом исследовании содержимого брюшной полости в 4-х случаях - роста бактерий не обнаружено; в 7 случаях (43,75%) выявлена E.Coli; Ent. Faecalis - в 5 случаях (31,25%); Pseudomonasaeruginosa - в 3 случаях (18,75%); Enterobacter - в 3 случаях (18,75%); Klebsiella - в 3 случаях (18,75%); в одном случае так же выявлены - анаэробная Гр+ палочка (6,25%), анаэробная Гр- палочка (6,25%) и гемолитический стрептококк (6,25%) и в одном случае посев не был взят. При этом следует отметить что в 6 случаях отмечалось 3 и более возбудителя (37,5%).

Метод плановых санаций брюшной полости в сочетании с наложением лапаростомы в межсанационный период был применен в 9 случаях (56,25%). Во 2 подгруппе дважды и в 3-ей подгруппе в 7 случаях. Количество умерших пациентов составило 10 человек (62,5%). Во 2 подгруппе - 1 пациент умер (33,3%); в третьей подгруппе - 9 (69,2%).

Анализируя летальность больных, находящихся на лечении с колоректальным раком, осложненным распространенным гнойным перитонитом выявлено, что смерть в 5 случаях (50%) наступила в первые 4-ро суток с момента поступления, а в одном случае до запланированной санации брюшной полости после проведенной первичной операции.

Во 2-ой подгруппе метод плановых санаций брюшной полости в сочетании с наложением лапаростомы в межсанационный период был применен в 2-х случаях, и после второй санации был закрыт живот, однако одному пациенту в последующем была выполнена релапаротомия по поводу послеоперационного перитонита в следствии несостоятельности анастомоза, вновь применена методика лапаростомии, трижды выполнялась плановая санация, продление лапаростомы, пациент умер вследствие развившейся полиорганной недостаточности.

В 3-ей подгруппе метод плановых санаций брюшной полости в сочетании с наложением лапаростомы в межсанационный период был применен в 7 случаях, в 5 случаях оперативное вмешательство ограничилось одной операцией, в 1 случае выполнена лапаротомия по требованию вследствие послеоперационного перитонита, несостоятельности анастомоза, пациент умер от прогрессирования полиорганной недостаточности.

В результате проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Пациенты, поступающие в хирургическое отделение в экстренном порядке с колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом - как правило, пожилого и старческого

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

возраста, с тяжелым перитонитом по Мангеймскому индексу перитонита (MPI) и индексу брюшной полости (ИБП), с высокими значениями шкал SAPS II, SOFA, MODS, ASA; имеющейся сопутствующей и выраженной сопутствующей патологией, сопровождающимися высокими показателями летальности в первые пять суток с момента поступления.

2. Неутешительные показатели летальности у пациентов с колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом заставляют дальше изучать и совершенствовать хирургический алгоритм оказания экстренной помощи.

3. Количество больных, поступающих в неотложном порядке со злокачественными опухолями толстой кишки, осложненные распространенным перитонитом, заставляют задуматься о совершенствовании и доступности обследования больных на амбулаторном этапе.

Рахмонова К.А.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

МЕХАНИЗМЫ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

За последнее время распространенность спаечной болезни в хирургии и в гинекологии сильно увеличилась. Это связано со многими провоцирующими факторами современного патогенеза спаечной болезни.

Развитию спаечной болезни предшествуют аппендицит, воспалительные заболевания органов малого таза, кишечная непроходимость, перитонит. Возникновению спаечной болезни способствуют механические повреждения брюшины и серозных оболочек органов брюшной полости, воздействие на них йода, спирта, антибиотиков и антисептиков, талька.

Спайки формируются также после кровоизлияний в брюшную полость при инфицировании излившейся крови, вокруг инородных тел, тампонов, дренажей. При длительном парезе кишечника после травмы живота спайки образуются в результате соприкосновения поврежденных серозных поверхностей органов брюшной полости и париетальной брюшины. Особенно выраженным спаечный процесс бывает после перенесенного перитонита.

Среди операций, приводящих впоследствии к спаечной непроходимости и спаечным внутрибрюшным сращениям, большинство авторов отмечают аппендэктомию - от 7 до 45%.

Исследования по патогенезу образования спаек показали, что основная причина возникновения спаек - снижение уровня активатора плазминогена в пределах поврежденной брюшины. Организация фибрина происходит к концу первых трех суток после воздействия травмирующего агента, и если в течение этого времени имеют место депрессия плазминогенной активности и угнетение локального фибринолиза, происходит образование спайки. Ишемические повреждения тканей при хирургическом воздействии либо при воспалительной реакции брюшины - мощный фактор, угнетающий фибринолиз ткани. Изучение параметров фибринолитической активности в портальной и локтевой венах показало, что кишечник в физиологических условиях сам является модулятором фибринолитической активности.

Следовательно, формированию спаек брюшины способствуют также ишемические повреждения тканей органов, покрытых брюшиной, связанные с грубыми манипуляциями во время выполнения операции.

Также установлено, что повышение внутрикишечного давления свыше 30 мм вод. ст. можно считать критическим для нарушения микроциркуляции кишечной стенки. В то же время на центральную и чревную гемодинамику оказывает влияние внутрибрюшное давление: повышение его до 200 мм вод.ст. значительно снижает кровоток кишечной стенки, а 400 мм вод.ст. является критической цифрой давления. Это объясняет возможность появления спаек при менее инвазивных и травматичных лапароскопических вмешательствах в брюшной полости.

Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю., Лещинин Я.М.

НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ГБУЗ КО НГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

ПОПЕРЕЧНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Цель исследования. Обосновать поперечную лапаротомию, как альтернативный доступ при операциях на толстой кишке.

Актуальность исследования. В «открытой» хирургии, при операциях на толстой кишке, большинство доступов в брюшную полость по-прежнему представляют собой вертикальный разрез. Однако по данным многих зарубежных авторов поперечная лапаротомия превосходит срединный разрез не только анатомически, т.к. он малотравматичен и проходит по линиям Лангера, но и по количеству послеоперационных осложнений. Так многие авторы утверждают, что поперечная лапаротомия приводит к меньшей послеоперационной боли, меньшему количеству дыхательных расстройств, меньшему количеству послеоперационных грыж, и что немаловажно, приводит к лучшему косметическому результату.

Материалы и методы исследования. В диагностическом порядке всем пациентам выполняли СКТ брюшной полости. На основании полученных данных, производилась верхняя-поперечная лапаротомия у 18 пациентов с патологией толстой кишки, из которых 8 мужчин и 10 женщин. Средний возраст составил 67 лет. Средний класс пациентов по шкале ASA составил 3,9, по шкале SEP0D 10 пациентов имели 4 класс, 4 - 3 класс, 2 - 2 класс и 2 пациента - 1 класс. Оперативное лечение выполнялось на базе Новокузнецкой городской клинической больницы N 1.

Основной патологией являлось злокачественное новообразование толстой кишки (14 из 18 - 77,8%), осложненное острой обтурационной кишечной непроходимостью. Перфорация полого органа (2 из 18 - 11,1%). Болезнь Крона с поражением слепой, подвздошной кишки с формированием инфильтрата (1 из 18 - 5,5%) осложненная тонкокишечной непроходимостью. Колостома (восстановительная операция) (1 из 18 - 5,5%).

Результаты исследования. Среднее время операции составило 2 часа. Во время всех 18 случаев, технических трудностей не возникло. 5 пациентов умерло в связи с тяжелой сопутствующей патологией. У 13 выживших пациентов обнаружили 1 случай осложнения (7,7%) в виде нагноения послеоперационной раны. Среднее время пребывания в стационаре после операции у выживших пациентов составило 12 суток, после чего они были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

Поперечная лапаротомия является альтернативным способом доступа для операций на толстой кишке, который не сопровождается техническими трудностями и не влияет на увеличение осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Торгунаков А.П., Титова Я.А., Парфенов П.Г.

ФБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ ДРЕМЛЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ В ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Дремлющая инфекция является одной из актуальных проблем современной хирургии и до сих пор требует к себе особого и пристального внимания, поскольку, вызывая заболевание или его рецидив, приводит к большим трудностям в установлении этиологии этих проявлений. Она до сих пор нуждается в разработке точной и квалифицированной диагностике, лечении и рациональной профилактике.

Цель исследования. Обратит внимание на трудности в диагностике дремлющей инфекции, как причины гнойно-воспалительных заболеваний. Для этого представляются истории болезни двух

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

пациентов, пролеченных в клинике общей хирургии КемГМУ с развитием гнойно-воспалительных заболеваний и их рецидивов, причиной которых являлась дремлющая инфекция.

Больной А., 34 лет, 4 августа 2016 года поступил в ожоговое отделение из другого ЛПУ области в связи с неэффективным лечением по месту жительства. На правой голени 4 гнойные раны в виде лампасов до 20-25 см. длиной. Из ран выделяется зловонный, гнилостный запах, гнойный экссудат, выступают некротические ткани, имеется массивный отек голени и стопы.

Был поставлен диагноз: гнойно-некротические раны правой голени; состояние после вскрытия флегмоны. В 2005 году получил отморожение пальцев правой стопы. В 2013 году - перелом костей этой же голени, было проведено металлоостеосинтез. В марте 2016 года проведено удаление металлических конструкций. 11 июня 2016 г. пролил кипяток на область правой голени. За медицинской помощью обратился через два дня и был госпитализирован в травматологическое отделение. Течение ожога осложнилось межмышечной флегмой голени. Лечение продолжалось в течение 2-х месяцев без улучшения. На протяжении первой недели лечения был выполнен ряд некрэктомий, проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. После операций в течение последующих 2-х недель состояние больного без отрицательной динамики. В последующем выполнялись ВХО ран и запоздалая рентгенография, на которой выявлены признаки хронического остеомиелита большеберцовой кости. После исчезновения симптоматики воспаления больной был выписан.

Мы полагаем, что дремлющая инфекция сформировалась после металлоостеосинтеза. Ожог явился провоцирующим фактором для ее вспышки и ошибочной диагностики «вторичной флегмоны», осложнившей остеомиелит, а не ожог. Фактором сенсibilизации можно допустить отморожение пальцев стопы.

Больной В., 57 лет, поступил в клинику 17 ноября 2016 года с жалобами на ноющую боль в области левого коленного сустава, резко усиливающуюся при движении, повышение температуры тела до 38°C. Общее состояние средней степени тяжести, область левого коленного сустава резко отечна, кожа над ним гиперемирована, при пальпации резко болезненна. Отмечается флюктуация по передней поверхности коленного сустава. В апреле 2013 года получил резаную рану ножом в левый коленный сустав с повреждением собственной связки надколенника, проведено восстановление связки путем сшивания. В этом же месяце упал, поскользнувшись на льду, и вновь повредил связку. За медпомощью не обратился. На протяжении 1,5 лет состояние больного было удовлетворительным, жалоб не предъявлял. Летом 2014 года ремонтировал автомобиль, лежа на холодном асфальте. На следующий день появилась боль и отек в левом коленном суставе. В травмпункте диагностировали гонит с наличием жидкости в коленном суставе, произвели его пункцию с удалением серозно-гнойной жидкости. Около года пациент чувствовал себя здоровым, пока в июне 2015 не произошел рецидив. В ЛПУ Кемерова была выполнена операция по восстановлению связки надколенника. После выздоровления был выписан в июле 2015г. 11 ноября 2016 года, после физической напряженной работы появились отек и боль в левом коленном суставе, повысилась температура до 38° С.

Лечился в травмпункте, но из-за ухудшения общего состояния, был вынужден обратиться 17 ноября 2016 года в нашу клинику, где был поставлен диагноз: Гнойный артрит левого коленного сустава. Проведена операция «Дренирование левого коленного сустава с постановкой промывной системы». Назначена антибактериальная и противовоспалительная терапия. На протяжении 17 дней наблюдалась положительная динамика, состояние больного удовлетворительное, без повышения температуры. Рентгенограмма левого коленного сустава показала признак артрита в стадии деструкции костной ткани (в верхней трети малоберцовой кости) до 3,5 см - очаг остеомиелита. После исчезновения симптоматики воспаления больной был выписан. В данном наблюдении мы считаем, что случайная рана в 2013 году стала источником дремлющей инфекции.

Нами предполагаются два варианта участия микробов в развитии гнойного воспаления в зонах предыдущих операций: 1) активизация дремлющей инфекции в очаге при ослаблении защитных сил больного 2) транслокация микробов в зону незавершившегося или обострения

асептического воспаления.

Выводы.

1) При гнойно-воспалительных заболеваниях необходимо тщательное изучение анамнеза на возможное наличие длительной дремлющей инфекции, которая могла возникнуть в результате предшествующих заболеваний или травм.

2) Лучшим методом профилактики «дремлющей инфекции» является своевременная, качественная хирургическая обработка ран и лечение их и гнойно-воспалительных очагов, основанное на принципах асептики и антисептики в борьбе с микробными инфекциями в сочетании с противовоспалительной и десенсибилизирующей терапией.

Торгунаков А.П.

ФБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ОЦЕНКА СИМПТОМА КОХЕРА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Прошло более 130 лет от начала хирургического лечения острого аппендицита и интенсивного изучения этиологии и патогенеза этого заболевания, но до настоящего времени для большинства хирургов природа аппендицита остается большой загадкой, несмотря на множество выдвинутых теорий патогенеза. Свидетельством этому является обзорная статья A. Vangui с соавторами, опубликованная в журнале *Lancet* за март 2016 года. Статья основана на анализе работ за последние 20 лет из разных стран (США, Франция, Англия, Швеция, Финляндия, страны Юго-Восточной Азии, Африки и Ближнего Востока). Констатация некоторых положений в этой статье наводит на мысль о том, что учение об аппендиците начало движение назад, а не вперед. Так, ведущей теорией патогенеза аппендицита провозглашается инфекционная теория и, судя по всему, она является оправданием продолжающихся попыток лечения аппендицита антибиотиками, причем в 25-35% безуспешно. Обтурация просвета отростка инородными телами и каловыми камнями признается как причина, но это происходит не часто. В большинстве случаев причина заболевания остается неизвестной.

Незнание этиологии и патогенеза не позволяет выработать единые научно обоснованные подходы к решению многих вопросов аппендицита: лечебная тактика при простом аппендиците, сроки и оценка диагностической лапароскопии, объяснение многообразия начала и клинических проявлений заболевания, оценка результатов лабораторных исследований и сочетанных заболеваний и многое другое.

Все перечисленные вопросы решаемы с позиций адаптационной теории, обоснованной нами применительно к аппендициту и представленную подробно в двух монографиях (1997 г., 2014 г.). В кратком изложении сущность адаптационной теории сводится к следующим звеньям патогенеза. Характер питания определяет неспецифическую сенсibilизацию тканей.

Провоцирующими факторами заболевания являются стрессоры: местные (каловые массы, инородные тела), регионарные (заболевания, чаще органов брюшной полости) и общие (травмы, в том числе и психические). Изменение кровообращения при действии висцеро-висцеральных рефлексов с прогрессированием воспаления и (или) борьба противовоспалительного потенциала (лимфоцитолитичес) с провоспалительным потенциалом (гиперплазия лимфоидного аппарата и обтурация отростка) являются определяющими звеньями патогенеза. Они определяют характер и скорость развития болезни.

Ранее нами были описаны случаи аппендицита при почечной колике, после черепно-мозговой травмы, после психического стресса. В литературе также описано много случаев аппендицита после различных операций, однако авторы подобных публикаций не усматривали связи аппендицита с предшествующими агрессиями. Мы же описывали подобные наблюдения в качестве иллюстрации патогенетической связи травм и заболеваний (стрессоров) с развитием аппендицита в соответствии с адаптационной теорией.

В настоящем сообщении мы обращаем внимание на оценку симптома Кохера с позиций адаптационной теории патогенеза аппендицита. Мондор (1939 г.) писал «...начальная боль,

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

этот сигнальный симптом, в девяти случаях из десяти локализуется в подложечной области», поэтому приписывается желудку (эпигастритическая фаза). По данным В.И. Колесова (1972г.) острый аппендицит проявляется внезапным возникновением боли в подложечной области в 18% случаев. Эта эпигастральная фаза происходит по типу висцеро-висцеральных рефлексов. Через 1-2 часа боль смещается в правую подвздошную область. Эти эпигастральные боли могут вызвать подозрение на другие заболевания брюшной полости (перфоративную язву, отек поджелудочной железы, пищевую интоксикацию, острый гастрит).

По данным ряда других авторов, острый аппендицит начинается с боли в эпигастральной области в 50-70% случаев (Датхаев Ю.И., 1971г.; Иванов Ю.А., 1982г.). В.А. Бородач считает эту фазу стадией вегетативной боли, предшествующей соматической боли, в результате возбуждения вегетативных сплетений (печеночных и солнечного) вследствие начинающихся морфологических изменений в червеобразном отростке или в желчном пузыре при холецистите.

Наше пристальное внимание к вопросу симптома Кохера было привлечено в середине 90-х годов прошлого века наблюдением за больной с острым панкреатитом, у которой через трое суток появилась боль в правой подвздошной области. Клиническая картина аппендицита была настолько очевидной, что обсуждался вопрос об операции консилиумом в составе профессора, доцента и заведующего отделением. Было принято решение продолжить наблюдение. Боль стала уменьшаться и постепенно исчезла, а лечение панкреатита продолжалось до выздоровления. Дальнейшие многочисленные наблюдения утвердили нас в мысли о том, что за симптомом Кохера кроются разные степени изменений в поджелудочной железе (внутрипротоковая гипертензия, отек железы, панкреонекроз) с последующим вовлечением в патологический процесс червеобразного отростка. В качестве иллюстрации этого положения приводим наблюдения.

Больной Ч., 35 лет доставлен машиной скорой помощи 2 декабря 2017 года в 3 часа 50 минут, через 6 часов от момента заболевания, связанного с употреблением овощного салата. Жалобы на ноющую боль постоянного характера в эпигастральной области, многократную рвоту до 6 раз, сухость во рту, общую слабость. Общее состояние средней степени тяжести, кожа бледно-серого цвета, влажная, температура тела нормальная. Живот болезнен в верхней половине живота, симптомы раздражения брюшины отрицательны. На обзорной рентгенограмме брюшной полости признаков кишечной непроходимости не выявлено; УЗИ - стенка желчного пузыря до 3 мм, конкрементов в нем нет, контуры ПЖ неровные, нечеткие, структура неоднородная, экзогенность средняя и повышенная, проток - 1 мм, свободной жидкости не выявлено. Заключение: диффузные изменения ПЖ. Лейкоцитоз - 12,3 тыс., гемоглобин - 165 г/л, амилаза крови - 38,4 г/л/час.

Диагноз: острый панкреатит, токсемия средней степени тяжести. Лечение по протоколу острого панкреатита. Через 18 часов от начала заболевания ощутил боль в правой подвздошной области, однако врача не вызвал. Утром следующего дня, через 27 часов от заболевания ЧСС - 90 в минуту, лейкоцитоз увеличился до 14,8 тыс., стали слабо положительными симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье, локальная боль в правой подвздошной области. Через 32 часа проведена диагностическая лапароскопия, так как исключить аппендицит было невозможно. В брюшной полости небольшое количество серозного выпота, выражен сосудистый рисунок желчного пузыря, отросток выделен из сращений, он располагался ретроцекально и флегмонозно изменен. Аппендэктомия. Размеры отростка - 8,0 x 1,0 см, в просвете каловые массы. В течение последующих двух суток боль в эпигастрии при пальпации сохранялась, затем стихла. Выздоровление. Больной выписан домой с диагнозом острого флегмонозного аппендицита.

Больной Н., 56 лет после приема жирной пищи вечером к утру появились эпигастральные боли. По поводу панкреатита лечился в стационаре четыре года назад. Через 14 часов от появления эпигастральной боли появилась боль в правой подвздошной области при нормальной температуре тела.

Диагноз при поступлении: острый панкреатит, симптом Кохера. Через 24 часа боль в эпигастрии и в правой подвздошной области, температура тела - 37,2°C. Поскольку исключить острый аппендицит нельзя, решено провести диагностическую

лапароскопию. В разных отделах брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагического экссудата. В зоне тела поджелудочной железы геморрагическое пропитывание тканей и единичные стеариновые бляшки. Червеобразный отросток макроскопически не изменен. Дренаж брюшной полости. Диагноз: острый панкреатит, геморрагический панкреонекроз. Уровень амилазы в экссудате - 838,4 г/ч/л, в крови - 149,1 г/ч/л. Лечение по протоколу острого панкреатита. Выздоровление.

Анализ многочисленных наблюдений привел нас к выводу о том, что причиной эпигастральной боли, как правило, является острый панкреатит. Как болезнь адаптации панкреатит в качестве причин имеет множество факторов способных вызвать расстройства кровообращения, спазм сфинктера Одди, повышенную секрецию панкреатического сока с развитием внутрипротоковой гипертензии. Диапазон степени и скорости прогрессирования и регрессирования процесса в поджелудочной железе и червеобразном отростке - от мимолетного до многосуточного. В подобных случаях панкреатит выступает в роли регионального стрессора, как и многие заболевания, приводящие к развитию аппендицита.

Выводы.

1. Эпигастральная фаза симптома Кохера чаще всего связана с развитием острого панкреатита разной степени тяжести, выступающего в роли регионального стрессора в патогенезе аппендицита в соответствии с адаптационной теорией.

2. Атипичное течение аппендицита является поводом для поиска другого заболевания, послужившего причиной развития аппендицита, и его лечения.

Уринбоев Б.К., Каттаханова Р.Ю.

Ферганский филиал РНЦЭМП
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Целью исследования явилось изучение динамики смещения срединных структур на ЭХОЭГ после удаления острых субдуральных гематом.

В Ферганском филиале Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи (ФФРНЦЭМП) по стандарту обследованы 86 больных с острыми субдуральными гематомами. Возраст больных колебался от 15 до 62 лет. Больные разделены на 2 группы.

1-я группа - 73 (85%) больных с неосложненным течением послеоперационного периода.

2-я группа - 13 (15%) больных с развитием послеоперационных гематом.

Проводилась динамическая регистрация М-эха ежедневно на протяжении недели после операции и через 2-3 дня в последующем. Средние показатели смещения М-эха в первый день после удаления гематом существенно отличались от дооперационных. Они были меньше на 2,3-3,7 мм особенно у лиц старших возрастных групп.

Статистический расчет в первой группе больных показал, средняя величина смещения М-эха в первый день после операции составила 3,9 мм. На протяжении 2-6 дней она стойко сохранялась на уровне 4,7 мм - с последующим уменьшением и нормализацией в течение третьей недели (2,4 мм).

Отличаются ли средние показатели смещения М-эха при образовании послеоперационных гематом? В наших наблюдениях (2-я группа) отмечено отчетливое увеличение его средних величин до 5,0 мм в первые сутки после операции с дальнейшим нарастанием до 6,1 мм на 2-3-и сутки и сохранением этой тенденции на 4-6-е сутки (5,4 мм). Разница этих показателей на протяжении 1-х-3-х суток по сравнению с соответствующими данными у больных первой группы была достаточно отчетлива. В различные сроки первой недели все больные второй группы повторно оперированы.

Таким образом, несмотря на прогресс диагностических исследований, ЭХО ЭС при отсутствии КТ и МРТ остается одним из доступных и необходимых методов исследований в диагностике внутричерепных гематом.

Фролов П.А., Заикин С.И., Кравцов С.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИБРОТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ (ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ)

Цель исследования. Оценить возможности диагностической и лечебной фибротрахеобронхоскопии (ФТБС) у больных с политравмой для определения факторов риска, влияющих на течение эндобронхита и прогноз.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование у 121 пострадавшего с политравмой в возрасте от 18 до 74 лет, получавших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за период с 2014 по 2016 гг. В условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ) им проведено 1426 ФТБС.

Критерием включения в исследование было: время от момента травмы ≤ 24 часа; продолжительность ИВЛ ≥ 72 часа, тяжесть травмы и тяжесть состояния пострадавших.

В зависимости от доминирующего повреждения пострадавшие были разделены на пять групп: 1-я группа - больные с доминирующей позвоночно-спинальной травмой; 2-я группа - больные с доминирующей торакальной травмой; 3-я группа - больные с доминирующей абдоминальной травмой; 4-я группа - больные с доминирующей скелетной травмой; 5-я группа - больные с доминирующей черепно-мозговой травмой.

Пациенты каждой изучаемой группы были разделены на две подгруппы - с благоприятным и неблагоприятным исходом. Состояние трахеобронхиального дерева оценивали на 1, 2, 3, 5, 7, 14 и 21 сутки после травмы, используя метод ФТБС, а также проводили цитологическое и микробиологическое исследование бронхиального смыва. Большинство составляли пациенты мужского пола (72,7%), трудоспособного возраста - от 18 до 74 лет (средний возраст $38,1 \pm 1,1$ лет). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ StatSoft Statistica 6.1 и IBM SPSS Statistics v.20 for Windows, при этом рассчитывали среднеарифметические величины (M) и стандартную ошибку средней (m). Отличия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У всех пациентов выполнялись диагностические и санационные ФТБС с момента поступления и в течение всего периода пребывания в ОРИТ. Различий продолжительности ИВЛ у пациентов с благоприятным и неблагоприятным исходом не выявлено. Средние сроки ИВЛ/ВИВЛ составили $12,7 \pm 6,2$ суток. Летальность составила 23,9%. При проведении патологоанатомического исследования умерших во всех случаях были выявлены пневмонии. Возбудителями трахеобронхита и пневмонии у всех пациентов данных групп по результатам бактериологического анализа чаще всего являлись *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus auricularis*. В зависимости от доминирующей патологии степень выраженности эндобронхита зависела от следующих факторов: аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути наблюдалась у 45 пациентов (37,2%), травматическое повреждение бронхов - у 25 (20,7%), обтурация просвета бронхов - у 17 (14,1%). Наибольшее количество бронхоскопий проведено пациентам с доминирующей позвоночно-спинальной травмой (579), что составило 40,6% ($p = 0,0004$) от всех ФТБС.

Выводы.

У пациентов с политравмой, в целях ранней диагностики аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути, травматического повреждения трахеобронхиального дерева и обеспечения адекватной проходимости бронхов, необходимо применять ФТБС с первых суток ИВЛ для своевременного лечения и профилактики бронхолегочных осложнений.

Независимыми факторами риска развития неблагоприятного исхода у пострадавших с политравмой являлись: наличие эндобронхита III степени, аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути и травматическое повреждение бронхов. У пациентов с тяжелыми

скелетными и торакальными травмами вследствие их сочетанного характера травматические повреждения бронхов более распространены.

Фролов П.А., Заикин С.И.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 0,2% ИНДИГОКАРМИНА В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Цель исследования. Оценить возможности панхромocolonosкопии (ПХКС) с использованием 0,2% индигокармина в выявлении толстокишечных неоплазий.

Материалы и методы исследования. В проспективное клиническое исследование вошли 465 пациентов, впервые подвергнувшихся тотальной колоноскопии (КС). Из исследования были исключены все пациенты, ранее подвергнувшиеся КС, с семейным полипозом, воспалительными заболеваниями кишечника, с ранее выявленным раком толстой кишки. Исследование проводили эндоскопами CF-V70L («Olympus») и EC-3485K («Pentax»).

По способу КС сформированы 2 группы. В группе сравнения проводили стандартное исследование видеocolonosкопом в белом свете. В основной группе с ПХКС проводилось распыление красителя индигокармина 0,2% с использованием спрей-катетера, проведенного через инструментальный канал эндоскопа.

Результаты исследования. 108 пациентов (21/19,4% мужчины и 87 женщин) вошли в основную группу с ПХКС, а 357 (120/33,6% мужчин и 237 женщин) - в группу сравнения. Возраст пациентов варьировался от 35 до 78 лет ($53,4 \pm 2,0$) - в основной, а в группе сравнения от 32 до 88 лет ($56,3 \pm 1,0$). Время КС составило $34,9 \pm 1,6$ минут в основной и $31,2 \pm 1,3$ минуту в группе сравнения ($p > 0,05$). Количество использованного при ПХКС 0,2% раствора индигокармина было $59,9 \pm 1,8$ мл. Всего выявлено 444 неоплазии у 465 пациентов, 174 в основной и 270 в группе сравнения. Достоверные различия по локализации неоплазий отмечены в нисходящей ободочной кишке в основной группе и сигмовидной кишке в группе сравнения. В основной группе чаще встречались неоплазии до 5 мм, чем в группе сравнения ($p = 0,0247$). Во время проведения исследования были удалены различными способами 45 (25,9%) неоплазий в основной группе и 72 (26,7%) - в группе сравнения. Размеры неоплазий в основной группе варьировались от 1 до 60 мм (диаметр $7,1 \pm 1,4$ мм, высота $2,2 \pm 1,4$ мм), в группе сравнения - от 1 до 70 мм (диаметр $8,0 \pm 0,9$ мм, высота $4,5 \pm 0,5$ мм).

Патогистологическая оценка материала: 120 (69%) аденом у 45 пациентов основной группы, 222 (82,3%) аденомы у 120 пациентов группы сравнения; 51 (29,3%) не-неоπλαстическое образование - у 24 пациентов основной группы и 36 (13,3%) - у 21 пациента группы сравнения ($p < 0,05$); инвазивный рак у 3 (2,8%) пациентов основной и у 12 (3,4%) группы сравнения. В основной группе чаще встречались плоские выступающие неоплазии (0-IIa тип) - 120 (69%) ($p < 0,0001$), а в группе сравнения полиповидные образования на ножке (0-Ip тип) - 36 (13,3%), ($p < 0,0001$) и на широком основании (0-Ib тип) - 168 (62,2%), ($p = 0,0037$) соответственно. Такие показатели, как количество неоплазий на 1 пациента, количество аденом на 1 пациента и количество не-неоπλαстических образований на 1 пациента, при ПХКС были выше, чем в контрольной группе (1,6, 1,1, 0,5 и 0,8, 0,6, 0,1 соответственно) ($p < 0,001$).

Выводы.

При морфологическом исследовании неоплазий, выявленных при обычной и ПХКС, отмечаются высокие показатели встречаемости аденом, как прекурсоров развития рака (82,3% и 69% соответственно), в том числе и с высокой степенью дисплазии. Не-неоπλαстические образования регистрируются в 2,2 раза чаще в группе пациентов с ПХКС. ПХКС с 0,2% индигокармином в сравнении с обычной КС чаще позволяет выявлять мелкие (до 5 мм в диаметре) и плоские неоплазии, существенно не отличается по продолжительности.

Шарифова Э.А., Галиев Ш.Ш.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ, ПОДРАСТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Проблема сексуального воспитания и сохранения здоровья подрастающего поколения в современных условиях приобретает особую актуальность. Взрослеющим мальчикам и девочкам необходимо знать и понимать процессы, происходящие с ними, научиться осознанно управлять своими эмоциями и поведением. Ключ к пониманию этих проблем лежит в овладении научно обоснованной информацией по вопросам психологии, физиологии, охраны здоровья, привития навыков гигиены и здорового образа жизни, взаимоотношения полов.

Запугивание, запреты тут не помогут, а только загонят проблему в тупик.

Нарушение в репродуктивной системе могут возникать, начиная с внутриутробного развития. Изменения специфических функций организма во многих случаях формируются в юном возрасте.

Такие социальные процессы, как урбанизация, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с бескорыстным применением лекарств оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной системы девочки. Снижается резистентность к инфекционным факторам внешней среды, ухудшается состояние местного иммунитета половых путей.

Неблагоприятные климатические условия сухих субтропиков оказывают выраженное влияние на репродуктивное здоровье подростков. В нашем регионе прослеживается акселерация физического и полового развития в целом.

Целью работы явилось изучение особенностей полового развития девочек подростков, проживающих в условиях субтропиков.

Материалом для исследования служили данные анкетирования среди школьниц, учащихся колледжей, результаты профилактических осмотров, отчеты по структуре гинекологических заболеваний среди подростков.

В программу обследования входило изучение возраста наступления менархе, становление менструальной функции, частоты заболеваний среди девочек подростков, соматической патологии. Под наблюдением находилось 50 девочек в возрасте 10-15 лет. Средний возраст наступления менархе составили 11,2±2,3 года. К 15 летнему возрасту менструации отсутствовали у 2-х девочек. С дефицитом массы тела и сочетанной экстрагенитальной патологией (частые респираторные заболевания, анемия).

У большинства девочек менструальный цикл установился в течение двух лет. Длительность менструального цикла варьировала от 21 до 35 дней, тенденция к укорочению менструального цикла отмечено у 5-и обследованных. По нашим данным, у девушек-подростков преобладают воспалительные заболевания влагалища и вульвы. Снижение реактивности организма на фоне хронического процесса или анемии приводит к нарушению равновесия между микрофлорой влагалища и организмом девушки-подростка.

В этих условиях легко проникает патогенная флора из ротоглотки, кишечника, кожи во влагалище. Кроме того, следует принимать во внимание и раннее начало половой жизни у подростков, что сопровождается с высоким риском инфекции, передаваемых половым путем. Частые простудные заболевания могут явиться причиной серьезных, иногда необратимых изменений подростков, проявляющихся в форме нарушения менструального цикла, новообразований матки и яичников. Своевременное начало полового воспитания среди детей, доступность и приемлемость информации в школах и других учебных заведениях о здоровье, разработка алгоритма профилактических мер по предупреждению заболеваний, позволяет сохранить и укрепить репродуктивное здоровье девушек-подростков, проживающих в Ферганской долине.

Шерматов Р.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОСОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Известно, что компенсаторно-приспособительные изменения, протекающие в органах и тканях, направленные на адаптацию организма к возникшим новым условиям, невозможны без определенных перестроек сосудистого русла.

Однако, компенсаторно-приспособительные изменения микрососудов слизистой оболочки желудка в динамике после тотальной колэктомии остается практически мало изученным. К сожалению, имеющиеся литературные данные по этому вопросу малочисленны и имеют в основном клинико-физиологическую направленность, их результаты часто разноречивы. Практически отсутствуют данные о комплексных исследованиях, раскрывающих состояние компенсаторно-приспособительных изменений интраорганных кровеносных сосудов слизистой оболочки различных отделов желудка после тотальной колэктомии.

Изучение динамики приспособительных и компенсаторных изменений развивающихся в желудке после тотальной колэктомии проводились на беспородных белых крысах-самцах с исходным весом 150-200 гр., которые были разделены на 2 группы:

В первой (опытной) группе, животные, подвергались тотальной резекции толстой кишки по методу S.O. Ayletta.

Вторая - контрольная группа.

Для изучения сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки различных отделов желудка на 3, 7, 15, 30, 60, 90 и 120-е сутки после тотальной колэктомии, животным в каждой группе произведена наливка сосудов. Для этого в грудную аорту вводили по 2-2,5 мл масса Герота по методу Х.Х. Камилова. После этого комплекс органов погружали для фиксации в 8-10% нейтральный раствор формалина на 3-5 суток и более. Для исследования сосудов желудка брали кусочки из различных отделов, которые после обезжизивания в спиртах заливали в парафин. На срезах толщиной 7-10 мкм определили морфологические и морфометрические показатели сосудистого русла стенки желудка. Диаметр артериол, венул и капилляров измеряли с помощью окуляр-микрометра.

В ранние сроки после тотальной колэктомии (3-15 сутки) в слизистой оболочке всех отделов желудка наблюдаются изменения воспалительно-дисциркуляторного характера, которые проявляются нарушением циркуляции крови в сосудах микроциркуляторного русла, расширением их просвета с выраженным стазом крови. Наиболее реактивные изменения, которые выражаются резким расширением сосудов микроциркуляторного русла наблюдаются в стенке слизистой пилорического отдела желудка. В частности, наблюдаются резкое расширение всех внутриорганных венозных сосудов, появление в их стенках варикозных выбуханий, увеличение просветов артерий и артериол, появление повреждений тонкостенных сосудов микроциркуляторного русла (капилляров), приводящих к нарушению их проницаемости.

Через 30-90 суток после тотальной колэктомии в кровеносных сосудах слизистой желудка отмечаются преобразования, характеризующиеся постепенным исчезновением гемодинамических нарушений в микроциркуляторном русле. Микрососуды слизистой оболочки во всех отделах желудка, особенно в ее фундальной части, продолжают оставаться кровенаполненными.

Через 120 суток после тотальной колэктомии общеморфологическая картина сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки всех отделов желудка идентична таковых контрольных. Прекапиллярные сфинктеры функционируют, как в условиях обычной гемодинамики. Просветы одних расширены, а других - сужены. Функциональное состояние сфинктеров определяется потребностями гемодинамики микроциркуляторного русла.

Яковлева Н.В., Заикина И.В., Агаджанян К.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ

Актуальность исследования. Патологические процессы эндометрия являются наиболее распространенной патологией слизистой тела матки и представляют собой гетерогенную группу патологических процессов, включающих гиперпластические процессы эндометрия; полипы эндометрия, воспалительные процессы слизистой оболочки матки. Рак эндометрия занимает 2 место после рака молочной железы у женщин.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и лечения патологических процессов эндометрия у пациенток репродуктивного и перименопаузального периодов.

Материал и методы исследования. За период с 11.01.16 по 25.12.16 гг. в отделении гинекологии было проведено комплексное обследование и лечение 335 пациенток с патологией эндометрия, что составило 31,3% от общего числа больных.

Был проведен анализ 60 историй болезни пациенток с патологией эндометрия. Выделены 2 группы больных: I группа - 30 пациенток репродуктивного возраста от 18 до 49 лет. Средний возраст больных составил 42,33±лет. II группа - 30 больных перименопаузального возраста 49 лет и старше. Средний возраст больных составил 55,56±лет.

Наиболее частой причиной обращения женщин к гинекологу служили аномальные маточные кровотечения. У пациенток I группы преобладали жалобы на кровотечения по типу менометроррагии, хронические боли внизу живота, слабость, недомогание, бесплодие. У половины больных 2-ой группы заболевание протекало бессимптомно и выявлялось при проведении УЗИ органов малого таза. У 51% больных отмечались ациклические кровотечения различной интенсивности, чаще мажущего характера.

При анализе гинекологической заболеваемости выявлено, что у 86,7% женщин в анамнезе были аборт или выкидыши, использовали ВМС - 46,7%, миома тела матки выявлена у 50%, воспалительные заболевания органов малого таза - у 73,3%, кисты яичников - у 13,3%, достоверных различий между двумя группами не выявлено.

При анализе экстрагенитальной патологии у пациенток репродуктивного возраста преобладали анемия 26,6%, заболевания желудочно-кишечного тракта (23,3%), сердечно-сосудистые заболевания (23,3%). У пациенток перименопаузального возраста отмечалось сочетание различных экстрагенитальных заболеваний. На первом месте были заболевания сердечно-сосудистой системы (63%), желудочно-кишечные заболевания (37%), ожирение (26,6%), болезни мочевыделительных путей и щитовидной железы.

Всем больным с патологическими процессами эндометрия было проведено комплексное обследование, которое включало: клинико-anamнестическое и лабораторное обследование, бактериологическое исследование, УЗИ матки и придатков, гистероскопию с прицельной биопсией патологической ткани, гистологическое исследование.

Результаты исследования. При гистероскопическом обследовании были выявлены следующие патологические процессы эндометрия. У женщин репродуктивного возраста наиболее часто выявлялись железисто-фиброзные полипы эндометрия - 16 (53,3%), гиперплазия эндометрия - 4 (13,3%), эндометрит - 9 (30%). Признаками воспалительного процесса при гистероскопическом обследовании являлись гиперемия, отек слизистой оболочки матки, наличие микрополипов.

У пациенток в перименопаузе также преобладали железисто-фиброзные полипы эндометрия - 17 (56,6%), фиброзные полипы и подслизистая миома тела матки - у 5 (16,7%), гиперпластический процесс эндометрия диагностирован у 5 (16,7%), атипичная гиперплазия эндометрия - в 2-х случаях, рак эндометрия - в 1 случае.

Проведена дифференциальная оценка совпадений диагноза УЗИ исследования и результата гистероскопии, а также оценка совпадения гистероскопического и патолого-анатомического диагноза. Совпадение УЗИ и данных гистероскопии в I группе составило

90% (27 случаев из 30), во II группе - 73,3% случаев. (22 случая из 30). Совпадение гистероскопического и патолого-анатомического диагноза в I группе отмечено в 80% случаев, во II группе - в 76,6%. Наибольшее число случаев расхождения (8) отмечалось при выявлении мелких железисто-фиброзных полипов эндометрия.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия состояла из двух этапов. На I этапе всем больным проводилась гистероскопия, удаление патологических образований из полости матки (полипов, подслизистых миом) и раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

На втором этапе назначалась гормональная терапия. В репродуктивном периоде она была направлена на устранение ановуляции, установление циклической секреторной трансформации эндометрия. В менопаузе гормонотерапия рекомендовалась с целью достижения стойкой аменореи и атрофии эндометрия. Вид гормонотерапии определялся гистологической картиной эндометрия, возрастом пациентки, наличием сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, а также возможных противопоказаний.

У женщин репродуктивного возраста терапия проводилась с использованием гестаген-эстрогеновых препаратов или гестагенов. При железисто-кистозной гиперплазии продолжительность курса составила 3-6 месяцев, при рецидивирующей гиперплазии - 6-8 месяцев. При атипической гиперплазии эндометрия использовали агонисты гонадотропин рилизинг гормонов (дифереллин, бусерелин - депо 3,75 мг 1 раз в 28 дней 6 мес.). После удаления фиброзных полипов женщинам менопаузального возраста гормонотерапия не проводилась. При неэффективности гормональной терапии или наличии противопоказаний к ее применению использовали гистерорезектоскопию, резекцию или абляцию эндометрия (у 6 больных). Гистерэктомия как радикальный метод лечения сочетанных пролиферативных заболеваний выполнена у 16% женщин.

Выводы.

Факторами риска развития пролиферативных процессов эндометрия являются внутриматочные выскабливания, хронические воспалительные заболевания матки, миома тела матки. Эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний матки отличаются высокой информативностью, минимальной инвазивностью, хорошей переносимостью, короткими сроками пребывания в стационаре и быстрой реабилитацией. Своевременное гистероскопическое оперативное вмешательство позволяет полностью удалить патологическую ткань и предупредить переход пролиферативного процесса в рак.

Яковлева Н.В., Ванеева Л.С., Агаджанян К.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность исследования. Миома матки является одним из самых распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы. Поэтому внедрение малоинвазивных органосохраняющих операций у данного контингента больных является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучить эффективность органосохраняющих методов в лечении миомы тела матки у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2017 гг. в отделении гинекологии прооперировано 374 женщины репродуктивного возраста с миомой тела матки. Средний возраст больных составил $38,3 \pm 4,5$ года. У большинства женщин (90,3%) диагностировано вторичное бесплодие. Среди сопутствующей гинекологической патологии наиболее часто встречались воспалительные заболевания матки и придатков (87%), аденомиоз (67%), гиперпластические процессы эндометрия (45%). Из клинических симптомов доминировали жалобы на менометроррагию (97,3%), дисменорею (93,7%), хроническую тазовую боль и бесплодие.

Результаты исследования. При проведении органосохраняющих оперативных вмешательств

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

у пациенток с миомой тела матки мы использовали 3 оперативных доступа: лапароскопический, лапаротомический и гистероскопический. При интерстициальном и интерстициосубсерозном расположении узлов лапароскопический доступ применен у 80% (300) больных. Для уменьшения кровопотери при проведении лапароскопической миомэктомии предварительно осуществляли гидропрепаровку узлов. При вылушивании миоматозных узлов использовали биполярные инструменты и ультразвуковой скальпель, что позволяло значительно уменьшить кровопотерю и коагуляционное повреждение миометрия. После этого проводили обязательное ушивание дефекта миометрия и серозной оболочки матки. Использовали технику экстракорпорального завязывания узлов. После марселяции миоматозных узлов проводили тщательный осмотр брюшной полости и ее санацию. В конце операции использовали противоспаечные барьеры, так как миомэктомия всегда связана с повышенным спайкообразованием.

Лапароскопический доступ не всегда позволял провести адекватное сопоставление краев раны после удаления больших интерстициальных узлов при атипичном их расположении и при множественной миоме матки. В этих случаях мы использовали лапаротомический доступ.

Главным критерием при выборе хирургического доступа для нас являлась возможность послойного ушивания стенки матки, чтобы в дальнейшем сформировался полноценный рубец, который был бы состоятельным при последующей беременности. Переоценка технических возможностей при использовании лапароскопического доступа для удаления крупных и множественных интерстициальных миоматозных узлов чревата несостоятельностью рубца и разрывом матки во время беременности и родов.

Миомэктомия лапаротомным доступом выполнена у 74 женщин. Среднее количество удаленных узлов при лапаротомической миомэктомии составило $5,9 \pm 4,4$ (от 1 до 15), средний размер удаленных узлов - $11,9 \pm 4,1$ см. Общая кровопотеря составила $329 \pm 98,6$ мл. Средний койко-день составил $8,6 \pm 0,6$ дней, что в 1,5 раза было больше, чем после лапароскопической миомэктомии.

Гистероскопический метод мы использовали у 39 пациенток с субмукозным расположением узлов. Наиболее часто наблюдалось сочетание субмукозных миом с субсерозными, что потребовало использования комбинированного эндоскопического доступа: гистероскопического и лапароскопического.

Трансцервикальная миомэктомия проведена нами при помощи гистерорезектоскопа двумя методами: механическим и электрохирургическим. Гистероскопическая механическая миомэктомия выполнена у 7 пациенток при субмукозных узлах 0 типа размером 1-3 см. Гистероскопическая электрохирургическая миомэктомия использовалась нами при миоматозных узлах I и II типа размером до 5 см у 32 женщин. Электрохирургическая миомэктомия была эффективна при удалении крупных субмукозных миоматозных узлов на широком основании.

Серьезных осложнений во время миомэктомии мы не наблюдали. В 11 (4,3%) случаях был переход с лапароскопии на лапаротомию из-за атипичного расположения крупных узлов и высокого риска развития кровотечения.

В послеоперационном периоде пациенткам была рекомендована контрацепция от 6 до 12 месяцев. При небольших одиночных миомах назначали низкодозированные гормональные контрацептивы. При множественных, гигантских миомах - агонисты гонадотропин рилизинг гормонов (дифереллин, бусерелин - депо $3,75$ мг 1 раз в 28 дней 3-6 мес.). Через 6-12 месяцев после операции данным пациенткам проводили дополнительное обследование: УЗИ матки и придатков, МРТ (по показаниям), оценку овариального резерва и состоятельности рубца на матке, проверку проходимости маточных труб.

Спонтанная беременность в течение 2 лет наступила у 45% женщин при изолированной маточной форме бесплодия и у 28,9% женщин при сочетании маточного и трубного фактора бесплодия. Средний срок наступления беременности после миомэктомии составил $(11,9 \pm 2,5)$ мес. Несостоятельности послеоперационного рубца не было выявлено ни в одном случае. Рецидив миомы в течение 5 лет отмечен у 10 женщин (3,4%).

Выводы.

Таким образом, применение дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения у пациенток с миомой тела матки с использованием малоинвазивных эндоскопических методик привело к снижению травматичности оперативных вмешательств,

уменьшению частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, сократило в 1,5 раза сроки пребывания в стационаре.

Комбинированное использование малоинвазивных эндоскопических методик в сочетании с гидропрепаровкой и противоспаечными барьерами позволило оптимизировать результаты хирургического лечения, способствовало сохранению и восстановлению репродуктивной и менструальной функций у молодых женщин.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ**

Абдулхакимов А.Р., Асанов М.Р., Абдулхакимова Э.Б.

Центральная поликлиника г.Фергана
Андижанский государственный медицинский институт
г.Фергана, Узбекистан

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ В МИРЕ

Ожирение относится к числу наиболее серьезных проблем медицинского и социального - экономического плана, так как влияет на сокращение продолжительности жизни и ухудшение качества жизни больных. Он доставляет психофизический дискомфорт, вызывает сексуальные расстройства, заболевания позвоночника и суставов. Повышает риск развития атеросклероза, ИБС, гипертонии, инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета, поражений почек, печени, а также инвалидности и смертности от этих заболеваний. Женщины подвержены развитию ожирения вдвое чаще, чем мужчины, а критический возраст для появления лишнего веса - от 30 до 60 лет. Пациенты с ожирением чаще в 2-3 раза страдают гипертонической болезнью, в 3-4 раза - стенокардией и ИБС, чем лица с нормальным весом.

Развитие ожирения чаще всего вызывается нарушением баланса между поступлением энергии с пищей и энергетическими затратами организма. Увеличение запасов жира ведет к нарастанию массы тела и нарушению функционирования многих систем организма. Переедание приводит к ожирению более чем в 90%, еще около 5% случаев ожирения вызвано расстройством обмена веществ.

За минувшие 35 лет число пациентов с ожирением удвоилось. А за последние 10 лет - выросло на 75%. Если еще в 2003 году по данным ВОЗ симптомами ожирения на нашей планете, в той или иной степени, страдало около 1,7 млрд. совершеннолетних жителей, то медицинская статистика 2014 года огласила новую цифру - более 1,9 млрд. взрослого населения Земли имеют лишние килограммы. Последние данные говорят о том, что из 13% граждан всех стран, которым уже исполнилось 18 лет, имеют ожирение, а еще 39% грозят получить его в скором времени, если не избавятся от имеющегося у них избытка веса. Жизнь человека, у которого налицо ожирение, обрывается в среднем на 10 лет раньше, в сравнении с теми счастливицами, чей вес идеален. По прогнозу к 2025 году на нашей планете будут нуждаться в лечении ожирения половина всех представительниц прекрасного пола и около 40% - сильного.

Вывод.

Ожирение, несомненно, одно из заболеваний, над которым надо задуматься. Своей распространенностью, трудностью лечения и профилактикой оно все больше становится проблемой современной медицины.

Абдулхакимов А.Р., Асанов М.Р., Абдулхакимова Э.Б.

Медицинское объединение г.Фергана многопрофильная поликлиника
Андижанский государственный медицинский институт
г.Фергана, Узбекистан

РОЛЬ ЗНАНИЙ ИБН СИНЫ В РАЗВИТИИ ФИЗИЧЕСКИХ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ КУЛЬТУР

Многие годы Ибн Сина посветил изучению и развитию медицины. Ибн Сина - автор многих научных трудов как медицины, так и других наук. Его основными медицинскими произведениями являются: «Канон врачебной науки», «Лекарственные средства», «Поэма о медицине», «Трактат о пульсе», «Мероприятия для путешественников», «Кровеносные сосуды для кровопускания» и др. Он также обращал внимание, на то что в лечении болезней необходимы не только лекарства или медицинские манипуляции на теле человека, но и физические упражнения в оздоровительной и лечебной практике. Ибн Сина называл их самым главным условием здоровья. На следующее место он ставил режим питания и сна. Он писал, что «основное в искусстве сохранения гармонии - это уравнивание необходимых факторов: уравниваемость натуры;

Клинические аспекты терапии и педиатрии

выбор пищи; очистка от излишков; сохранение телосложения; улучшение того, что вдыхается через нос; приспособление одежды; уравновешенность физического и душевного движения». Дал определение физическим упражнениям - произвольные движения, приводящие к непрерывному, глубокому дыханию. Даже сегодня применяются некоторые упражнения, основанные по методике ученого.

Он утверждал, что, если человек умеренно и своевременно занимается физическими упражнениями и соблюдает режим, то он не нуждается ни в лечении, ни в лекарствах. Прекратив эти занятия, он чахнет. Физические упражнения укрепляют мышцы, связки, нервы. Он советовал при занятиях учитывать возраст и здоровье. Высказывался о массаже, закаливании холодной и горячей водой.

Вывод.

Наследие гениального врача Средних веков не только не утратило своей актуальности, но и должно учитываться при современном изучении проблем лечения многих болезней.

Адамович В.А., Конюх Е.А.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
г.Гродно, Беларусь

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Актуальность исследования. В современной нефрологии хроническую почечную недостаточность (ХПН) рассматривают в рамках хронической болезни почек (ХБП). По критериям ВОЗ ХПН соответствует стадии 3-5 ХБП.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторную характеристику хронической почечной недостаточности (ХБП С3-С5) у детей г.Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни 14 пациентов, находившихся на обследовании и стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» за период 2006-2014 гг.

Результаты исследования. Возраст пациентов на момент поступления составлял 10,08 (7,56-13,76) лет. В сельской местности проживало 6 детей (43%), в городе - 8 (57%). У 4 пациентов (28,5%) была диагностирована I стадия ХПН (у 1 ребенка прогрессирование до ХПН IV отмечено в течение 3,5 лет), у 5 (35,7%) - ХПН II (у 1 ребенка прогрессирование до ХПН III в течение 3 лет), у 4 (28,5%) - ХПН III, у 3 (21,4%) - терминальная стадия ХПН (тХПН). В 57% случаев причиной ХПН были врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, хронический гломерулонефрит - в 21,4% случаев, у 14,2% детей - как исход гемолитико-уремического синдрома, у 1 ребенка (7,1%) вследствие новообразования почки. Длительность основного заболевания на момент госпитализации составила 4,6 (3,0-6,0) года, длительность ХПН - 3,0 (0,94-4,0) года. Срок развития ХПН от начала основного заболевания составил 2,0 (0,86-2,0) года.

Основными жалобами, которые предъявляли пациенты при поступлении в стационар, были проявления астенического синдрома (50%), анемического (71,4%), гипертензионного (57,1%), синдрома уремии интоксикации (42,9%), у 14,2% отмечался отечный синдром.

Исследование лабораторных показателей показало, что уровень гемоглобина крови составил 116 (104-129,5) г/л, отмечалось повышение уровней мочевины и креатинина до 13,9 (10,4-16,0) ммоль/л и 222 (105-490) мкмоль/л, соответственно. Содержание холестерина было в пределах 4,3 (3,7-5,4) ммоль/л, уровень общего белка составил 64 (53-68) г/л. При исследовании ионограммы значительных отклонений от нормативных возрастных показателей выявлено не было: K^+ - 4,7 (4,1- 5,1) ммоль/л, Ca^{2+} - 2,16 (2,09-2,36) ммоль/л, Na^+ - 138 (131,9-139,8) ммоль/л. При анализе показателей общего анализа мочи было выявлено повышение кислотности мочи у 28,7% пациентов, щелочная реакция отмечалась у 50% детей. У всех госпитализированных установлено нарушение концентрационной функции почек: относительная плотность мочи - 1008 (1006-1012), у 50% - нарушение реабсорбции глюкозы. Уровень

суточной протеинурии составлял 0,34 (0,15-0,54) г/сутки.

При анализе катамнестических данных у 1-го ребенка с тХПН, получавшего заместительную почечную терапию перитонеальным диализом в течение 3,5 лет, отмечался летальный исход у 2-х (длительность терапии диализом 2,8 лет и 3,2 года) - проведена трансплантация почки, 6 пациентов с ХПН III по достижении 18 лет переданы под наблюдение терапевтов и нефрологов, 5 - периодически проходят обследование и лечение в нашем стационаре и Республиканском центре детской нефрологии и заместительной почечной терапии г.Минска.

Выводы.

Основной причиной развития являются врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей (57%), что согласуется с данными литературы. В среднем ХПН развивается в течение 2-х лет от начала основного заболевания. До 2014 года, по нашим данным, трансплантация почки проводилась не позднее 3-х лет диализной терапии.

Азизова Н.Н.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Известно, что воспроизводство населения имеет конкретный общественно-исторический характер, и темпы роста численности населения имеют свои отличия, как во времени, так и в пространстве. Эти отличия обуславливаются, главным образом, общественно-экономической ситуацией в стране, а также особенностями условий и образом жизни населения.

В годы независимости в Узбекистане сложилась новая демографическая ситуация, многие черты которой в корне отличаются от демографической обстановки советского периода развития страны. Это прежде всего относится к основным демографическим процессам - рождаемости, естественного воспроизводства населения, миграции и урбанизации.

Методы исследования. Проводилось сплошное ретроспективное исследование населения республики Узбекистан методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных таблиц Государственного комитета статистики Республики Узбекистан).

Результаты исследования. Демографическую ситуацию в Узбекистане за период с 1897 до 1920 года следует охарактеризовать как неблагоприятную. Тогда имели место диспропорция полов, высокая рождаемость и высокая смертность. Показатель естественного прироста населения вследствие этого был чрезвычайно низким и составил немногим более 10,0 человек в расчете на 1000 жителей.

Таким образом, несмотря на высокую смертность и короткую продолжительность жизни (32 года), ежегодный, хотя и незначительный, прирост населения обеспечивался высокой рождаемостью.

Известно, что первая мировая война привела к повышению смертности и сокращению численности населения в Туркестане. Снижение рождаемости после первой мировой войны в сочетании с высокой смертностью не восполняли потери людей, и число их снижалось вплоть до 1918 г. Затем уже постепенно начинается увеличение числа жителей края. Но даже в 1939 г. оно не достигло уровня 1914 г.

Влияние второй мировой войны особенно ощутимо сказалось на демографических показателях: была нарушена половозрастная структура населения, остались нереализованными потенциальные возможности бракосочетания, многие семьи лишились мужей и отцов, что резко снизило темпы воспроизводства населения. Если численность населения Узбекистана в 1940 году составляла 6645 тыс. человек, то лишь к 1954 году достигло своего довоенного уровня.

В послевоенные годы воспроизводство населения в Узбекистане шло ускоренными темпами. Поэтому численность населения республики между двумя переписями (1939-1959 гг.), то есть за 20 лет, увеличилась на 1679 тыс. человек, или на 26,1%, а в 1959-1970 гг. такой рост составил 3681 тыс. человек (45,3%).

С 1970 г. численность населения Узбекистана увеличилась на 30,4%, с 1970 по 1989 гг. на 29,3% в результате значительного падения рождаемости с 1989 по 2000 гг. темп увеличения населения снизился и составил 23,8%. С 2000 г. по 2016 г. темп увеличения

Клинические аспекты терапии и педиатрии

населения составил 30,3%.

В 2015 году численность населения Узбекистана составила 31 млн. 22,5 тыс. человек. Среди стран СНГ Узбекистан занимает 3-е место по численности населения, после РФ и Украины; в мире - 43 место, в Азии -18-е.

Таким образом, численность населения республики имеет тенденции к увеличению, однако в последние десятилетия под влиянием множества демовоспроизводственных факторов интенсивность возрастания населения снижается, и в результате этого темп роста населения имеет тенденции к уменьшению.

Азимова М.К.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАНЦЕРОГЕННЫХ АГЕНТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОПУХОЛЕЙ

В настоящее время проблема борьбы со злокачественными новообразованиями не только является одной из наиболее актуальных в медицине, но и затрагивает многие аспекты социальной жизни общества. Высокие показатели смертности от злокачественных новообразований и связанные с этим значительные социально-экономические потери позволяют обоснованно рассматривать борьбу со злокачественными новообразованиями как государственную проблему.

По современным представлениям, две группы факторов окружающей среды могут оказывать влияние на опухолевый процесс.

Первая из них - это канцерогенные агенты окружающей среды, оказывающие специфическое бластомогенное действие на живой организм.

Вторую группу составляют модифицирующие факторы канцерогенеза, которые могут, нередко очень существенно, влиять на опухолевый процесс, обусловленный действием специфических канцерогенных агентов.

Канцерогеном называют агент, способный вызвать или ускорять развитие новообразования, независимо от механизма его действия или степени специфичности эффекта. В настоящее время твердо установлено, что опухоли могут вызываться химическими, физическими или биологическими агентами.

К физическим канцерогенным агентам окружающей среды следует отнести различные виды ионизирующей радиации, а также ультрафиолетовое излучение и механические травмы тканей. Ионизирующая радиация, обнаруживаемая в сфере обитания человека, складывается из естественного радиационного фона и из ионизирующего излучения источников, происхождение которых обусловлено деятельностью людей. Наибольший удельный вес имеет использование ионизирующего излучения в медицине (диагностика и терапия). Радиационная нагрузка такого происхождения достигает около 30% от полной нагрузки на человека ионизирующего излучения из всех возможных источников. Имеются наблюдения о значительной онкоопасности действия, особенно на детей, небольших, но достаточно часто повторяющихся доз рентгеновского облучения. Отмечается повышенная чувствительность к действию ионизирующей радиации организма плода и детей в период первых месяцев постнатального развития.

Вторым важным лучевым канцерогенным фактором окружающей человека среды является солнечная ультрафиолетовая радиация. На основании эпидемиологических исследований сделан вывод, что преобладающее большинство различных форм рака кожи следует рассматривать как географическую патологию, связанную с длительным избыточным воздействием солнечных УФЛ. Важное этиологическое значение солнечные УФЛ имеют также для рака губы и злокачественной меланомы кожи.

Известно, что в результате антропогенных воздействий на стратосферу возможно уменьшение толщины ее озонного слоя, что ведет к усилению потока УФЛ, достигающих сферы обитания человека. Между тем увеличение интенсивности ультрафиолетовой радиации Солнца на 1% повышает частоту рака кожи на 2%.

В последнее время начинает привлекать внимание, с точки зрения потенциальной онкологической опасности, еще один физический фактор окружающей человека среды. Речь идет о магнитных полях. С развитием научно-технического прогресса повышается вероятность воздействия на людей переменных и постоянных магнитных полей. Между тем уже сейчас имеются данные, на основании которых можно по крайней мере подозревать канцерогенный эффект таких воздействий на людей.

Таким образом, эффект влияния канцерогенных факторов окружающей среды на онкологическую заболеваемость населения может быть сильно искажен в результате воздействия на бластомогенный процесс многих причин. Все это существенно усложняет выработку программы санитарно-гигиенической профилактики рака.

Аксененко А.В., Громакина Е.В., Попкова С.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово
ООО Центр коррекции зрения «ЛазерОптик»
г. Новокузнецк, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ШАХТЁРОВ РАЗНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

Условия труда горнорабочих характеризуются выраженной опасностью и тяжестью, что приводит к комплексному воздействию неблагоприятных факторов среды на организм шахтеров, в том числе и на орган зрения. Для допуска к работе под землей и продолжению трудовой деятельности шахтеры с аномалиями рефракции вынуждены использовать хирургические методы коррекции - эксимерлазерные рефракционные операции на роговице. Использование любых других методов коррекции (очки, контактные линзы) исключается на законодательном уровне (приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302Н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ...»).

Актуальным вопросом, особенно для Кемеровской области, где угольная промышленность является регионообразующей отраслью, является изучение состояния органа зрения шахтеров после эксимерлазерных операций.

Цель исследования. Изучить офтальмологические показатели в отдаленном послеоперационном периоде у шахтеров разных подземных специальностей.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали шахтеры области, занятые на подземных работах, специальности которых относятся к классу вредности 3, степень 4. Все шахтеры - мужчины с диагнозом миопия различных степеней, в том числе с астигматизмом, которым проведена рефракционная операция на роговице на оба глаза не менее года назад. В группу исследования вошли 84 пациента (168 глаз), из них горнорабочий подземный (ГРП) - 37 человек, проходчик - 24 человека, машинист горных выемочных машин (МГВМ) - 16 человек, горнорабочий очистного забоя (ГРОЗ) - 7 человек.

У всех пациентов тщательно собран анамнез и проведено комплексное офтальмологическое обследование. Статистический анализ выполнен в программе STATISTICA 10 («StatSoftInc.», США). При $p < 0,05$ различия признавались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. Шахтеры всех профессиональных групп были сопоставимы по среднему подземному стажу работы на момент контрольного осмотра ($10,69 \pm 7,28$; $12,95 \pm 6,91$; $16,78 \pm 8,69$ и $13,2 \pm 5,6$ соответственно) и среднему возрасту ГРП - $30,1 \pm 7,63$, проходчики - $33,2 \pm 5,87$, МГВМ - $35 \pm 7,97$, ГРОЗ - $34,2 \pm 6,5$ (во всех группах сравнения $p > 0,05$).

В группах шахтеров основных подземных специальностей статистически значимых различий остроты зрения не выявлено, при всех множественных сравнениях $p > 0,05$. Показатели остроты зрения (OD/OS) у ГРП $1,05 \pm 0,31 / 1,03 \pm 0,3$, у проходчиков $1,06 \pm 0,24 / 0,97 \pm 0,2$, у МГВМ $0,95 \pm 0,2 / 1,03 \pm 0,2$ и у ГРОЗ $1,04 \pm 0,21 / 1,04 \pm 0,1$. Во всех группах средний показатель остроты зрения обоих глаз соответствует требованиям медицинской комиссии для допуска к труду (visus не ниже 0,8/0,5). Показатели сферы и астигматизма в группах также статистически не отличались между собой.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Использование слезозаменителей (СЗ) улучшает функциональные показатели слезного аппарата. Так, в группе ГРОЗ наибольший процент использования препаратов и наибольшие значения нормальных показателей - тест Ширмера (71,43%), проба Норна (85,7%). В группе МГВМ, где СЗ не использовались, наибольший процент пациентов с тяжелой степенью синдрома сухого глаза (ССГ) - 12,5% и самые низкие показатели пробы Норна (норма только у 37,5%). Также отмечено, что по сравнению с другими группами наибольший процент пациентов, которые не предъявляют жалобы в группе ГРОЗ - 57,1%, а наименьший - у МГВМ - 43,75%.

Выводы.

Полученные функциональные результаты оптикореконструктивных операций на роговице у шахтеров высокие и не отличаются между собой в разных профессиональных группах. Применение СЗ у горняков позволяет снизить риск развития ССГ и улучшает субъективную оценку качества жизни в послеоперационном периоде.

Анисимова А.В., Бритвина О.П., Артамонова О.Н.

Государственное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская городская детская клиническая больница N 1»
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ

Вопросы рационализации питания школьников из года в год волнуют родителей и медиков. Заложенные в детстве и подростковом периоде пищевые привычки и предпочтения сопровождают человека и во взрослой жизни. Правильное питание является одним из составляющих здорового образа жизни наряду с физической активностью, соблюдением режима дня, правилами гигиены, отказом от вредных привычек. Школьный подростковый возраст особенно тревожен в этом плане. Они уже меньше контролируются родителями, могут отказываться от питания в школе, в связи с чем зачастую их рацион становится несбалансированным, что может впоследствии оказать негативное влияние на здоровье. В то же время высокая нагрузка в школе, насыщенность учебных программ требует сбалансированности рациона питания.

Цель исследования. Изучение особенностей рациона и режима питания школьников-подростков.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование школьников 15-17 лет, учащихся общеобразовательных школ центрального района г.Кемерово по вопросам рационального питания.

Результат и обсуждение. Анкетирование подростков проходило в рамках профилактических осмотров. В ходе обследования в Центре здоровья для детей и подростков ГАУЗ КО «КГДКБ N 1». Школьникам предлагают заполнить анкету, состоящую из 6 пунктов, отражающую кратность питания и употребления различных групп продуктов. Результаты анкетирования показали несоблюдение режима питания 36% школьников. Отсутствие в рационе ежедневного употребления фруктов и овощей у 41%, белковых продуктов (мяса и рыбы) у 30% подростков. Ежедневно не получают молочные продукты 37% школьников. Несбалансированность рациона усугубляется нежеланием подростков получать горячее питание в стенах школ - 60% опрошенных.

Такие данные анкетного опроса послужили толчком к проведению просветительской работы. Врачами Центра здоровья разработаны лекции-презентации и проведены беседы по вопросам рационального питания со школьниками города и их родителями, в которых приняло участие более 1000 человек.

Выводы.

Введение анкетирования по вопросам рационального питания в профилактические осмотры позволяет выявить нарушения питания у подростков-школьников и рационально планировать просветительские мероприятия, в том числе с родителями.

Астанакулов Д.Й.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

На пороге 21 века туберкулез продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в мире, в связи с различными факторами, влияющими на развитие этой болезни. По расчетным данным ВОЗ, если в целом ситуация по туберкулезу и стабилизируется, то во всем мире нарастает частота лекарственно-устойчивых форм туберкулеза и сочетания ВИЧ и ТБ. Ежедневно в мире погибает от туберкулеза около 5000 человек. Смертельное сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) грозят еще более серьезными последствиями. Показатели заболеваемости туберкулезом снижаются или стабилизируются во всех регионах мира, кроме стран Африки и Восточной Европы. Ощутимы экономические последствия от туберкулеза, так как основная часть заболевших туберкулезом приходится на трудоспособное население.

27 января 2006 года в Давосе, в рамках Всемирного экономического форума, состоялась официальная презентация Глобального плана борьбы с туберкулезом. Главными задачами плана являются снижение смертности от туберкулеза и уровня заболеваемости, повышение качества лечения больных, внедрение социальной поддержки. Последние расчетные данные по ТБ в мире в 2008 году: все формы ТБ - 9,4 млн, из них смертность - 1,9 млн.

Рост показателя заболеваемости туберкулезом в Узбекистане начался с 1990 г. (48,4 на 100 тыс. населения) и в 2003 г. он достиг 77,2 на 100 тыс. населения.

Наиболее пораженные регионы - Приаралье, Бухара, Сыр-Дарья, Самарканд. Так на заседании штаба Минздрава РУз в 1998 году ситуация в Республике Кара-Калпаке оценена как эпидемия: болезненность - 302, заболеваемость - 109,2, смертность - 34,6. Смертность от туберкулеза в Узбекистане за 1990 год 5,2, в 2002 году самый высокий пик - 12,5, в 2010 году снизилась 6,1 на 100 тыс. населения.

В республике Узбекистан, благодаря комплексу проводимых широкомасштабных противотуберкулезных мероприятий эпидемиологическая ситуация по туберкулезу значительно стабилизировалась, но все еще остается напряженной.

В республике Узбекистан за последнее время произошли глубокие изменения в системе здравоохранения. Это касается и проблем туберкулеза. Назрела необходимость пересмотра деятельности противотуберкулезных учреждений, оптимизации коечной сети, переоснащения их современным оборудованием, укомплектования высококвалифицированными кадрами, повышение эффективности выявления и лечения больных, в том числе с устойчивыми формами туберкулеза и больных ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.

Профилактика туберкулеза у детей направлена на предотвращение инфицирования и предупреждение развития заболевания. Основные методы профилактики заболевания туберкулезом у детей - вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика.

Профилактика туберкулеза у взрослых к факторам риска развития туберкулеза относят: недавнее инфицирование, сахарный диабет, терапию иммуносупрессивными препаратами, ВИЧ-инфицированность, злоупотребление наркотиками, алкоголем, табаком, плохое питание, большую скученность населения и многократный контакт с болеющими людьми. По статистике, в настоящее время наблюдается рост заболеваемости туберкулезом среди обеспеченных слоев общества. Более подвержены туберкулезу пожилые люди.

Альтернативой, принятой в РУз методики борьбы с туберкулезом является стратегии ДОТС, которая апробируется в Узбекистане в экспериментальных районах: Кунградский и Муйнакские районы республики РКК, Ферганский район, Сыр-Дарьинский район. Планируется внедрение методики ДОТС в Ургутском районе Самаркандской области. ДОТС-Directly Observed Treatment в переводе с английского означает «Краткосрочная химиотерапия под прямым наблюдением медицинского работника», стратегия лечения и диагностики туберкулеза внедренная ВОЗ в более 70 странах мира.

Программы по борьбе с туберкулезом в республике Узбекистан на 2011-2015 годы,

Клинические аспекты терапии и педиатрии

утвержденной Постановлением Кабинета Министров РУз от 5 марта 2011 года. В последние годы подвергнуты пересмотру и реформированию ряд положений фтизиатрии с учетом особенностей функционирования системы здравоохранения в Республике достижений отечественной науки и практики, а также международного опыта, разработана новая Программа по борьбе с туберкулезом в Республике Узбекистан на 2011-2015 годы, а также включение фтизиатров в «Недели оздоровления» - свидетельствуют о новом этапе борьбы с туберкулезом в Узбекистане, направленной на стабилизацию эпидемиологических показателей туберкулеза. Цель привлечения фтизиатров в «Неделях оздоровления» - повысить выявляемость, особенно ранних форм туберкулеза среди женщин фертильного возраста и девочек-подростков, мониторинг проводимых диагностических и лечебных мероприятий на местах и доведения проводимых профилактических мероприятий по туберкулезу до первичных звеньев здравоохранения и махаллей.

Астанакулов Д.Й.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

СТРУКТУРА И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРВЫХ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА

Актуальность работы. В последние годы детской инвалидности уделяется большое внимание не только медицинскими работниками, но и органами социального обеспечения, народного образования, различными общественными организациями.

Инвалидность с детства является собирательным понятием, включающим в себя детей-инвалидов до 16 лет, получающих социальные пенсии, проживающих в семьях и в государственных специализированных учреждениях. К детям-инвалидам относятся также дети старше 16 лет, получающие социальные и трудовые пенсии, постоянно проживающие в государственных специализированных учреждениях. Всех их объединяет одно возникновение инвалидизирующего заболевания, дефекта или травмы в детском возрасте.

Цель исследования. Изучение и проведение анализа впервые признанных инвалидов с детства в Ферганской области за 2015 год.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное ретроспективное исследование впервые признанных инвалидов с детства населения в Ферганской области методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных по материалам органов социальной защиты и областной ВТЭК).

При обработке материалов применялось вычисление методов относительных коэффициентов (интенсивные и экстенсивные показатели).

Результаты исследования и их обсуждение. Доля впервые признанных инвалидов с детства среди всех освидетельствованных категорий инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты Ферганской области в 2015 года, составила 12,1%. По данным разных авторов, практически одинакова и колеблется в наибольших пределах - от 11,4 до 15,2%.

Определенное влияние на формирование инвалидности с детства оказывает пол, возраст и место проживания инвалидов.

По нашим данным из общего количества впервые признанных инвалидов детства 68,9% составляют представители мужского пола. Данные литературы о распространенности инвалидности детства в различных возрастно-половых группах населения немногочисленны. Уровень инвалидности с детства у мужчин всегда выше, чем у женщин.

Особое внимание обращает на себя закономерность распространения инвалидности с детства в городской и сельской местности. Доля среди инвалидов с детства в городских поселениях составляет 35,1%, а в сельских местностях - 64,9%.

Ведущим фактором, определяющим инвалидность с детства, является класс заболеваний и тяжесть патологии. В структуре причин инвалидности с детства преобладают психические расстройства (40,5%), травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин (9,5%), болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, а также врожденные

аномалии развития составили до 6,8%, болезни глаз и его придатков (5,4%), болезни органов пищеварения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составили до 4,1%, от прочих причин составил 16% (рис. 1).

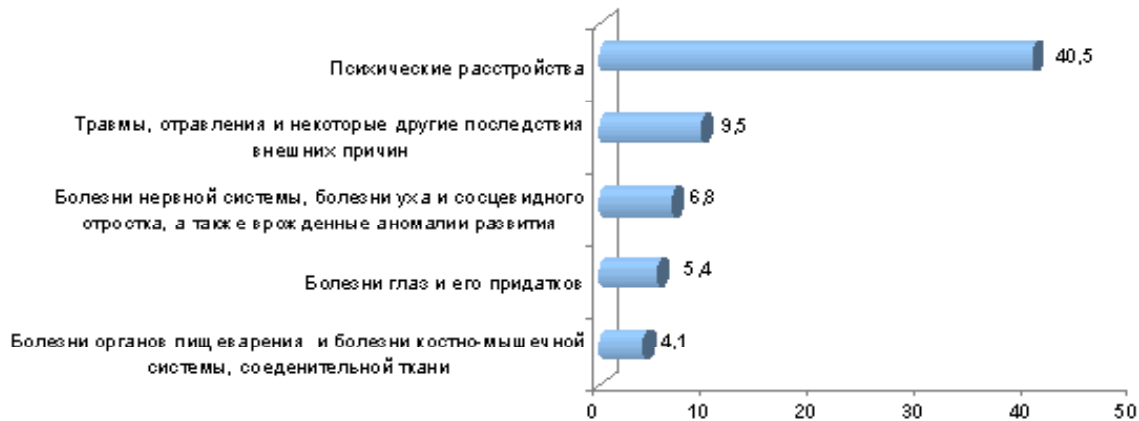


Рисунок 1. Ведущие факторы, определяющие инвалидность с детства

Сопоставление доли впервые признанных инвалидов с детства по группам инвалидности показало, что их удельный вес составляет в I - группе инвалидности 10,8% (по городским поселениям - 15,4%, по сельской местности - 8,3%), II - группе 75,7% (по городским поселениям - 69,2%, по сельской местности - 79,2%), в III-группе - 13,5%. (по городским поселениям - 15,4%, по сельской местности - 12,5%) (рис. 2).

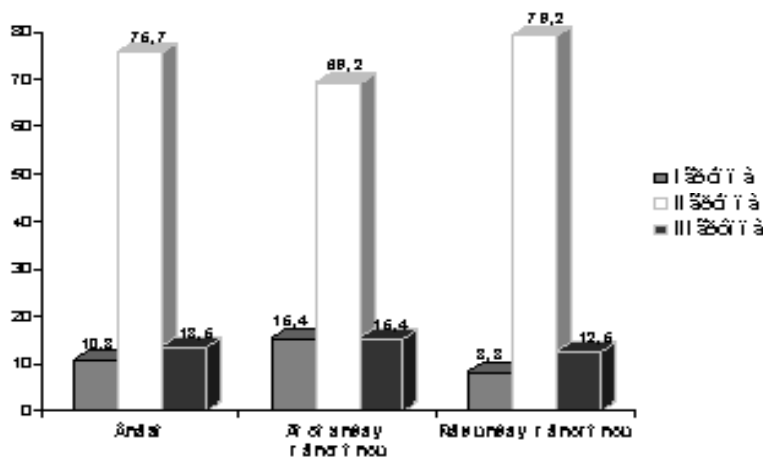


Рисунок 2. Распределение впервые признанных инвалидов с детства по месту проживания

Основным фактором и причинами, определяющим впервые признанных инвалидов с детства по I группе инвалидности являются травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин (37,5%), болезни нервной системы (25%), злокачественные новообразования, болезни органов пищеварения и болезни глаз и его придатков которые составили по 12,5%.

Основными причинами инвалидности 2 группы в структуре причин инвалидности с детства являются психические расстройства (53,6%), болезни уха и сосцевидного отростка (8,9%), злокачественные новообразования (7,1%).

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В структуре основными причинами инвалидности 3 группы является врожденные аномалии (40,0%), болезни глаз и его придатков, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин составили по 20%.

Выводы.

1. Доля впервые признанных инвалидов с детства среди всех освидетельствованных категорий инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты Ферганской области в 2015 года, составила 12,1%. По данным разных авторов, практически одинакова и колеблется в наибольших пределах - от 11,4 до 15,2%.

2. Из общего количества впервые признанных инвалидов детства 68,9% составляют представители мужского пола, по месту жительства в городских поселениях составляет 35,1%, а в сельских местностях - 64,9%.

3. Ведущим фактором, определяющим инвалидность с детства, является класс заболеваний и тяжесть патологии. В структуре причин инвалидности с детства преобладают психические расстройства (40,5%), травмы, второе место занимают отравления и некоторые другие последствия внешних причин (9,5%), далее болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, а также врожденные аномалии развития составили до 6,8%, болезни глаз и его придатков (5,4%), болезни органов пищеварения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составили до 4,1%, от прочих причин составил 16%.

4. Анализ контингента впервые признанных инвалидов с детства, по материалам органов социальной защиты и ВТЭК, позволила дать некоторые представления об этих видах инвалидности.

Астахова И.М., Ковзик Л.Д.

Филиал ТБ-3 ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России
г.Мариинск, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И РЕЦИДИВОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Проблема туберкулеза в пенитенциарной системе остается до настоящего времени актуальной, а с увеличением числа больных с ВИЧ-инфекцией, приобретает новые оттенки. В последние годы отмечается увеличение заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных, увеличивается и летальность, где основной причиной смерти является туберкулез. В ТБ-3 (филиал «Туберкулезная больница N 3» ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России) поступают на диагностику и лечение пациенты с подозрением на наличие туберкулеза или рецидива туберкулеза, как с ВИЧ-инфекцией, так и без ВИЧ.

Цель исследования. Оценить распространенность туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных с впервые выявленным туберкулезом в сравнении с рецидивом заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 141 карты лечения туберкулеза у больных сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез: 37 пациентов с впервые выявленным туберкулезом и 104 карты лечения больных с рецидивом заболевания, взятых на лечение в период с 2014 по 2017 годы.

Все пациенты до выявления туберкулеза уже были инфицированы ВИЧ.

Результаты исследования. У больных с впервые выявленным туберкулезом очаговая форма отмечена в 2 (5,4%) случаях, инфильтративный односторонний туберкулез в 9 (24,3%) случаях, диссеминированный туберкулез - 7 (18,9%) больных, в т.ч. 2 с деструкцией, туберкулез ВГЛУ 12 (32,4%) больных, в т.ч. 1 с туберкулезом и периферических лимфатических узлов, генерализованный туберкулез с поражением легких, почек, кишечника 4 (10,8%) человека, плеврит - у 1 больного, внелегочной туберкулез (туберкулез позвоночника, туберкулез кишечника) 2 (5,4%) человека. В итоге деструктивный туберкулез у 2 (5,4%) больных,

двустороннее поражение у 11 (29,7%) человек. Бактериовыделение было у 16 (43,2%) больных, в т.ч. МЛУ - 2 человека.

У больных с рецидивом заболевания на фоне ВИЧ-инфекции очаговая форма туберкулеза отмечена в 22 (21,1%) случаях, инфильтративный односторонний туберкулез в 40 (38,5%) случаях, в т.ч. 7 с деструкцией, инфильтративный туберкулез с двусторонним поражением 19 человек (18,2%), в т.ч. с деструкцией 9 больных, диссеминированный туберкулез 10 (9,6%) больных, в т.ч. 3 с деструкцией, туберкулез ВГЛУ 9 (8,6%) больных, в т.ч. 2 с туберкулезом и периферических лимфатических узлов, плеврит у 2 (1,9%) больных. Генерализованного туберкулеза и туберкулеза с поражением внелегочных органов не зарегистрировано. В итоге деструктивный туберкулез у 19 (18,2%) больных, двустороннее поражение у 29 (27,9%) человек. Бактериовыделение было у 44 (42,3%) больных, в т.ч. МЛУ - 22 (50%) человека.

Выводы.

1. У ВИЧ-инфицированных больных с впервые выявленным туберкулезом преобладают генерализованные формы туберкулеза без деструкции с внелегочным поражением и поражение ВГЛУ.

2. У ВИЧ-инфицированных больных с рецидивом туберкулеза поражение ВГЛУ лишь в 8,6% случаев, преобладают ограниченные формы туберкулеза (очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез односторонний без деструкции) - 59,6%.

3. По частоте бактериовыделения существенных различий у впервые выявленных больных и больных с рецидивом не выявлено.

Ахмедова М.М., Хайдарова Б.А., Машарипова С.О.
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ

Аллергический ринит - (АР) широко распространенное в большинстве стран заболевание. За последние несколько десятилетий отмечается неуклонный рост числа больных, страдающих этой патологией. В структуре аллергических заболеваний удельный вес АР весьма высок (60-70%) /2,3/ от 1,4 до 40% детей.

Нами проведено клинико-эпидемиологическое обследование 350 школьников в возрасте 7-8 лет и 530- в возрасте 13-14 лет

Среди школьников и их родителей распространяли специально разработанные анкеты.

О распространенности аллергического ринита судили по частоте чиханья, зуда в носу, заложенности носа, слизистого отделяемого из носа.

При анализе анкет обнаружено, что у 12,5% детей в возрасте 7-8 лет и 17,6% в возрасте 13-14 ранее отмечались симптомы АР.

Между мальчиками и девочками статистически значимых различий не выявлено. Отмечено что признаки заболевания достоверно чаще, наблюдались возрастной группы, что свидетельствует, с одной стороны, о гиподиагностике аллергического ринита, а с другой о поздней диагностике заболевания.

Полученные нами результаты указывают на преобладание легких и средне-тяжелых форм заболевания. У 6,5% детей симптомы заболевания умеренно мешали повседневной жизни, тогда как 8,9% чаще затрудняли приступы чихания, заложенность носа.

У 65,7% наших пациентов одновременно с диагнозом АР регистрировались сопутствующие аллергические заболевания: аллергический риносинусит, пищевая, лекарственная аллергия и аллергодерматит. Широкие масштабы АР у детей требуют изучения особенностей и исходов данной патологии. С этой целью нами проведено динамическое наблюдение 80 детей с аллергическим ринитом в течение 3 лет. Прогрессирование симптомов ринита отмечалось у 67% детей.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Благоприятное течение заболевания с клинической ремиссией за время наблюдения отмечалось у 16,5% детей.

Таким образом, как показали проведенные исследования, частота аллергического ринита у детей по результатам активной диагностики выше, чем по данным обращаемости, и у старшего возраста встречаются чаще, чем у детей младшего возраста (7-8 лет).

В структуре аллергического ринита преобладают легкие и средне-тяжелые формы заболевания.

Ранняя диагностика и лечение аллергического ринита будет способствовать предупреждению возникновения осложнений.

Ашурова М.Д.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТАЮЩИХ ЗАВОДОВ МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ

Социальная природа человека предполагает, что важнейшие проявления жизни людей, групп населения и сообществ, их здоровье и нездоровье являются проблемами социальными. Следовательно, все болезненные факторы оказывают свое воздействие через социальную природу человека, его ближайшее и более широкое окружение. Болезнь, как правило, порождает социально-экономические проблемы и с еще большей вероятностью оказывается результатом социально-экономических проблем и обстоятельств.

Учитывая данное положение, нами, для интегрированной оценки степени рисков заболеваемости, впервые в комплексе использовались как социально-гигиенические, так и вредные производственные факторы.

Вычисленные нами показатели весового индекса позволили определить роль и значение каждого фактора и группы факторов в развитии ЗВУТ и провести ранговое распределение вероятностей риска, которое дало возможность реально представить значимость того или иного фактора, то есть выделить в организационном плане наиболее перспективные из них.

Поэтому при составлении прогностических таблиц с учетом веса и силы влияния, нами были отобраны наиболее значимые ведущие социально-гигиенические и производственные факторы (10 факторов), имеющие относительный риск более 2,0 из всех учтенных, и с помощью метода Байеса составлены прогностические таблицы для комплексной оценки риска заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).

С целью повышения эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий и для обоснования дифференцированного диспансерного наблюдения, а также выделения групп с наибольшей вероятностью риска в самом начальном периоде заболеваний с ВУТ, все диапазоны риска нами разделены на поддиапазоны.

Следует отметить, что лица, относящиеся к группе «внимания», должны быть взяты под диспансерное наблюдение, а каждый из включенных в группу неблагоприятного прогноза обязательно подвергнуться составлению индивидуального плана оздоровительных мероприятий и его проведения.

Изложенная методика разработки прогностических таблиц применима для создания относительно простых демонстративных способов оценки степени риска возникновения и развития ЗВУТ и ДЧБ, что может быть использовано при проведении периодических медицинских осмотров и в повседневной работе цеховых терапевтов и участковых врачей, а также гигиенистов труда ЦГСЭН.

Использование прогностических таблиц для интегрированной оценки риска возникновения заболеваний у работающих позволяет в самом раннем периоде выявить предрасположенных к заболеваниям, проводить дифференцированное диспансерное наблюдение за ними, составление индивидуальных планов, целенаправленно осуществлять оздоровительные мероприятия.

Батанина И.А., Сулова О.В., Воробьева Е.Н.

НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО «Российские железные дороги»
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
г.Барнаул, Россия

СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

В последние годы отмечается значительное ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, которая характеризуется ростом заболеваемости и смертности от этой патологии. Следует отметить, что увеличилось число пациентов с острым началом заболевания и быстро развивающимся обширным специфическим воспалением легких, протекающим под «маской» внебольничной пневмонии. Такие больные, как правило, обращаются за медицинской помощью в лечебные учреждения общей медицинской сети, где правильный диагноз подчас ставится поздно. Особые трудности возникают при дифференциальной диагностике казеозной и крупозной пневмоний. Известно, что летальность данной категории больных высока, особенно в случаях поздней диагностики, а также при необратимости морфологических изменений в легких. В связи с этим своевременная диагностика туберкулеза легких и дифференциальная диагностика этой патологии и внебольничной пневмонии является одной из актуальных проблем общей лечебной сети, а также специализированных пульмонологических подразделений.

Целью настоящего исследования явилась апробация диагностики туберкулеза люминесцентным методом с использованием люминесцентного микроскопа OLYMPUS (CH30/CH40, Japan). При этом мазки-препараты готовили из осадка, полученного методом накопления с использованием 10% $\text{Na}_3\text{PO}_4 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$ в соотношении 1:1 и последующем центрифугировании. Описанная процедура позволяет снизить вязкость мокроты, концентрировать осадок и создать среду, неблагоприятную для не кислотоустойчивой флоры. Мазки окрашивали в течение 15 минут смесью флюорохромным красителей - ауроминим ОО и родамином С (на 1000 мл - 1,0 и 0,1 соответственно). Были обследованы пациенты пульмонологического отделения многопрофильной городской больницы, поступившие на стационарное лечение с различными диагнозами. Результаты исследований мокроты 1160 пациентов свидетельствуют, что у 20 лиц (в среднем у 2%) обнаружены кислотоустойчивые бактерии, последующая идентификация которых проводилась ПЦР и культуральными методами. Сравнение аналогичных тестов, проведенных с использованием традиционной окраски по Цилю-Нельсону, показало полное отсутствие кислотоустойчивых бактерий в нативной мокроте. Полученные результаты обусловлены, по-видимому, тем, что чувствительность по Цилю-Нельсону составляет 10-100.000 бактерий в 1 мл, а методом флотации от 2-20.000 в 1 мл. Кроме того, люминесцентный метод был также использован и для обнаружения кислотоустойчивых бактерий в других средах (промывных водах из нижних отделов легких и др.) с положительными результатами.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о необходимости использования современных лабораторных диагностических технологий, в частности, люминесцентного метода с целью выявления больных с этой патологией среди общего контингента пациентов, для точного и своевременного установления диагноза туберкулезной инфекции и назначения адекватной специфической терапии.

Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Иванова Н.М.

НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО «Российские железные дороги»
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
г.Барнаул, Россия

АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI-ИНФЕКЦИИ

По последним данным, *Helicobacter pylori* (HP) инфицирована почти половина человечества и в среднем 80% населения России. HP-инфекция ассоциирована с рядом заболеваний: дуоденальной язвой, хроническим гастритом, раком желудка и другими, в связи

Клинические аспекты терапии и педиатрии

с чем приобретает первостепенное значение диагностика НР-инфекции для своевременной эрадикации.

Целью настоящей работы явилось сравнение сопоставимости результатов диагностики НР-инфекции двумя методами: биохимическим уреазным (основан на определении активности уреазы в биоптате по скорости разрушения мочевины до аммиака с последующим изменением рН среды и цвета индикатора) и цитологическим (выявление НР в биоптате в высушенных мазках-отпечатках после фиксации метанолом при окраске азур-эозиновой смесью или по Паппенгейму). Обследовано 108 пациентов - работников железной дороги (ЖД) и неработающих (пенсионеры) 19-65 лет с гастродуоденальной патологией - хронический гастрит без (38%) и с эрозивным поражением слизистой оболочки желудка и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 80%, из них у 98% размер язв определялся от 0,2x0,2x0,2 до 1,2x1,5x0,8 или были выявлены эрозии.

Наши исследования свидетельствуют, что при язвенной болезни ДПК сопоставимость цитологическим и уреазным методами составила 88,9% по двум критериям: по факту обнаружения НР и по степени обсемененности. У пациентов с гастритами эти показатели составили 100% (цитологически «умеренно» - «обильно» и уреазным методом «+++» - «++++» соответственно). Следует отметить, что ассоциированность с НР-инфекцией у пациентов (36%) ведущих профессий (руководящие работники, машинисты, помощники машиниста, бригадиры пути, проводники, монтеры пути, кассиры) составила в среднем 90%. При этом у пациентов других специальностей (48% от всех обследованных) зарегистрирована инфицированность - 63%. У пенсионеров ЖД (16%) этот показатель составил лишь 50%. Известно, что диагностическая чувствительность цитологического метода составляет в среднем 80-90%, специфичность - 100%, а чувствительность уреазного - 65-95% и 75-100% соответственно. При этом монодиагностика быстрым уреазным методом может привести к ложноположительным результатам за счет контаминации грамотрицательными бактериями, обладающими уреазной активностью, а *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis* способны расщеплять мочевину в те же сроки, что и НР. Нами убедительно продемонстрирована эффективность диагностики при правильном сочетании разных методов (цитологического и уреазного) с учетом степени их чувствительности и специфичности. Эти положения справедливы и в отношении оценки эффективности эрадикации персистирующей НР-инфекции.

Таким образом, высокая степень выявляемости обсеменения слизистой желудка НР у пациентов ведущих профессий ЖД, положительно коррелирующая с данными клинического обследования, свидетельствует с одной стороны об эффективной диспансеризации указанной группы работников, а с другой - о чувствительности апробированного сочетанного использования методов диагностики (уреазного и цитологического).

Белых В.И., Петриков А.С., Суюлжина Е.Н., Беспалова О.В., Волкова Е.С. Гречкина Е.В., Веретенникова Л.С., Мозгунова А.Б., Нитиевская Г.А. Шурыгина Т.С., Переверзева О.В., Тарасова И.Н., Синельникова Л.М. Богук Г.А., Каримова Н.В.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
КГБУЗ «Городская клиническая больница N 11»
г.Барнаул, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И АЛЛЕЛЬНЫМ ПОЛИМОРФИЗМОМ ФИБРИНОГЕНА β

Цель исследования. Изучить изменение показателей системы гемостаза у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) и полиморфизмом фибриногена β.

Материалы и методы исследования. Ген FGβ кодирует аминокислотную последовательность β-цепи фибриногена. Ключевая роль фибриногена в процессе тромбообразования обуславливает поиск полиморфизмов в генах, кодирующих субъединицы этой макромолекулы.

В исследовании было изучено нарушение системы гемостаза у 127 больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) и полиморфизмом фибриногена β (FGβ 455

G>A). У этих больных исследовалось содержание фибриногена, растворимого фибрина (РФМК) и Д-димера в плазме крови. Средний возраст мужчин составил $42,2 \pm 2,4$ года, а у женщин - $38,7 \pm 2,4$ года.

Результаты исследования. Доля больных с ВТЭО, у которых отмечалось носительство аллеля "455 А" гена $FG\beta$, наблюдалось в 31,5% случаев. По сравнению с контролем у них установлено увеличение содержания в крови фибриногена на $1,7$ г/л ($2,9 \pm 0,1$ г/л и $4,6 \pm 0,4$ г/л, $p < 0,001$), РФМК - на $8,4$ мг% ($3,0 \pm 0,1$ мг% и $11,4 \pm 2,7$ мг%, $p < 0,001$), Д-димеров - на 1752 нг/мл ($100,8 \pm 8,7$ нг/мл и 1853 ± 543 нг/мл, $p < 0,001$), тогда как отличий со средними значениями в группе при носительстве частого гомозиготного аллеля "455G/G" гена $FG\beta$ установлено не было.

Носительство гетерозиготного генотипа "455 GA" гена $FG\beta$ у больных с ВТЭО наблюдалось в 24,4% случаев. У носителей этого гена отмечалось увеличением содержания в крови фибриногена ($4,4 \pm 0,5$ г/л) на $1,5$ г/л, РФМК ($11,1 \pm 3,4$ мг%) - на $8,0$ мг%, Д-димеров (1487 ± 437 нг/мл) - на $1386,2$ нг/мл по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), но не отличалось от значений показателей коагуляционного гемостаза у лиц с частым генотипом $FG\beta$.

Частота встречаемости гомозиготного генотипа "455 AA" гена $FG\beta$ у больных с ВТЭО наблюдалось в 7,1% случаев. При развитии ВТЭО у носителей этого генотипа было обнаружено увеличение среднего содержания фибриногена ($5,1 \pm 0,5$ г/л) на $2,2$ г/л, РФМК ($12,3 \pm 3,5$ мг%) - на $9,3$ мг%, Д-димеров (3463 ± 986 нг/мл) - на $3362,2$ нг/мл по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Выводы.

Аллельный полиморфизм гена $FG\beta$ вызывает потенцирующее влияние на содержание фибриногена и его производных в крови больных с ВТЭО.

Бердовская А.Н., Яроцкая В.В., Самосюк Н.С.

Гродненский государственный медицинский университет
г.Гродно, Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Актуальность. Под тромбоцитопенией понимают снижение количества тромбоцитов ниже 150 000 в 1 мкл. Клинически данная патология у детей проявляется повышенной склонностью к внутрикожным кровоизлияниям, носовыми кровотечениями, кровоточивостью десен, меноррагиями, кишечными кровотечениями, возникновением петехий в различных местах.

Цель исследования. Дать клиническую характеристику тромбоцитопений у детей Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 124 историй болезни детей с тромбоцитопениями, госпитализированных в стационар УЗ «ГОДКБ» с 2010 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Мальчики составили 59%, девочки - 41%. Чаще тромбоцитопении диагностированы у дошкольников (26,2%), реже у детей младшего (22,1%) и старшего школьного возраста (6,4%). Новорожденные составили 0,9%, младенцы - 17,2%, дети преддошкольного возраста - 17,2%.

83,6% поступили по направлению врачей амбулаторного звена, 14,8% обратились сами, 1,6% направлены врачами скорой помощи.

В 62% случаев тромбоцитопения проявилась в виде высыпаний по всему телу (68%), на нижних (32%), либо верхних конечностях (9,3%), в области лица (2,6%), туловища (2,6%), слизистых (5,3%).

«Влажная» форма манифестировала носовыми (76,5%), десневыми (5,9%) и желудочно-кишечными кровотечениями (5,9%).

В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом, в 4,9% - сопутствующим. В ряде случаев отмечался отягощенный аллергологический анамнез в виде аллергического ринита (1,6%), атопического дерматита (4,1%), пищевой аллергии (27,0%), бронхиальной астмы

Клинические аспекты терапии и педиатрии

(0,8%). У 9,8% детей имелся хронический очаг инфекции в виде хронического тонзиллита, аденоидита (6,5%).

В 30,4% случаев наблюдалась отягощенная наследственность по гематологической и онкологической патологии.

44% детей накануне заболевания перенесли инфекцию и получали антибактериальную (15,2%) терапию, либо нестероидные противовоспалительные средства (28,8%).

Выводы.

1. В 95,1% случаев тромбоцитопения являлась основным диагнозом.

2. 44% детей накануне манифестации настоящего заболевания перенесли инфекцию.

3. 15% пациентов получали антибактериальные препараты, 28,8% - нестероидные противовоспалительные средства.

Бердовская А.Н., Попко И.А.

Гродненский государственный медицинский университет
г.Гродно, Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Актуальность исследования. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) - это группа первичных новообразований, различных по своему происхождению, степени злокачественности и прогнозу, поражающих головной и спинной мозг.

Опухоли ЦНС занимают второе место по частоте в структуре злокачественных новообразований детского возраста и первое место среди солидных опухолей. По данным регистров, они составляют около 20% всех злокачественных новообразований детского возраста и представлены, главным образом, опухолями головного мозга.

Цель исследования. Дать клиническую характеристику новообразований центральной нервной системы у детей Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезни детей с опухолями ЦНС, госпитализированных в стационар УЗ «ГОДКБ» с 2012 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Мальчики составили 40%, девочки - 60%. В 34% случаев опухоли диагностированы у детей старшего школьного возраста, реже дошкольного - 29%, дошкольного и младшего школьного - по 16%. 5% случаев составили дети первого года жизни.

У 60% детей наблюдался синдром интоксикации в виде тошноты, рвоты, беспокойства, снижения аппетита. Головную боль отмечали 40% обследуемых. Параллельно с этим у 16% наблюдался судорожный синдром либо пароксизмальные состояния, у 13% - болевой синдром. Нарушения функции черепных нервов описаны в 26%, двигательные и чувствительные нарушения в конечностях - в 34%, вегетативные нарушения - в 5% , психические - в 2% случаев. Двое детей имели в анамнезе закрытую черепно-мозговую травму. Четырём детям с диагностической целью выполнена спинномозговая пункция, где выявлена белково-клеточная диссоциация.

В анализах крови не выявлено существенных изменений. В единичных случаях наблюдались: анемия легкой или средней тяжести, лейкоцитоз, тромбоцитоз или тромбоцитопения, увеличение скорости оседания эритроцитов. Изменения на глазном дне в виде застоя диска зрительного нерва диагностированы в 16% случаев.

В 84% случаев для уточнения диагноза потребовалось проведение магнитно-резонансной томографии. 13% детей понадобилось проведение компьютерной томографии, у 3% - сочетание этих методов.

Выводы.

1. У 34% детей опухоль ЦНС выявлена в старшем школьном возрасте.

2. Симптом интоксикации наблюдался в 60% случаев, головную боль отмечали 40%

Бибик О.И., Начева Л.В.

ФГБОУ ВО Кемеровский Государственный медицинский университет Минздрава России
г. Кемерово, Россия

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ФАСЦИОЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА ТРИКЛАБЕНДАЗОЛОМ

В настоящее время по всему миру происходит регистрация заражения человека фасциолой печеночной и проблема фасциолеза и его лечения становится актуальной (Хасиб А.Н. et al., 2002 г.; Бибик О.И., Начева Л.В., 2007 г.; Ashrafi K. et al., 2014 г.).

Сегодня в арсенале медицинских аптек имеется только один достаточно токсичный препарат - бильтрицид, действующее вещество которого празиквантел. Этот препарат изучался нами неоднократно при описторхозе и показано его воздействие на органы и ткани паразита в экспериментальных условиях (Начева Л.В., Бибик О.И., Гребенщиков В.М., 2000 г.).

Восьмой доклад комитета экспертов ВОЗ об использовании лекарственных средств включал вопросы применения антигельминтиков, в связи с чем было принято решение об использовании триклабендазола для лечения фасциолеза людей, т.к. триклабендазол оказался относительно безвредным препаратом (ВОЗ, 1999 г.).

Прежде чем ВОЗ было принято такое решение, была проделана большая работа по изучению диагностики и лечения фасциолеза человека. Показана эффективность использования ренгенокомпьютерной томографии для диагностики фасциолеза у человека, проводилось в разных странах лечение хронического фасциолеза человека триклабендазолом, установлена эффективность препарата и выявлен серологический ответ (Art W, Aguilera X. et al., 1995 г.).

Рандомизированное применение одиночной, двойной и тройной дозы триклабендазола 10 мг/кг с учетом веса человека было сделано при лечении фасциолеза (Нава-Окампо, 2004 г.). Были изучены токсикологические свойства 5%-ной суспензии триклабендазола. Отмечено, что препарат относится к малоопасным веществам, его ЛД₅₀ равна 28000 мг/кг при введении в желудок белым мышам в эксперименте. Установлено, что триклабендазол не проявляет сенсibiliзирующего и местно-раздражающего действия на кожу. При введении в трехкратно увеличенной дозе оказывает слабовыраженное кратковременное и обратимое влияние на обезвреживающую функцию печени (Абрамов В.Е. и соавт., 2011 г.).

Дальнейшие исследования влияния триклабендазола были направлены на раскрытие более тонких механизмов его действия на морфофункциональные структуры как хозяина, так и паразита. Изучено влияние триклабендазола на микроморфологические параметры органов и тканей *Fasciola hepatica*. В дозе 10 мг/кг триклабендазол нарушает структуру тканей (паренхимы) и органов (тегумента и кишечника) *Fasciola hepatica*. Препарат в терапевтической (10 мг/кг) и 3 раза увеличенной дозах не оказывает влияния на организм хозяина, его клинические, гематологические, биохимические и урологические показатели. У *F. hepatica* под действием препарата наблюдали изменения в репродуктивной системе, выразившиеся в дегенерации семенников и яичников. Сперматогонии не имели отчетливых очертаний. Отмечали хаотичное расположение клеточных стадий сперматогенеза, что указывало на необратимость патологических процессов и нарушение сперматогенеза. Стадии митоза и мейоза были слабо выражены. Цитоплазма ооцитов была разрушенной с пикнотическими ядрами. Триклабендазол вызывал в органах половой системы фасциол некротические явления и нарушение гаметогенеза.

Вывод.

Триклабендазол может использоваться как противофасциозный препарат с хорошим эффектом стерилизации окружающей среды, что указывает на его эпидемиологическую эффективность.

Бобина И.В., Шарлаева Е.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет»
г.Барнаул, Россия

РОЛЬ АБИОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, в этиопатогенезе которого важная роль принадлежит абиотическим факторам. Поэтому необходимо более детальное изучение воздействия погодных условий и сезонности на развитие гипертонических кризов. В связи с этим целью работы явилась оценка влияния климатических факторов на обращаемость населения в скорую медицинскую помощь с диагнозом артериальная гипертензия.

В работе использовались ежесуточные данные отдела статистики скорой медицинской помощи о 11708 случаях вызовов к больным с гипертоническими кризами за трехлетний период. Средний возраст мужчин и женщин составил $58,8 \pm 3,5$ и $65,7 \pm 3,002$ лет соответственно.

В работе проанализировано влияние следующих климатических факторов: атмосферное давление, температура воздуха, относительная влажность воздуха, скорость ветра, количество осадков и облачность (<http://www.eurometeo.ru/>).

Данные по обращаемости населения в скорую медицинскую помощь с диагнозом артериальная гипертензия обработаны с использованием пакета Microsoft Excel 2007 в среде Windows и специализированного математического пакета STATISTICA 10. Применялись методы описательной статистики и корреляционного анализа.

Анализ обращаемости населения в скорую медицинскую помощь с диагнозом артериальная гипертензия показал, что среди обратившихся 39% мужчин и 61% женщин. Наибольшее количество обращений отмечалось в зимний (31%) период, чуть меньше в весенний (27%) и осенний (24%) сезоны года, а наименьшее количество - летом (18%). Среди мужчин количество обращений в летний период снизилось на 37,5%, среди женщин - на 30,9%.

Изучение влияния климатических факторов на количество обращений за медицинской помощью лиц с артериальной гипертензией показало, что обращаемость возрастает при понижении температуры (y мужчин $r = -0,424$, y женщин $r = -0,433$, $p \leq 0,05$) и влажности воздуха (y мужчин $r = -0,140$, y женщин $r = -0,153$, $p \leq 0,05$), а также при повышении атмосферного давления (y мужчин $r = 0,184$, y женщин $r = 0,234$, $p \leq 0,05$) и скорости ветра (y мужчин $r = 0,283$, y женщин $r = 0,245$, $p \leq 0,05$). Облачность и количество осадков не оказывают влияния на развитие гипертонических кризов.

Влияние климатических факторов на развитие гипертонических кризов среди населения складывается из немедленных, предшествующих и отсроченных реакций с периодом в течение суток. У мужчин развитие гипертонических кризов отмечается за сутки до понижения температуры, относительной влажности, повышения атмосферного давления воздуха и зависит от скорости ветра на день обращения. У женщин гипертонические кризы фиксируются за сутки до понижения температуры и повышения атмосферного давления воздуха, и зависят от уровня влажности воздуха и скорости ветра на день обращения.

Таким образом, частота обострений артериальной гипертензии среди мужского и женского населения носит сезонный характер. Наибольший вклад в развитие обострений заболевания из климатических факторов вносят температура, относительная влажность воздуха, атмосферное давление и скорость ветра. Воздействие абиотических факторов на появление гипертонических кризов складывается из немедленных, предшествующих и отсроченных реакций с периодом в течение суток до и после обращения за скорой медицинской помощью, причем имеются половозрастные особенности.

Бобро Л.Н.

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков, Украина

ПРИМЕНЕНИЕ «БЫСТРЫХ ФЕКАЛЬНЫХ ТЕСТОВ» ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИССЛЕДОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

У пациентов с гипертонической болезнью симптомы кишечной диспепсии могут быть проявлениями хронического ишемического колита, клиника которого во многом схожа как с воспалительными, так и с функциональными заболеваниями кишечника.

Цель исследования. Изучить характер поражения кишечника у пациентов с неинфекционной кишечной диспепсией на фоне гипертонической болезни и диагностическую ценность фекальных кальпротектина и лактоферрина как маркеров колита.

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 пациентов с кишечной диспепсией на фоне гипертонической болезни (ГБ) II стадии, 21 (45,6%) женщина и 25 (54,3%) мужчин, средний возраст пациентов составил 57 ± 2 года. Средний стаж гипертонической болезни 18 ± 2 года. У всех пациентов для определения фекального кальпротектина (ФК) и фекального лактоферрина (ФЛ) использовали Cito test Calprotectin-Lactoferrin, производитель CerTest Biotec S.L., с последующим проведением колоноскопии и гистологическим изучением биопсийного материала. Учет результатов теста проводился согласно инструкции. Также всем пациентам проводилось микробиологическое исследование кала. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS Statistics 17,0.

Результаты исследования. Отрицательными два маркера фекального теста были у 21 (45,6%) пациента, при этом у 1 пациента ложноотрицательными; положительными - у 25 (54,3%) пациентов, при этом у 8 пациентов показатели теста были ложноположительными. Необходимо отметить, что у 3 пациентов с ложноположительным результатом теста исследованию предшествовал прием нестероидных противовоспалительных препаратов в течение более 2 недель, у 5 пациентов выявлены признаки дисбактериоза толстой кишки II-III степени.

Признаков хронических воспалительных заболеваний кишечника по результатам колоноскопии не выявлено ни у одного пациента. Признаки, характерные для ишемического колита: утолщение стенок капилляров на фоне неизменной или бледной слизистой, наличие диапедезных кровоизлияний, участков склероза и гиалиноза в собственной пластинке слизистой кишечника были обнаружены у 17 (36,9%) обследованных. У 5 пациентов на фоне ишемического колита были выявлены колоректальные полипы (2 пациента), дивертикулы толстой кишки (3 пациента). У 20 (43,5%) пациентов на фоне отрицательных результатов теста и отсутствия гистологических изменений стенки кишечника проявления кишечной диспепсии трактовались как функциональные. Общие показатели информативности теста: чувствительность (Se) - 94,4%, специфичность (Sp) - 71,4%, точность (Ac) - 80,4%.

Таким образом, у пациентов с кишечной диспепсией на фоне ГБ II стадии при отрицательных результатах теста отсутствовали признаки воспалительных заболеваний кишечника, при наличии положительных результатов теста (45,7% пациентов) признаки ишемического колита определялись у 37,1% обследованных ($p > 0,05$). Безусловно, тест не заменяет методы инструментальной диагностики патологии кишечника и не может быть использован для верификации этиологии колита.

Однако большое преимущество оценки данных фекальных маркеров колита в том, что они потенциально способны уменьшить количество агрессивных исследований у пациентов с кишечной диспепсией, в том числе и с осложненным течением гипертонической болезни; корректировать диагностический поиск и лечение у данной категории больных.

Варфоломеев В.Н., Мищенко Д.В.
Институт проблем химической физики РАН
г.Черноголовка, Россия

КОРРЕКЦИЯ БИОАНТИОКСИДАНТАМИ ЯВЛЕНИЙ МЕМБРАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ МЕХАНОАКУСТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

На протяжении ряда лет в лаборатории физико-химии биосистем ведутся активные исследования механизмов повреждающего действия различных импульсных динамических факторов на живые организмы. К разряду таких факторов, возникающих при использовании различных видов оружия, а также при транспортных и техногенных катастрофах, относятся воздушные ударные волны и акустические колебания.

Нами проведены исследования действия антиоксидантов на различные морфофункциональные уровни организации живых организмов, где реализуются свободнорадикальные процессы мембранной патологии по оксидативному типу при повреждающем действии импульсных динамических факторов.

Мембранная патология характеризуется совокупностью признаков и симптомов, проявляющихся на разных структурно-функциональных уровнях организма. В качестве основной причины возникновения и развития мембранной патологии принято считать пероксидное окисление липидов биологических мембран, отдельные аспекты которого объединяют понятием окислительного стресса. Согласно современным представлениям, антиоксидантную защиту клеток обеспечивают специализированные ферментные системы и эндогенные ингибиторы радикальных реакций. Однако естественная система защиты клеток от действия свободных радикалов часто не справляется с лавинообразным ростом их концентрации при различных патогенных воздействиях на организм.

В результате комплексного подхода были получены экспериментальные данные, которые подтвердили наличие значительных изменений на всех изученных морфо-функциональных уровнях. В первую очередь это относится к увеличению уровня кровенаполнения и кровоизлияния в легочной ткани, печени и головном мозге. Этот феномен, обусловленный нарушением микроциркуляции, является главной составной частью генерализованного отклика в системе кровообращения на действие АК, реализуемого через нейрогуморальные механизмы стресса.

Проведено изучение профилактического влияния антиоксидантов (АО) на степень кровоизлияний в печени, почках, легких и головном мозге крыс при механоакустических воздействиях (МAB). Показано, что при МAB степень кровоизлияний в легких, печени и почках крыс или кроликов значительно превышает уровень кровенаполнения нативных животных. Применение мембранопротекторов из класса АО и их смесей приводит к уменьшению кровоизлияний во внутренних органах экспериментальных животных.

Следствием множественных повреждений внутренних органов явилось снижение выживаемости животных. Показано, что при МAB в контрольной группе животные погибают полностью в течение первого часа, а в случае применения указанных композиций через 5 часов наблюдения в живых оставалось 50% животных. Получен аддитивный эффект одновременного применения исследованных АО. С учетом приведенных данных о высокой эффективности корригирующего действия баротравматических повреждений биоантиоксидантами, можно говорить о перспективности их использования в качестве мембранопротекторов и средств защиты живых организмов при МAB.

Таким образом, изучены количественные показатели баротравматических повреждений живых организмов на разных структурно-функциональных уровнях их организации: молекулярном, субклеточном, клеточном, органном и организма в целом.

Обобщение полученных нами данных позволяют со всей определенностью сделать вывод о том, что патогенез баротравматических повреждений внутренних органов при действии ВУВ на субклеточном уровне протекает по свободнорадикальным механизмам мембранной патологии, и претерпевают коррекцию под влиянием биоантиоксидантов.

Власова Е.М., Тендрякова С.Ю.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
Федеральное государственное казенное военное образовательное учреждение высшего
образования «Пермский военный институт войск Национальной гвардии Российской Федерации»
Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Пермскому краю
г.Пермь, Россия

ЖЕНСКИЙ ТРУД В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Пермский край (ПК) относится к числу индустриальных регионов России. В крае, как и в целом по Российской Федерации, отмечается снижение количества работающих женщин. Проблема охраны здоровья работающих женщин при растущем дефиците трудовых ресурсов является весьма актуальной для ПК. Труд женщин используется на тяжелых физических работах.

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики, 35% женщин заняты на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. На предприятиях по производству кокса и нефтепродуктов 60% женщин работают в условиях, не отвечающих гигиеническим нормативам условий труда, на предприятиях по обработке древесины - 50%, на химических производствах - 42%. Показатель профессиональной заболеваемости (ПЗ) на 10 тысяч работающих в 2016г. составил 1,19, что на 28% ниже показателя по РФ. В структуре ПЗ у женщин доминируют заболевания костно-мышечной системы (КМС). Обращает внимание увеличение удельного веса заболеваний КМС за период 2014-2016 гг. (25,5-38,4%).

За период 2014-2016 гг. удельный вес выявления профессиональной патологии при проведении периодических медицинских осмотров (ПМО) увеличился и составил 61% (РФ 2015г. - 62%), однако выявление ПЗ происходит на поздних стадиях. В 2016г. ПЗ зарегистрированы у женщин в деревообрабатывающей промышленности (57,7%), в сельском хозяйстве (19,2%), в здравоохранении (19,2%); установлено 3 профессиональных заболевания с инвалидностью.

ПМО являются профилактическим мероприятием, направленным на сохранение здоровья. В действительности в условиях ПМО врачи обращают внимание на заболевания (состояния), которые являются медицинскими противопоказаниями к выполнению отдельных видов работ, что приводит к выявлению заболеваний на поздних стадиях. Всего на территории края подлежало периодическому медосмотру 92406 женщин, осмотрено - 90863 (98%).

По результатам государственного санитарно-эпидемиологического надзора наиболее частыми нарушениями санитарного законодательства в сфере охраны труда женщин являлись: несоответствие условий труда гигиеническим требованиям по показателям тяжести на предприятиях сельского хозяйства и строительной отрасли; превышение предельно допустимого уровня шума в машиностроении и металлургии; превышение допустимого содержания химических веществ в воздухе рабочей зоны на предприятиях химической и нефтехимической отраслей; нарушения в организации механической вентиляции в лечебно-профилактических учреждениях; отсутствие санитарно-гигиенических паспортов постоянных рабочих мест женщин с характеристиками факторов производственной среды и трудового процесса; продолжение работы при отсутствии заключения медицинской комиссии по результатам ПМО.

По фактам выявленных нарушений должностными лицами Управления приняты меры административного воздействия и выданы предписания об устранении выявленных нарушений.

Создание безопасных условий труда женщин в конечном итоге может сыграть определенную роль не только в предупреждении различных заболеваний, но и в улучшении демографической ситуации, а также укреплении экономического потенциала региона.

ДИАГНОСТИКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Расслаивающая аневризма аорты (РАА) - это опасное для жизни состояние. В последние 30 лет наблюдается рост заболеваемости РАА, что объясняется использованием современных методов визуализации, а также старением населения.

Целью работы было проанализировать частоту встречаемости РАА и оценить особенности течения на клиническом примере.

По данным отделения патологической анатомии за последний год, разрыв РАА явился причиной смерти в 6 случаях, причем диагноз при жизни был выставлен только в одном случае. В отделении кардиологии было диагностировано 5 случаев РАА, 3 из которых оказались фатальными. То есть стремительность течения в большинстве случаев не позволяет диагностировать РАА. Заподозрить РАА заставляет интенсивный болевой синдром при отсутствии признаков инфаркта на ЭКГ.

Пациентка 54 лет поступила с жалобами на жгучие интенсивные боли за грудиной, слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха. Настоящее ухудшение около часа назад. После физической нагрузки повысилось АД до 180 мм рт ст, появились боли. По результатам ЭКГ ишемических изменений нет, повышения кардиоспецифических ферментов нет. Лечащим доктором была заподозрена РАА. Однако по результатам ЭхоКГ и сканирования аорты патологических изменений выявлено не было. Болевой синдром в течение первых суток был купирован, нормализовалось АД, был выставлен клинический диагноз: ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось, боли не беспокоили. На 5-ый день пребывания в стационаре на ЭКГ появились изменения в боковой стенке левого желудочка в виде подъема сегмента ST. Пациентке экстренно была повторно выполнена ЭхоКГ. Выявлено небольшое количество жидкости в полости перикарда, размеры восходящего отдела аорты увеличились от 3,4 см до 4,2 см, дуга аорты от 2,5 до 3,5 см, перешеек до 1,9 см. Появилось концентрическое утолщение стенки аорты во всех отделах до 7 мм за счет пристеночных тромботических масс. Ветви грудного отдела аорты были расширены в проксимальной части почти в полтора раза с признаками диссекции стенки и кровоизлияния под интиму с частичным тромбированием. По данным МСКТ ангиопульмонографии было выявлено распространенное циркулярное расширение всего грудного отдела аорты с циркулярными пристеночными тромботическими изменениями на всем протяжении. В нисходящем отделе на уровне 7-8 грудных позвонков определялась ретроаортальная экстравазация контрастного вещества 1x0,7 см - признак разрыва аорты. В результате был выставлен диагноз: Расслаивающая аневризма аорты, 1 тип по Де Бейке, ИБС. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. Показаний для оперативного лечения не было, рекомендовано динамическое обследование и оперативное лечение в плановом порядке.

Данный клинический случай является демонстрацией довольно редкого благоприятного варианта течения РАА, являя собой пример так называемого временного самоизлечения. Болевой синдром сопровождал только разрыв аорты. Диссекция аорты на всем протяжении с распространением на ветви в течение нескольких дней протекала бессимптомно. Локализация разрыва в нисходящем отделе является редкой, встречается только в 9% всех случаев. Именно данное расположение является для ЭхоКГ слепой зоной. К тому же объем экстравазации был небольшой, около 1 миллилитра, располагался за аортой, поэтому при первичном обследовании патология не была распознана.

Данный случай демонстрирует некоторые весьма важные моменты в возможном течении РАА.

Выводы.

Эхокардиография является важным методом выявления диссекции аорты на первом этапе диагностического поиска, но имеет объективные ограничения. При отрицательном результате ЭхоКГ, но при наличии типичного болевого синдрома и других признаков диссекции аорты необходимо проведение МСКТ ангиографии. При отсутствии возможности выполнить МСКТ рекомендовано динамическое эхокардиографическое исследование.

Воевода М.И., Усов С.А., Ровенских Д.Н.

НИИ терапии и профилактической медицины - филиал ИЦиГС РАН
НВИ имени генерала армии И.К. Яковлева войск национальной гвардии РФ
Городская клиническая больница N 1
г.Новосибирск, Россия

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ФАКТОР РИСКА ПЕРВИЧНОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования. Изучить влияние наличия метаболического синдрома (МС) на риск развития острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ).

Материалы и методы исследования. В основную группу вошли 80 больных (38 мужчин и 42 женщины) с так называемым первичным (он же «идиопатический» или «не-спровоцированный») ТГВ в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст $48,3 \pm 1,5$ лет). Диагноз ТГВ верифицировали проведением компрессионного УЗДС.

Группа контроля была отобрана из популяционных выборок жителей двух административных районов г.Новосибирска, типичных как для г.Новосибирска, так и других крупных промышленных городов Сибири. Выборка была сформирована на основе избирательных списков с использованием таблиц случайных чисел. Из этой когорты сформирована контрольная группа в количестве 580 человек (360 мужчин, 220 женщин) в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст $49,9 \pm 0,5$ лет). Ни у кого из них видимой патологии вен нижних конечностей и эпизодов ТГВ в анамнезе не было. У всех включенных в исследование лиц изучали наличие МС. Для этого использовали критерии International Diabetes Federation (IDF) и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК).

Критерии IDF, 2006 - абдоминальное ожирение (АО): окружность талии (ОТ) >94 см для мужчин и >80 см для женщин + 2 или более из следующих критериев: АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или предшествующая антигипертензивная терапия; ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, ХС ЛПВП $<1,0$ ммоль/л у мужчин и $<1,0$ ммоль/л у женщин, повышение уровня ХС-ЛПНП $>3,0$ ммоль/л; гликемия плазмы крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л или сахарный диабет 2-го типа.

Критерии ВНОК, 2009 - АО: ОТ >94 см у мужчин и >80 см у женщин + 2 или более из следующих критериев: АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.; повышение уровня триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) $<1,0$ ммоль/л у мужчин и $<1,2$ ммоль/л у женщин, повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) $>3,0$ ммоль/л; гликемия плазмы крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л.

Результаты исследования. Частота МС у больных ТГВ по критериям IDF составила 53,8% (47,4% среди мужчин и 56,8% среди женщин) по критериям ВНОК - 41,3% (34,2% и 45,5%, соответственно). В группе контроля распространенность МС по критериям IDF составила 28,8% (26,3% среди мужчин и 20,0% среди женщин), по критериям ВНОК - 25,0% (37,2% и 17,5%, соответственно). Таким образом, МС достоверно ($p < 0,05$) чаще встречался у пациентов основной группы по критериям как IDF, так и ВНОК. Отношение шансов (odds ratio - OR): для МС IDF OR 2,874; 95% ДИ 1,788 - 4,621; для МС ВНОК OR 1,737; 95% ДИ 1,088 - 2,774; женщины: для МС IDF OR 3,023; 95% ДИ 1,535-5,952; МС ВНОК OR 2,256; 95% ДИ 1,156-4,438; мужчины: $p > 0,05$ по МС IDF и МС ВНОК).

Выводы.

МС является приобретенным ФР развития первичного ТГВ (преимущественно у женщин) и может в этом качестве рассматриваться как вариант «метаболической тромбофилии». Так как МС относится к потенциально модифицируемым ФР, то меры, направленные на коррекцию метаболических нарушений (прежде всего на борьбу с АО), имеют основание рассматриваться как способ профилактики возникновения первичного ТГВ.

Воробьева А.А.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Работники современных нефтеперерабатывающих предприятий подвергаются воздействию комплекса физических и химических факторов в условиях напряженного трудового процесса, способных запускать патогенетические механизмы развития и прогрессирования производственно обусловленных заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности влияния вредных производственных факторов на эндотелиальную функцию у работников нефтеперерабатывающих предприятий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 стажированных работников нефтеперерабатывающего предприятия (средний возраст - $42,9 \pm 6,0$ лет, средний стаж - $21,06 \pm 4,8$ лет), подвергающихся воздействию химических веществ, имеющих условия труда класс 3 «вредный» - степень вредности с 1 по 3 (3,1-3,3), а также физическим производственным факторам (производственный шум, общая технологическая вибрация, неблагоприятный микроклимат). Группа сравнения - 47 работников, без воздействия химических и физических вредных производственных факторов, средний возраст - $38,9 \pm 8,0$ лет, средний стаж - $11,2 \pm 4,7$ лет. С учетом поставленной цели программа обследования включала общепринятые клинико-инструментальные и лабораторные методы диагностики, а также специальное клиническое обследование с оценкой состояния органов сердечно-сосудистой системы, в частности состояния эндотелиальной функции. Для определения вклада условий труда в формирование эндотелиальной дисфункции (ЭД) у работающих изучены непрофессиональные факторы риска. Для оценки связи развития ЭД использовали специализированные компьютерные программы расчета относительного риска (RR) и этиологической доли ответов, обусловленной воздействием фактора профессионального риска (EF).

Результаты исследования. Приоритетными производственными факторами на рабочих местах основных профессий нефтяников, обуславливающие вредные условия труда, являются физический - производственный шум (эквивалентные уровни шума - 77-94,5 дБА) и тяжесть трудового процесса (перемещение в пространстве, класс условий труда 3,1-3,2), а также химический с веществами - углеводороды алифатические C1-C10 (в пересчете на C разовая концентрация - $993,0 \text{ мг/м}^3$, при ПДК $900,0 \text{ мг/м}^3$), бензин ($464,0 \text{ мг/м}^3$, при ПДК $300,0 \text{ мг/м}^3$) и содержание АПФД (сера - $7,4 \text{ мг/м}^3$ при ПДК $6,0 \text{ мг/м}^3$). Общая вибрация, воздействующая на работников, не превышала допустимый уровень и составляла 70-101 дБ (при ПДУ 115 дБ).

Анализ общей заболеваемости сердечно-сосудистой системы на вредных участках нефтеперерабатывающего производства выявил, что в группе наблюдения доля работников с сердечно-сосудистой патологией составила 29%, в группе сравнения - 13,6%, $p < 0,05$ (RR 2,28; 95%CI 1,01-7,84; EF=56,17%; степень профессиональной обусловленности высокая). Методом раздаточного анкетирования изучены факторы, влияющие на развитие ЭД. Образ жизни, пищевое поведение у работников в группах наблюдения и сравнения идентичны.

По результатам исследования установлено истощение ресурсов антиоксидантной системы у работников группы наблюдения: пониженное содержание антиоксидантной активности (АОА) в сыворотке крови у 66,7% по сравнению с нормальными значениями ($p < 0,05$); достоверное повышение малонового диальдегида в 59,3% случаев ($2,76 \pm 0,22 \text{ мкмоль/л}$). Гиперхолестеринемия (у 74%) в сочетании с повышением проатерогенной фракции холестерина ЛПНП, а также повышением hs-СРБ (у 85,2%) работников основной группы являются факторами риска развития эндотелиального воспаления. Ультразвуковое исследование вазомоторной функции эндотелий-зависимой вазодилатации выявило у 47,6% работников группы наблюдения недостаточную вазодилатационную

реакцию плечевой артерии после выполнения окклюзионной пробы. У лиц контрольной группы во всех случаях вазодилатация превышала 10% ($p < 0,008$). Средний прирост диаметра плечевой артерии в группе наблюдения был в 1,6 раза меньше, чем в группе сравнения ($10,50 \pm 2,27\%$ и $17,19 \pm 1,49\%$ соответственно, $p < 0,000$). Установлена достоверная прямая причинно-следственная связь между концентрацией в крови hs-CРБ, глюкозы, холестерина, малонового диальдегида и исходным диаметром плечевой артерии ($r = 0,443-0,626$, $p = 0,001-0,027$), между hs-CРБ и диаметром артерии после пробы ($r = 0,513$, $p = 0,009$).

Полученные результаты исследований позволяют сделать вывод, что у работников нефтеперерабатывающих предприятий под воздействием комплекса вредных производственных факторов (химических, физических, эмоционального напряжения) возникают патохимические и морфофункциональные нарушения эндотелия с формированием эндотелиальной дисфункции.

Вьюн Т.И.

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТАРТРАТРЕЗИСТЕНТНОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сочетание социально-значимых распространенных хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов, взаимодействие их патогенетических звеньев довольно часто приводит к развитию осложнений, усугубляющих течение основной нозологии. Среди таких тандемов рассматривают хронический панкреатит (ХП) и гипертоническую болезнь (ГБ) - кальций-зависимые заболевания, коморбидность которых может усугубить нарушения в кальциевом обмене, тем самым способствуя формированию остеопенических состояний.

Цель исследования. Определение содержания тартратрезистентной кислой фосфатазы (TRACP) в сыворотке крови пациентов с сочетанным течением ГБ и ХП, как маркера резорбции костной ткани и возможного механизма формирования остеопороза.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 58 пациентов с изолированной ГБ и 70 лиц с коморбидностью ГБ и ХП. Группы обследованных соответствовали по возрасту ($39,4 \pm 5,2$ и $38,2 \pm 4,1$ соответственно) и полу (преобладали мужчины - 53,4% и 54,3% соответственно). Длительность анамнеза ГБ находилась в диапазоне 2-10 лет, ХП - 3-8 лет.

Диагностику нарушений структурно-функционального состояния костной ткани проводили методом ультразвуковой диагностики - скрининг метод денситометрии.

При исследовании TRACP в сыворотке крови использовали коммерческие наборы фирмы DAC - СпектроМед (Молдова). Контрольные результаты биохимических и инструментальных методов были получены при обследовании 50 практически здоровых людей.

Результаты исследования обрабатывали методом анализа таблиц связи с использованием пакета программ Statistica.

Материалы и методы исследования. Проведенное денситометрическое исследование показало, что из 58 пациентов с изолированной ГБ изменения минеральной плотности костной ткани регистрировалось в 23 случаях (39,7%). При ее сочетании с ХП - в 32 (45,7%). При этом в группе с ГБ признаки остеопении были подтверждены у 14 лиц (24,1% из 58 обследованных), а остеопороза - в 9 (15,5%). В группе ГБ+ХП - 19 (27,1% из 70 лиц) и 13 (18,6%) соответственно. При исследовании содержания TRACP в сыворотке крови было установлено его повышение в среднем по группе с изолированной ГБ составило $2,72 \pm 0,2$ ед. при контроле - $0,9 \pm 0,15$ ед. У пациентов с ГБ и ХП уровень TRACP составил $3,14 \pm 0,2$ ед. При этом среди пациентов с остеопоретическими изменениями величина TRACP в группах превышала $3,12 \pm 0,3$ ед. и $3,32 \pm 0,2$ ед. соответственно. Уровень TRACP имел тенденцию к повышению при увеличении длительности анамнеза сочетанной патологии, а также зависел от пола пациента - несколько превышал у лиц женского пола.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Выводы.

Гипертоническую болезнь и хронический панкреатит можно рассматривать в качестве предиктора, способствующего нарушению процессов ремоделирования костной ткани, происходящего за счет нарушения кальциевого обмена: при ГБ - его перераспределения, а при ХП - нарушения всасывания. Сочетанное течение ХП и ГБ, учитывая общность механизма кальциевых нарушений, может быть причиной формирования остеопоротических состояний.

Анамнез сочетанного течения указанных заболеваний, превышающий пятилетний рубеж, является основанием к проведению исследований на выявление изменений в структурно-функциональном состоянии костной ткани, как методом денситометрии, так и биохимическим контролем маркеров остеопороза. Частое и раннее развитие остеопоротических изменений у пациентов с коморбидностью ГБ и ХП является основанием к коррекции диеты и использованию препаратов кальция в лечении таких больных.

Галиев Ш.Ш.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, не имеющего полного представления об этом заболевании, а также о профилактике. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза остаются лидерами среди причин смерти в мире. Среди этих заболеваний преобладают ишемическая болезнь сердца и острые нарушения мозгового кровообращения. Сегодня особую актуальность приобретает первичная профилактика развития атеросклеротических поражений сосудов. Профилактика ССЗ - это координированный комплекс действий, направленный на ликвидацию или минимизацию влияния факторов риска.

Профилактика ССЗ на общепопуляционном уровне - это пропаганда здорового образа жизни и соответствующие законодательные инициативы, а на индивидуальном - ликвидация факторов риска у людей с высокой вероятностью или установленным диагнозом ССЗ.

Последние рекомендации европейского кардиологического общества сердечно-сосудистых заболеваний 2017 года предлагают оценивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по системе SCORE у определенной группы пациентов: у мужчин старше 40 лет, у женщин старше 50 лет и в постменопаузе; при наличии одного или более факторов риска (курение, гиперлипидемия, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиподинамия, несбалансированное питание), если в анамнезе есть сведения о наличии ССЗ или имеются «большие» факторы риска (сахарный диабет или гиперлипидемия); при наличии симптомов ССЗ; по желанию пациента. После определения уровня риска необходимо провести оценку факторов риска в плане наличия среди них модифицируемых и соответственно провести их коррекцию. Каким образом можно корректировать изменяемые факторы риска?

Первое - это отказ от курения. На сегодняшний день считается, что количество и качество выкуренных сигарет не имеет значения, риск одинаков во всех случаях.

Второе - это позиция, касающаяся здорового питания: употребление 500 граммов фруктов и овощей в день - это примерно 5 разных продуктов, причем акцент лучше сместить в сторону овощей; ограничение соли - менее 5 граммов соли в сутки; в суточном рационе должно быть менее 10% (от суточной калорийности) насыщенных жирных кислот. Таким образом, акцент на цельнозерновые продукты, фрукты и рыбу.

Третье - это достаточная физическая активность: по крайней мере, 150 минут в неделю умеренные аэробные физические нагрузки (30 минут в течение 5 дней/неделю) или 75 минут в неделю энергичной аэробной физической активности (15 мин 5 дней/неделю) или их сочетание.

Четвертое: контроль веса - индекс массы тела должен быть в пределах 20-25, окружность талии менее 94 см у мужчин и менее 80 см у женщин.

Пятое - уровень артериального давления должен быть менее 140/90 мм рт.ст.

Шестое - контроль липидного профиля: основная цель - контроль уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). При очень высоком риске ЛПНП должны быть $<1,8$ ммоль/л или должны быть снижены хотя бы на 50% (при результате 1,8-3,5 ммоль/л). При высоком риске: $<2,6$ ммоль/л или необходимо снизить, по меньшей мере, на 50% (при результате 2,6-5,1 ммоль/л). При низком и умеренном рисках ЛПНП должны быть $<3,0$ ммоль/л. Для липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) нет целевого уровня, но лучше, если ЛПВП будут больше 1 ммоль/л у мужчин и $>1,2$ ммоль/л у женщин (такие результаты указывают на более низкий риск). Для триглицеридов также нет целевых значений, но значения $<1,7$ ммоль/л указывают на более низкий риск. При более высоких значениях необходимо искать другие факторы риска.

Седьмое - при наличии сахарного диабета уровень HbA1c должен быть $<7\%$. Коррекция даже одного фактора риска значимо снижает риск ССЗ.

Голомидова Т.В.

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Ежегодно рождается все больше детей с сенсорными нарушениями, в том числе с нарушениями слуха. На сегодняшний день на одну тысячу новорожденных рождается от 1 до 3 детей с глухотой и сенсоневральной тугоухостью III-IV степени. В настоящее время значительно расширился арсенал методов реабилитации детей с нарушениями слуха, которые включают: комплексное медикаментозное лечение, сурдопедагогическую коррекцию, слухопротезирование, коррекционное обучение детей в специализированных дошкольных и школьных учреждениях для глухих и слабослышащих, слухоулучшающие операции, кохлеарную имплантацию.

Не менее важными методами реабилитации глухих детей являются социальные методы, которые направлены на то, чтобы такие дети стали полноценными членами общества, могли получить образование и работу. К ним можно отнести законодательную базу, обеспечивающую бесплатное предоставление детям слуховых аппаратов (СА) и кохлеарных имплантов (КИ), возможность выбора родителями ребенка типа образовательного учреждения и др.

Современные слуховые аппараты и кохлеарные импланты дают возможность глухим детям слышать самые тихие звуки, благодаря этому ребенок учится понимать речь и говорить. Однако потенциальные возможности нормального речевого, а значит, общего психического развития у ребенка с СА и КИ могут не реализоваться, и часто не реализуются. Дети даже с высококачественными слуховыми системами нуждаются в многолетних занятиях по развитию слуха и речи с сурдопедагогом. Реабилитация этих детей занимает более 5 лет.

Рост числа слабослышащих детей демонстрирует ежегодное увеличение обращений на прием к детскому сурдологу-отоларингологу. На конец 2017 года на диспансерном учете в Кемеровском городском сурдологическом кабинете состоит 185 глухих и слабослышащих детей, из них в дошкольно-школьных учреждениях специализированного типа обучается 90 детей. Многие родители не хотят отдавать своих детей в специальные учреждения из-за отсутствия там необходимой ребенку речевой среды, использования устаревших методов коррекционной работы. Необходима реорганизация работы этих учреждений - увеличение количества групп интегрированного обучения и ставок логопедов и сурдопедагогов.

70% пациентов с сенсоневральной тугоухостью нуждаются в слухопротезировании. Правильная коррекция слуховыми аппаратами позволяет добиться хороших результатов в речевом развитии за короткий промежуток времени. Бесплатные слуховые аппараты предоставляются детям-инвалидам с тяжелой степенью снижения слуха.

Выводы.

Увеличение количества занятий с сурдопедагогами в специализированных учреждениях коррекционного типа, введение групп интегрированного обучения в общеобразовательных детских комбинатах и школах, бинауральное слухопротезирование значительно повысят качество реабилитации детей с нарушениями слуха.

**Дюсупова А.А., Игисинов Д.К., Арипбаева А.Н., Оспанова А.Е., Омарова Г.С.
Экимбай А., Маханова.**

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.СЕМЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЕГО РАЗВИТИЯ

Актуальность исследования. Изучение метаболического синдрома (МС) у детей и подростков на ранних стадиях его развития является актуальным вопросом клинической медицины для своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Цель исследования. Изучить частоту распространенности компонентов МС и предикторов его развития у детей и подростков г.Семей.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились дети и подростки школы-гимназии N 6, средней школы N 15 г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет. Методы: 1. Проведение анкетирования (с использованием разработанной авторами анкеты) среди исследуемых детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет: антропометрия (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), отношение ОТ/ОБ), данные анамнеза, измерение артериального давления (АД). 2. Глюкометрия.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования было осмотрено 1974 ребенка и подростка г.Семей. Из них 51,9% (1025) составили дети и подростки школы-гимназии N 6, 48,1% (949) - представители средней школы N 15 г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет. При этом признаки МС и предикторы его развития (повышенный ИМТ, артериальная гипертензия (АГ), отягощенный анамнез, гипергликемия натощак) выявлены в 29,8% (589) случаев. Мальчики составили 313 человек (53,1%) и девочки - 276 (46,9%). При этом у 326 (55,3%) из них выявлен отягощенный наследственный анамнез по АГ, ишемической болезни сердца (ИБС), ожирению и сахарному диабету у родителей. У 46,0% (271 человек) был обнаружен повышенный ИМТ (57,9% (157) - мальчики и 42,1% (114) - девочки). АГ (систолическая) - обнаружена в 5,2% (31) случаев. Глюкометрия натощак и на фоне еды у исследуемых с признаками и предикторами развития МС (589) в 3,9% (23) случаев была обнаружена гипергликемия натощак.

Выводы.

1. Из 1974 обследованных детей и подростков г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет компоненты МС и предикторы его развития (повышенный индекс массы тела, АГ, отягощенный анамнез) выявлены в 29,8% (589) случаев.

2. Из 589 детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет в 46,0% (271) случаев выявлены повышенный ИМТ, в 5,2% (31) случаев - АГ и 3,9% (23) - гипергликемия натощак.

3. Учитывая полученные данные, необходима разработка алгоритма ранней диагностики и профилактики МС у детей и подростков г.Семей.

**Еспенбетова М.Ж., Жуманбаева Ж.М., Амренова К.Ш., Хисметова А.М.,
Канапиянова Г.Б., Берсимбекова Г.Б.**

Государственный медицинский университет
г. Семей, Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭТАНОЛОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность исследования. Отношение к склеротерапии среди специалистов неоднозначное. Существуют мнения о возможном перерождении склерозированных узлов, что ограничивает широкое использование среди эндокринологов данного метода лечения. По литературным данным нет сообщений об отдаленных последствиях склеротерапии, что создает актуальность для проведения дальнейших исследований по изучению эффективности данного вида лечения.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено 10-летнее проспективное клиническое исследование 467 пациентов с доброкачественными образованиями ЩЖ, средний возраст 52,7 лет, из них 4,1% (19) мужчин и 95,9% (448) женщин. Диагноз «коллоидно-узловой зоб» был установлен у 38,9% (182) пациентов.

Критериями исключения были злокачественность процесса по данным тонкоигольной аспирационной биопсии с цитологическим исследованием по Папаниколау, множественные рассеянные узлы, загрудинное расположение образования. Процедура осуществлялась под УЗИ контролем, в несколько сессий, включающих аспирацию содержимого кисты, промывание полости стерильным 90% этанолом с последующим введением в полость этанола в объеме 20-70% аспирированного содержимого. Эффективным считалось сокращение образования > 50% начального объема. Статистический анализ проведен в программе SPSS20.0. В ходе исследования было выявлено, что уровень гормонов ЩЖ в среднем в группе исследования до склеротерапии (СКТ) и в последующие точки наблюдения - через 3-6-12 - месяцев и 5-10 лет оставался в пределах нормальных значений, чего обычно не достигается при использовании хирургического метода лечения, дающего послеоперационный гипотиреоз. Динамика среднего объема узлов (см³) составила до СКТ - 10,2 (95% ДИ:2,6-14,8), через 3 мес. - 2,8 (95% ДИ:1,2-5,7), через 6 мес. - 1,1 (95% ДИ:0,9-1,5) и в последующие периоды, включая 10-летний рубеж составила - 1,0 (95% ДИ:0,8-1,4) локации гиперэхогенного образования по данным УЗИ. У всех пациентов были купированы косметические жалобы на увеличение передней части шеи и симптомы кома в горле, чувства «сдавления» и «душья».

Выводы.

Во всех случаях наблюдения был достигнут значимый клинический эффект в виде сокращения размера образования > 50% от начального, сохраняющийся на длительное время. Данный факт позволяет рекомендовать СКТ этанолом для лечения коллоидно-узлового зоба в качестве малоинвазивного и органосохраняющего метода.

Заздравнов А.А.

Харьковский национальный медицинский университет
г.Харьков, Украина

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СИМПТОМАТИКИ ЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) относится к системным заболеваниям соединительной ткани, при которых наряду с поражением суставного аппарата наблюдаются мультиорганные внесуставные проявления. При АС весьма часто в патологический процесс вовлекаются почки, структуры глаза, сердце. Поражение желудочно-кишечного тракта в целом, и пищевода - в частности при АС обычно связывают с ятрогенным воздействием нестероидных противовоспалительных препаратов. Между тем, непосредственная нозологическая обусловленность эзофагеальных осложнений также имеет место, и, как показывают проведенные оригинальные исследования, данная причина не является редкой.

Цель исследования. Оценить экспрессивность эзофагеальных жалоб у больных с различными клиническими формами АС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 47 больных АС, преимущественно мужчин (45), в том числе с центральной формой (ЦФ) - 33, периферической формой (ПФ) - 14. Средний возраст больных - 38,3±3,7 лет, длительность заболевания АС от 4 до 17 лет. Обращалось внимание на такие классические «пищеводные» симптомы как изжога, дисфагия, отрыжка, если они беспокоили не менее 1 раза в течение недели. Характерная для эзофагеальной патологии жалоба на боль за грудиной не оценивалась ввиду практической невозможности различить «пищеводный» и «позвоночный» генез боли, поскольку последняя при АС не всегда имеет четкую клиническую очерченность. При статистической обработке результатов определяли критерий χ^2 , который отражал, насколько значительно

Клинические аспекты терапии и педиатрии

отличаются друг от друга эмпирические и теоретические частоты переменных. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял 0,05.

Результаты и их обсуждение. Хотя бы один из вышеуказанных «пищеводных» симптомов наблюдался у 42 (89,4%) пациентов с АС, не менее двух - у 31 (66,0%) больного, все три симптома - у 25 (53,2%) пациентов. Наиболее частой жалобой была изжога, которая наблюдалась у 35 больных (74,5%), при этом данный симптом был одинаково распространен у пациентов с различными формами ХБ: 25 (75,8%) случаев - среди пациентов с ЦФ и 10 (71,4%) - среди больных с ПФ. Следует указать, что данный показатель значительно превышал среднепопуляционный уровень (20-40%). Жалобы на отрыжку и дисфагию встречались примерно одинаково - соответственно у 32 (68,1%) и 31 (66,0%) пациентов с АС. Относительная экспрессивность отрыжки была более высокой у пациентов с ЦФ (24 - 72,7%) по сравнению с больными с ПФ (8 - 57,1%), однако статистически значимых различий по данному признаку не отмечалось ($df=1$, $\chi^2=1,099$, $p=0,294$). Жалобы на дисфагию предъявлялись значительно более часто пациентами с ЦФ (25 - 75,8%) по сравнению с больными с ПФ (6-42,9%). Данные различия были статистически достоверными ($df=1$, $\chi^2=4,739$, $p=0,029$).

Выводы.

Частота выявления симптомов, характерных для поражения пищевода в среде больных АС, превышает среднепопуляционный уровень. Это можно объяснить как системностью поражения, так и анатомо-физиологическими изменениями, которые сопровождают АС.

Центральная форма АС более симптоматична (дисфагия, отрыжка) что, вероятно, связано с частым и тяжелым (по сравнению с периферической формой АС) поражением шейно-грудного отдела позвоночника и, следовательно, анатомо-функциональными изменениями пищевода.

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В., Старцева И.В.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
г.Кемерово, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ

Обязательной составной частью общего клинического анализа крови является определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Этот показатель является неспецифическим тестом, значение которого зависит как от состояния самого организма, так и от лабораторных факторов (преаналитических и аналитических).

Для определения СОЭ используются ручные и автоматизированные методы исследования.

К ручным методам относятся микрометод Панченкова и рекомендованный Международным комитетом по стандартизации в гематологии метод Вестергрена. Результат анализа определяется по конечной точке оседания эритроцитов.

Источниками ошибок при определении СОЭ ручными методами являются:

условия забора и хранения крови, температурный режим помещения, неточное дозирование цитрата или крови, неправильная постановка пробы, квалификация персонала.

Данные методы не имеют контрольных материалов и не снабжены системой документирования результатов, требуют значительных временных затрат.

Для автоматизированного определения СОЭ применяются автоматические и полуавтоматические анализаторы.

С 2017 года в клинической лаборатории ГАУЗ КОКБ определение СОЭ проводится на автоматическом анализаторе Roller 20 PN фирмы Alifax Италия.

Roller 20 PN - модель с ротором на 20 проб для работы в закрытой системе и внешней иглой для ручного забора проб.

В основе исследования лежит принцип капиллярной микрофотометрии с использованием кинетического метода «остановленной струи». Диапазон измерений от 2 до 120 мм/ч.

Для исследования используется цельная кровь с К ЭДТА в качестве антикоагулянта. Анализ должен быть произведен в течение 4 часов при условии хранения при комнатной температуре. Прибор автоматически перемешивает пробы, первый результат доступен через

4,2 мин, каждый последующий через 30 сек. Производительность составляет 120 проб в час.

В отличие от ручных методов, автоматизированное исследование позволяет уменьшить влияние многих факторов (температура, гематокрит, средний объем эритроцита, вязкость плазмы и т.д.), но имеет свои ограничения.

В частности, у онкологических больных и у больных с множественной миеломой величина СОЭ часто не превышает пределы нормы, так как на процесс оседания эритроцитов влияют факторы, связанные с патологическими процессами в организме, при которых происходит образование аморфных агрегатов (кристаллизация парапротеинов или минеральных веществ), что требует проведение других исследований.

Так же на конечный результат может повлиять присутствие микросгустков.

В результате работы на анализаторе Roller 20 PN мы пришли к следующим выводам:

- сократилось время проведения анализа;
- уменьшилось число ручных манипуляций;
- возможно проведение контроля качества;
- документированная выдача результатов.

Все это делает использование автоматического анализатора более предпочтительным по сравнению с ручными методами определения СОЭ.

Захарова Ю.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
г. Кемерово, Россия

АССОЦИАЦИИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРОСИМБИОНТОВ КИШЕЧНИКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Особенностью течения ВИЧ-инфекции в детском возрасте является высокая частота развития у них уже на стадии первичных проявлений фатальных бактериально-грибковых осложнений (Ю.В. Лобзин, 2003 г., Н.В. Матиевская и соавт, 2016 г.). Инфекционные осложнения у ВИЧ-инфицированных детей часто вызваны ассоциациями микроорганизмов, которые в большинстве случаев являются частью симбиотической системы толстой кишки. Различные типы межбактериальных взаимодействий могут оказывать влияние на вирулентные свойства условно-патогенных бактерий и грибов (О.В. Бухарин, 2009 г.).

Цель исследования. Изучение структуры и типов взаимоотношений микробов в ассоциациях кишечника у детей с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Исследован кишечный микробиоценоз 73 детей с ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекция был выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза и подтвержден результатами ИФА, иммуноблоттинга. Исследование микробиоценоза кишечника проводили стандартным бактериологическим методом, идентификацию бактерий проводили на основании морфологических, культуральных и биохимических свойств. Типы взаимоотношений микроорганизмов изучали методом прямого и отсроченного антагонизма.

Результаты исследования. У детей с ВИЧ-инфекцией в толстом кишечнике преобладали трехкомпонентные ассоциации микробов, состоящие из *Candida* spp.+*Staphylococcus* spp.+*Enterobacteriaceae* (29,3%). В 17,1% случаев были выделены четырехкомпонентные ассоциации *Candida* spp.+*Staphylococcus* spp.+*Enterococcus* spp.+*Enterobacteriaceae*. Пяти и шестикомпонентные бактериально-грибковые сожительства (14,6%) включали помимо членов четырехкомпонентных ассоциаций представителей рода *Actinomyces* spp. Подавляющее большинство дрожжевых грибов, выделенных из ассоциаций, относилось к виду *Candida albicans* (83,4%), а доля non-*albicans* видов (*C.parapsilosis*, *C.zelanooides*, *C.krusei*) не превышала 16,1%. Среди стафилококков-ассоциантов наибольший удельный вес приходился на *S.aureus* (30,6%), *S.xyloso* (25%), *S.simulans* и *S.epidermidis* (по 13,9%), доля остальных видов (*S.lentus*, *S.intermedius*, *S.cohnii*) в структуре стафилококков составляла 16,6%. Условно-патогенные энтеробактерии были представлены в 59,1% случаев *E.coli* Hly+, в 36,4% случаев *Klebsiella pneumoniae* и в 4,6% *Citrobacter freundii*. *Actinomyces naeslundii* и *A.israelii* входили в состав многокомпонентных ассоциаций в 24,1% случаев. Условно-патогенные

**Клинические аспекты
терапии и педиатрии**

микроорганизмы, входящие в состав ассоциаций, взаимодействовали по типу нейтрализма, а дрожжевые грибы рода *Candida* проявляли сателлитизм к клебсиеллам, так как стимулировали их рост. Условно-патогенные микроорганизмы проявляли антагонизм только по отношению к индигенной микрофлоре - бифидобактериям, лактобациллам, к эшерихиям. В антагонистические взаимоотношения с типичной кишечной палочкой вступали гемолизинпродуцирующие эшерихии (распространенность признака составила 18,2 на 100 культур), а с фекальными энтерококками разные виды стафилококков, входящих в ассоциации (22,2 на 100 культур).

Таким образом, у детей с ВИЧ-инфекцией в составе кишечного микробиоценоза формируются грибково-бактериальные ассоциации. Ассоциативные микросимбионты взаимодействуют друг с другом по типу нейтрализма или сателлитизма и вступают в антагонистические отношения с индигенной микрофлорой кишечника.

Исаков Э.З.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

**АНАЛИЗ ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДОВ
ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Одним из приоритетных направлений государственной политики в проблеме охраны здоровья населения является сохранение и укрепление здоровья трудоспособного населения, от чего зависит социально-экономическое развитие Республики Узбекистан.

По оценке экспертов ООН, инвалиды составляют 10% общей численности населения Земли. С.Н. Пузин (2006 г., 2008 г.), отмечает, что показатель инвалидности характеризует социальное неблагополучие населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и нарушение взаимосвязей человека-инвалида и общества.

Таким образом, эта проблема изучена недостаточно, а комплексного углубленного изучения формирования инвалидности трудоспособного населения в Республике и определения путей реабилитации и интеграции этого контингента инвалидов не проводилось.

Цель исследования. Изучение и проведение анализа впервые признанных инвалидов населения трудоспособного возраста в Ферганской области на 2015 год.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное исследование впервые признанных инвалидов трудоспособного населения в Ферганской области методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных по материалам органов социальной защиты и областной ВТЭК). При обработке материалов применялись вычисление методов относительных коэффициентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Определенное влияние на формирование инвалидности населения в трудоспособном возрасте оказывает пол, возраст и место проживания инвалидов (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение впервые признанных инвалидов
по Ферганской области на 2015 год (в абсолютных числах и в процентах)**

Таблица 1	Распределение впервые признанных инвалидов по Ферганской области на 2015 год (в абсолютных числах и в процентах)										
	Мужчины					Женщины					
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	
2015	1201	(61,5)	1125	(57,2)	1304	(62,1)	1051	(52,6)	2253	(55,3)	
1995	535	(27,4)	471	(24,4)	825	(39,7)	802	(39,5)	1627	(39,0)	
(62,6)	(37,4)	(61,5)	(38,1)	(63,4)	(36,6)	(63,3)	(36,7)	(63,4)	(36,6)	(62,9)	(37,1)

По табличным данным видно, что из общего количества впервые признанных 2505 инвалидов значительную часть составили лица трудоспособного возраста 2393 (95,5%). Из этого контингента больше половины составляют представители мужского пола - 1506 (62,9%), женщины - 887 (37,1%). Данные литературы о распространенности инвалидности в различных возрастно-половых группах населения немногочисленны. Уровень инвалидности трудоспособного возраста у мужчин всегда выше, чем у женщин.

Особое внимание обращает на себя закономерность распределения инвалидности трудоспособного возраста в городской и сельской местности. Доля среди инвалидов трудоспособного возраста городских поселений составляет 1129 (47,2%), а в сельских местностях - 1264 (52,8%).

Лунаев В.П. (2007г.), в своей диссертационной работе, посвященной изучению социально-гигиенических основ инвалидности трудоспособного населения РФ, отмечает, что в структуре первичной инвалидности трудоспособного населения по группам инвалиды I группы составляют 7,6%, II группы - 53,4%, III группы - 39% в среднем за 12 лет. Социально-гигиенический портрет инвалида трудоспособного возраста: больше мужчин - 52,1%, женщин - 47,9%.

Немсцверидзе Э.Я. (2012г.), в научном труде, посвященном «Медико-социальному обоснованию формирования программы снижения выхода на инвалидность трудоспособного населения на территориальном уровне» отмечает, что в контингенте инвалидов трудоспособного возраста незначительно преобладают мужчины и составляют 52,1%, женщины - 47,9%, и в структуре общего контингента по группам инвалиды I группы составляют - 4,2%, II группы - 50%, III группы - 45,8%. Далее автор отмечает, что в контингенте мужчин несколько больше инвалидов II группы - 51,6%, меньше III группы - 44,4%. Среди женщин разница небольшая - инвалиды II группы составляют 47,2%, III группы - 48,4%.

Наши данные согласуются с данными, полученными от вышеуказанных авторов. Анализ сопоставления структуры впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста по группам инвалидности по Ферганской области показал, что их удельный вес составляет в I группе инвалидности - 254 (10,6%). По городским поселениям - 129 (11,4%), по сельской местности - 125 (9,9%). Во II группе - 1870 (78,1%). По городским поселениям - 863 (76,4%), по сельской местности - 1007 (79,7%). В III группе - 269 (11,2%). По городским поселениям - 137 (12,1%), по сельской местности - 132 (10,4%).

Выводы.

1. Анализ впервые признанной инвалидности трудоспособного населения в Ферганской области на 2015 г. показал, что из общего количества впервые признанных 2505 инвалидов значительную часть составили лица трудоспособного возраста 2393 (95,5%).

2. Установлена структура распределения инвалидности трудоспособного населения в городской и сельской местности. Доля среди инвалидов трудоспособного возраста городских поселений составляет 1129 (47,2%), а в сельских местностях - 1254 (52,8%).

3. В структуре впервые признанных инвалидов трудоспособного возраста по группам инвалидности по Ферганской области их удельный вес составляет в I группе инвалидности - 254 (10,6%), во II группе - 1870 (78,1%) и в III группе - 269 (11,2%).

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Бочкова Т.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ

Одним из ведущих показателей состояния здоровья подрастающего поколения является физическое развитие, при оценке которого антропометрические параметры индивида сопоставляются с возрастными нормами, представленными в виде перцентильных ростовых таблиц или кривых стандартных отклонений для соответствующего возраста и пола.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

По литературным данным, недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ), широко распространенная в популяции, часто сопровождается нарушениями физического развития. Однако при этом крайне редко приводятся сравнения с международными стандартами, что и послужило поводом для проведения настоящей работы.

Цель исследования. Оценить физическое развитие подростков с НДСТ с использованием международных критериев показателя роста.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели проведено обследование учеников одной из школ г.Ленинска-Кузнецкого в возрасте от 10 до 14 лет (n=110). С помощью шкалы балльной оценки значимости фенотипических критериев (Кадурин Т.И., 2009г.) подростки разделены на 2 группы: с наличием НДСТ (81 человек) и без НДСТ (условно здоровые) - 29 подростков.

Оценку физического развития подростков выполняли по стандартам роста ВОЗ (2006-2007 гг.) с определением величины Z-score роста к возрасту (HAS - Height-for-Age Z-score) по уравнению:

$$Z\text{-score} = (\text{рост подростка (см)} - \text{медиана стандартной популяции (см)}) / \text{стандартное отклонение в стандартной популяции (SDS)}$$

Согласно критериям ВОЗ, нормальный рост при HAS Z-score - от -2 до +2 SDS, низкорослость - при HAS Z-score < -2 SDS; высокорослость - при HAS Z-score > +2 SDS.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics 20,0.

Результаты исследования. Анализ средних величин показателя роста к возрасту (HAS) по Z-score у подростков обеих групп показал незначительное их смещение в сторону повышения относительно эталонной популяции: они имели положительные значения (+0,26 SDS - в группе с НДСТ и +0,23 SDS - в группе условно здоровых, p=0,677), что свидетельствует о том, что рост у подростков обследованной выборки несколько выше, чем в стандартной популяции. При этом у 91,4% подростков с НДСТ и у 86,3% группы условно здоровых не отмечалось отклонений роста от соответствующих возрасту стандартных значений. Также с одинаковой частотой в обеих группах встречались высокорослость (7,4% случаев в группе с НДСТ и 10,3% - без НДСТ), и низкорослость (соответственно, 1,2% и 3,4% случаев).

Таким образом, физическое развитие подростков с НДСТ, оцененное по показателю роста к возрасту (HAS), существенно не отличается от такового их здоровых сверстников и в среднем несколько выше, чем в стандартной популяции.

Кареева А.И., Коков А.Н., Качурина Е.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) крайне актуальна в Российской Федерации, где заболеваемость и смертность от данной патологии выше, чем в других европейских странах. Раннее появление кальциевых депозитов в атеросклеротическом субстрате позволяет использовать кальциноз в качестве маркера атеросклеротического поражения артерий. Ожирение и избыточный вес, в свою очередь, сохраняют позиции одних из основных факторов риска развития ССЗ. При этом доказано, что не только сам факт ожирения, но и характер распределения жировой ткани в пользу висцерального (абдоминального) компонента влияет на степень сердечно-сосудистого риска.

Цель исследования. Оценка распространенности кальциноза коронарных артерий (ККА) у пациентов в зависимости от наличия абдоминального ожирения.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 1628 человек (700 мужчин и 928 женщин), представляющих случайную популяционную выборку взрослого населения

(средний возраст $46,81 \pm 0,28$ лет), проживающего на территории Кузбасса. Всем пациентам проведена оценка абдоминального ожирения. Критерием ожирения принят индекс отношения объема талии к объему бедер: $< 0,85$ у женщин и < 1 у мужчин. Всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография для верификации ККА. Принимался во внимание сам факт наличия кальциноза без учета его степени выраженности.

Результаты исследования. Распространенность абдоминального ожирения в общей выборке составила 40,86% (n=664). В группе мужчин и в группе женщин она достоверно различалась ($p < 0,001$) и составила 18,34% (n=128) и 57,88% (n=536) соответственно. Общая распространенность ККА составила 33,76% (n=549). В группе мужчин и группе женщин распространенность ККА достоверно не различалась и составила 35,14% и 32,72% соответственно ($p = 0,06$). У пациентов без абдоминального ожирения распространенность ККА составила 31,04% (n=298), с абдоминальным ожирением - 29,23% (n=204), достоверных различий не отмечено, $p = 0,48$. При сравнении групп мужчин и женщин с ожирением и без были получены следующие результаты: у мужчин без ожирения ККА отмечен у 34,04% (n=194), с ожирением - у 40,63% (n=52), $p = 0,41$; у женщин без ожирения ККА определяется у 34,1% (n=133), с ожирением - у 31,72% (n=170), $p = 0,59$. При сравнительном анализе групп мужчин и женщин как с ожирением ($p = 0,17$), так и без ожирения ($p = 0,11$) достоверных различий не выявлено.

Выводы.

Абдоминальное ожирение у пациентов, проживающих на территории Кузбасса, достоверно чаще встречается у женщин. Однако достоверных различий показателей распространенности коронарного кальциноза у пациентов с абдоминальным ожирением и без, как в общей выборке, так и при разделении групп по полу, по данным настоящего исследования не выявлено, что может быть объяснено дихотомическим подходом без учета возрастных особенностей и степени выраженности коронарного кальциноза.

Ким Л.Б., Русских Г.С., Путятин А.Н.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной
и трансляционной медицины» (ФИЦ ФТМ)
г.Новосибирск, Россия

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО И СВОБОДНОГО ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН В ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ

Исследование половых гормонов у мужчин Арктики (19-69 лет) показало, что содержание общего тестостерона (обТС) и ДГАЭ-С не отличалось от данных группы сравнения, представленных жителями Западной Сибири, и соответствовало референсным значениям (Kim L.B. et al., 2016г.). С возрастом содержание этих гормонов снижалось, но скорость снижения оказалась разной. В группе 60-69 лет содержание ТС составило 2/3, а ДГАЭ-С - лишь 1/3 от его уровня в группе молодых (до 29 лет). Тем не менее, только для обТС были выявлены тесные корреляционные связи с липидным профилем, что, вероятно, повлияло на формирование кардиоваскулярного риска. Поскольку биологический эффект ТС обеспечивается свободным ТС (свТС).

Цель исследования. Изучение содержания свТС в процессе старения у мужчин Европейской части Российской Арктики.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили в Мурманской области (67 ос.ш.) в осенне-зимний период. Основную группу составили мужчины в возрасте 19-69 лет (n=91, средний календарный возраст - $44,3 \pm 1,35$ года, северный стаж - $20,4 \pm 1,35$ года), занятые в горнорудной промышленности. В зависимости от календарного возраста мужчин были выделены 5 возрастных групп: до 29 лет (1-я, n=13), 30-39 (2-я, n=24), 40-49 (3-я, n=20), 50-59 (4-я, n=19) и 60-69 (5-я, n=15). Группу сравнения составили практически здоровые мужчины (n=14), жители Новосибирска (55 ос.ш., Западная Сибирь). Представители обеих групп дали письменное информированное согласие на участие в исследовании с заполнением анкет и сдачей крови. Забранную в утренние часы кровь из локтевой вены центрифугировали

Клинические аспекты терапии и педиатрии

(3000 об/мин, 10 мин.), полученную плазму замораживали при температуре - 70°C для последующего определения в них гормонов. Содержание свТС определяли методом ИФА с использованием набора (abcam, USA), обТС - «Стероид ИФА-тестостерон (Россия) согласно инструкции изготовителей.

Результаты считывали с помощью планшетного спектрофотометра Microplate Reader Stat Fax-2100 (Awareness Technology Inc., USA) и соотносили их с референсными величинами, рекомендованными изготовителями наборов. Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica v. 10 (Stat Soft Inc., USA).

Результаты исследования. Содержание свТС у северян не отличалось от его уровня в группе сравнения и соответствовало референсным величинам. Максимальное содержание отмечено в группе молодых мужчин (до 29 лет), с увеличением возраста оно снижалось, и в группе 60-69 лет было в два раза ниже относительно группы молодых ($p < 0,0003$). Корреляционный анализ выявил отрицательную связь средней силы свТС с календарным возрастом ($r = -0,49$, $p < 0,0005$), полярным стажем ($r = -0,44$, $p < 0,0002$), индексом массы тела ($r = -0,55$, $p < 0,0005$), объемом талии ($r = -0,57$, $p < 0,0005$) и бедер ($r = -0,38$, $p < 0,002$), их отношением ($r = -0,58$, $p < 0,0005$), биологическим возрастом ($r = -0,59$, $p < 0,0005$), самооценкой здоровья ($r = -0,49$, $p < 0,0005$), патологическим индексом ($r = -0,54$, $p < 0,0005$). Отмечены корреляции с метаболическими показателями: уровнем глюкозы ($r = -0,37$, $p < 0,003$), триглицеридов ($r = -0,38$, $p < 0,002$), общего холестерина ($r = -0,26$, $p < 0,042$), ЛПНП ($r = -0,25$, $p < 0,043$), апоВ ($r = -0,27$, $p < 0,034$), коэффициентом атерогенности ($r = -0,34$, $p < 0,006$), а также прямая сильная связь с обТС ($r = 0,88$, $p < 0,0005$). Уместно заметить, что все выявленные корреляции свТС с анализируемыми показателями, за исключением индекса массы тела и триглицеридов, были сильнее по сравнению с корреляциями между обТС и этими же показателями. Кроме того, свТС коррелировал со шкалой SCORE ($r = -0,34$, $p < 0,006$).

Таким образом, результаты исследования показали, что для диагностики общего здоровья и прогнозирования кардиоваскулярного риска у мужчин в Арктике целесообразно оценивать уровень свТС.

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятина А.Н., Русских Г.С.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной
и трансляционной медицины» (ФИЦ ФТМ)
г.Новосибирск, Россия

ВЛИЯНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-НАНОСОМАЛЬНОЙ КОМПОЗИЦИИ С ДЕКСТРАЗИДОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ТИМП-1 И ТИМП-2 В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ С БЦЖ-ИНДУЦИРОВАННЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ

Известно, что при туберкулезном воспалении увеличиваются содержание и активность матричных металлопротеиназ - ММП-1, ММП-9 (Elkington P.T. et al., 2011 г.; Taylor J.L. et al., 2006 г.), усиливается интерстициальный фиброз органов (Kim L.B. et al., 2014 г.; 2016 г.). В исследованиях *in vitro* было показано, что молекулярная наноразмерная липосомальная композиция (МНК), представляющая собой фосфатидилхолиновые липосомы с декстразидам, (окисленный декстран + гидразид изоникотиновой кислоты), влияет на уровень экспрессии ММП-1 и ММП-9 перитонеальными макрофагами (Нещадим Д.В. и др., 2016 г.). При этом не известно, как ведут себя тканевые ингибиторы металлопротеиназ (ТИМП), контролируемые в физиологических условиях активность ММП, при использовании МНК при туберкулезном процессе.

Цель исследования. Изучить влияние МНФК на содержание ТИМП-1 и ТИМП-2 в печени мышей с БЦЖ-индуцированным гранулематозом.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили на двухмесячных мышах-самцах линии BALB/c массой 18-22 гр. БЦЖ-гранулематоз воспроизводили однократным введением в ретроорбитальный синус 0,5 микробных тел на 1 животное в 0,2 мл 0,85% раствора NaCl. Опытные образцы МНК были получены в лаборатории биосовместимых наночастиц, наноматериалов и средств адресной доставки ФИЦ ФТМ. Через 3 мес. после инфицирования

животным в течение 2 мес. (2 раза в неделю) вводили МНК и его компоненты - декстразид и ГИНК (доза по изониазиду 14 мг/кг). Животные были разделены на группы: 1 - интактные, 2 - БЦЖ, 3 - БЦЖ+МНК (ингаляционное введение с помощью ультразвукового ингалятора Муссон-2-04), 4 - БЦЖ+МНК (внутриперитонеальное введение), 5 - БЦЖ+декстразид, 6 - БЦЖ+ГИНК. Мыши содержались в стандартных лабораторных условиях. После декапитации мышей собирали кровь для получения сыворотки крови, выделяли и взвешивали органы. Сыворотку крови и гомогенаты органов замораживали при температуре -70°C для последующих анализов. Содержание ТИМП-1 и ТИМП-2 в печени определяли с помощью готовых коммерческих наборов ИФА для мышей (Invitrogen by Thermo Fisher Scientific, USA). Содержание ТИМП в печени пересчитывали на белок (нг/мг белка). Оптическую плотность измеряли при $\lambda=450$ нм с использованием микропланшетного ридера Stat Fax-2100 (USA).

Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ Statistica v. 10,0 (StatSoft Inc., USA). Для сравнения групп использовали критерий Манна-Уитни или ANOVA по Краскел-Уоллис. Результаты исследования представляли как среднеарифметическая величина и ошибка средней ($M \pm m$). Статистически значимыми принимали различия между сравниваемыми средними величинами при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе 2 содержание ТИМП-1 в 2,5 раза и ТИМП-2 в 1,8 раза превысило данные интактных мышей (1 группа). Ингаляционное введение МНК (группа 3) привело к снижению в 1,4 раза ТИМП-1 и в меньшей степени - ТИМП-2. У животных 4, 5 и 6 групп содержание ТИМП-2 было выше относительно данных группы 3 в 1,5, 1,7 и 1,6 раза соответственно. При этом содержание ТИМП-1 было выше только в группе 6 по сравнению с данными группы 3.

Таким образом, показано, что способ введения МНК и его компоненты влияют на содержание ТИМП-1 и ТИМП-2. Значимое снижение этих ферментов при ингаляционном введении МНК позволяет полагать, что интенсивность ингибирования ММП будет ниже. Поскольку ТИМП-1 является ингибитором для коллагеназы-1 (ММП-1), желатиназы-В (ММП-9), в то время как ТИМП-2 лучше подавляет активность желатиназы-А (ММП-2), стромелизин-1 (ММП-3) с учетом субстратной специфичности ММП можно ожидать изменение интенсивности деградации коллагенов и других компонентов внеклеточного матрикса, следовательно, выраженности интерстициального фиброза печени.

Колпинский Г.И., Захаров И.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Одной из патологий, связанных с возрастными изменениями, происходящими в организме женщины, является постменопаузальный остеопороз, важной патогенетической составляющей которого считается системное нарушение метаболизма, вследствие инволюционных механизмов, формирующих менопаузальный синдром. Несмотря на многокомпонентность и многофакторность развития и течения климактерических расстройств, ключевую роль в патогенезе указанных нарушений играет гипоэстрогения, возникающая вследствие угасания функции яичников.

Целью исследования явилось проведение комплексной оценки выраженности менопаузальных расстройств у женщин с различным уровнем минеральной плотности кости.

Материал и методы исследования. Авторами была выполнена оценка климактерических расстройств у 96 женщин, находящихся в раннем постменопаузальном периоде с различным уровнем минеральной плотности кости (МПК). Оценка МПК осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Исследование выраженности менопаузальных расстройств проводилось согласно международной менопаузальной шкале (MRS). Количественные показатели описывались с использованием медианы (Me) и межквартильного интервала, качественные - процентных долей и стандартных ошибок долей. С целью изучения надежности выполняемых тестов применялись коэффициент альфа Кронбаха и анализ ретестовой корреляции. Оценка корреляции показателей выполнялась с использованием коэффициента ранговой

Клинические аспекты терапии и педиатрии

корреляции Спирмена. Для определения статистической значимости различий между количественными признаками трех и более независимых групп применялся критерий Краскела-Уоллиса (H). При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимался равным 0,05 ($p=0,05$).

Результаты исследования. У обследованных женщин была определена следующая структура степеней тяжести менопаузальных расстройств: отсутствие или незначительные проявления нарушений (0-4 балла) выявлены у $20,8 \pm 4,1\%$, легкая степень тяжести (5-8 баллов) - у $22,9 \pm 4,3\%$, умеренная (9-15 баллов) - у $31,3 \pm 4,7\%$ и тяжелая (16 баллов и выше) - у $25,0 \pm 4,3\%$ женщин раннего постменопаузального периода.

Лица с более выраженными проявлениями климактерических нарушений имели статистически значимо более низкие значения минеральной плотности кости. Отмечалась отрицательная корреляция ($r = -0,57$; $p = 0,001$) между средними значениями суммарных показателей характеристик менопаузальной шкалы и МПК.

У женщин, не имеющих клинических проявлений менопаузальных расстройств Т-критерий при выполнении рентгеновской денситометрии составил $-0,05$ ($-0,6$; $1,0$); у лиц с легкой степенью менопаузальных нарушений медиана Т-критерия соответствовала $-0,7$ ($-1,1$; $0,4$), при умеренных расстройствах Т-критерий равнялся $-1,5$ ($-2,7$; $-0,6$) и при тяжелой форме климактерического синдрома медиана была $-2,1$ ($-2,3$; $-1,9$). Критерий Краскела-Уоллиса (H) равен $41,4$ ($p=0,001$); $\chi^2=37,8$ ($p=0,001$).

Выводы.

Полученные данные демонстрируют связь уровня минеральной плотности кости у женщин раннего постменопаузального периода с суммарной интенсивностью климактерических расстройств. Системная оценка показателей здоровья женщин в постменопаузальном периоде будет способствовать более обоснованному использованию медикаментозной коррекции, включая препараты менопаузальной гормональной терапии.

Конюх Е.А., Миклаш Н.В.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница»
г.Гродно, Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА НА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Отечественные и зарубежные авторы отмечают, что вирусы семейства Herpesviridae, в том числе и Herpeszoster, при персистенции в организме приводят к развитию вторичной иммунологической недостаточности, аутоиммунным и опухолевым заболеваниям. Наиболее подвержены тяжелому течению герпетической инфекции дети, которые получают иммуносупрессивную терапию.

Представляем клинический случай генерализованной формы герпетической инфекции. Ребенок, 4,5 года, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, покашливание, отечность лица, голеней, передней брюшной стенки. При лабораторно-инструментальном исследовании установлено повышение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, снижение уровня гемоглобина и эритроцитов. Отмечалась гиперхолестеринемия, азотемия, гипокальциемия; при исследовании мочи - нефротический уровень протеинурии (195 мг/кг/сут), незначительная степень гематурии ($14-16$ в поле зрения). При исследовании гемостазиограммы - укорочение АЧТВ (23 сек.), повышение уровня фибриногена ($8,05$ г/л). Назначена терапия нефротического синдрома согласно протоколу, с патогенетической целью - преднизолон из расчета 2 мг/кг/сутки. На фоне терапии в течение 10 суток отмечалась медленная положительная клинико-лабораторная динамика. На 11 сутки ребенок переведен в инфекционный стационар в связи с необходимостью разобщения из-за контакта по ветряной оспе. За время наблюдения кожной сыпи, характерной для ветряной оспы, не отмечалось. На 20-е сутки карантина состояние ребенка ухудшилось: девочка потеряла

сознание, появилась кровоточивость из мест инъекций, прогрессивно нарастали клинические и лабораторные признаки гипокоагуляции, симптомы полиорганной недостаточности. Через 3-е суток девочка умерла.

При патолого-анатомическом исследовании обнаружены элементы везикулярной сыпи на слизистой наружных половых органов, при морфологическом исследовании печени - признаки поражения печени герпетической этиологии. При вирусологическом исследовании в тканях Herpesviridae выделены не были.

Данный случай демонстрирует быструю генерализацию герпетической инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии при отсутствии клинически значимых кожных симптомов инфекционного заболевания.

Кремено С.В., Барабаш Л.В., Мирютова Н.Ф., Абдулкина Н.Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»
г.Северск, Россия

СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У РАБОТНИКОВ ВНУТРЕННЕГО ВОДНОГО ТРАНСПОРТА

Работники объектов водного транспорта постоянно подвергаются воздействию неблагоприятных факторов, среди которых шум, вибрация, качка, электромагнитные поля, неблагоприятные климатические условия. Постоянное нахождение в таких условиях приводит к значительному напряжению адаптационных систем организма с последующим нарушением функционирования основных регуляторных систем.

Целью исследования было оценить состояние энергетического обмена у работников внутреннего водного транспорта.

В исследовании принимали участие работники ОАО «Томская судоходная компания», принимающие непосредственное участие в плавании (n=38, мужчины, средний возраст $46,67 \pm 1,24$ лет). Оценку энергетического обмена организма проводили на основании определения активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) лимфоцитов, являющейся ключевым ферментом цикла Кребса и индикатором состояния митохондрий. Активность фермента оценивали по реакции восстановления соли тетразолия в виде осадка (гранул) деформазана синего цвета. В качестве субстрата использовали янтарную кислоту. Для выявления скрытой активацию СДГ, свидетельствующей о гиперактивном напряженном состоянии митохондрий, связанном с истощением компенсаторного потенциала организма, использовали активатор СДГ - изолимонную кислоту (Нарциссов Р.П., 1984 г.).

Определяли следующие количественные показатели: типичная ферментативная активность (Q)- характеризует разнообразие клеток по их типичной ферментативной активности; коэффициент вариации (V)- характеризует разнородность клеток по активности фермента (полярность их состояний); коэффициент асимметрии распределения (A)- характеризует уравновешенность пулов клеток с низкой и высокой активностью фермента; коэффициент эксцесса (E)- характеризует относительное число клеток с типичной, нормальной для данной популяции, активностью фермента (резерв типичных клеток). Для оценки степени напряжения энергетического метаболизма вычисляется коэффициент $K:K = \text{СДГ(ИЗО)}/\text{СДГ (у.е.)}$, значение которого больше 1 является неблагоприятным цитохимическим признаком и свидетельствует о состоянии напряжения клеточного метаболизма и нестабильности митохондриальной мембраны.

Было выявлено, что у 72% обследованных работников внутреннего водного транспорта наблюдается снижение типичной ферментативной активности и у 89% повышение коэффициента вариации относительного интервала референсных значений. Отношение типичной ферментативной активности в присутствии изоцитрата к типичной ферментативной активности в его отсутствие, характеризующее степень напряжения энергетического метаболизма, составило в среднем по группе $1,04 \pm 0,19$ у.е. ($M \pm SD$), и было выше 1,0 у.е. у 55% человек, что свидетельствует о напряжении клеточного метаболизма и о нестабильности митохондриальной мембраны у работников внутреннего водного транспорта.

Кудашова О.В., Бочкова Т.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО-НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Сохранение здоровья глубоко недоношенных детей является одной из наиболее актуальных задач современной медицины. С внедрением новейших медицинских технологий увеличивается выживаемость детей с экстремально низкой массой тела при рождении, что делает актуальным вопрос об особенностях выхаживания таких новорожденных не только в отделениях реанимации и интенсивной терапии, но и на этапе педиатрического участка.

За период 2012-2015 годов в детской поликлинике ГАУЗ КО ОКЦОЗШ родилось 42 недоношенных ребенка, из них 32 ребенка с низкой массой тела, 7 детей с очень низкой массой тела и 3 ребенка с экстремально низкой массой тела. Вашему вниманию предоставляется 3 клинических примера наблюдения за детьми, родившимися с экстремально низкой массой тела в условиях поликлиники. Все 3-и ребенка поступили на амбулаторный этап со 2 этапа выхаживания, из них один ребенок мужского пола родился в 2012 году, двое детей женского пола родились в 2014 году.

В антенатальном периоде все дети имели отягощенный антенатальный анамнез, угрозу прерывания беременности, отягощенный соматический анамнез матери, носительство инфекций. В интранатальном периоде у всех детей отмечался критический срок гестации к моменту рождения: 26, 28, 30 недель, родоразрешение у двух детей путем экстренного кесарева сечения (угроза острой гипоксии плода и преэклампсия), 1 ребенок - самопроизвольное родоразрешение. Все роды проходили в условиях ЛПУ III уровня (в Кемеровском областном перинатальном центре).

На момент рождения дети имели критическую массу тела: 770, 810, 800 граммов, аналогичные критические цифры имели и другие показатели антропометрии, показатели шкалы Апгар от 4 до 6 баллов.

Сурфактант терапию получили все дети в первые минуты после рождения, эндотрахеально. Чем меньше срок гестации к моменту рождения, тем дольше находился ребенок в ОРИТ до 98 суток 26 недель гестации, 30 суток 28 недель гестации, 22 сутки 30 недель гестации, аналогичной зависимости находится длительность ИВЛ от 90 до 7 суток.

Зависимость от кислородотерапии до 120 суток с развитием судорожного синдрома у самого маловесного ребенка, у остальных детей данный показатель от 70 до 7 суток. Зондовое питание получили все дети от 39, 78, 122 суток, чем меньше срок гестации к моменту рождения, тем дольше ребенок находился на зондовом питании. Все дети получили гемотрансфузии. На 2 этапе выхаживания дети находились от 35 до 57 суток

На педиатрический участок дети поступили в возрасте 2 месяца 27 дней, 1 месяц 28 дней, 4 месяца 17 дней. Все они имели от 6 до 8 диагнозов, каждый ребенок имел диагноз: Экстремально низкая масса тела; Бронхо-легочная дисплазия у 2 детей тяжелая, у одного ребенка средняя; Перинатальное поражение ЦНС аналогично у 2 детей тяжелой степени, у одного ребенка средней степени тяжести.

2 детей находились на искусственном вскармливании, 1 ребенок, рожденный с массой тела 800,0 грамм получал грудное вскармливание до 1 года 3 месяцев с введением всех прикормов по возрасту.

Всем детям потребовалась базисная терапия пульмикортом по бронхо-легочной дисплазии: от 3 до 6 месяцев с момента рождения двум детям, одному ребенку до настоящего времени.

Противосудорожную терапию получал 1 ребенок до 1 года 4 месяцев. Терапия отменена по рекомендации эпилептолога. Чем больше срок гестации к моменту рождения, тем лучше показатели моторного развития детей: нормальная моторика у ребенка со сроком гестации 30 недель, незначительное отставание моторики у детей, родившихся при сроке гестации 28 и 26 недель.

В анамнезе все 3 ребенка имели анемию недоношенного, у 1 ребенка мужского пола

частые респираторные инфекции, бронхообструктивный синдром, у ребенка с массой тела 770,0 граммов патология органов зрения.

Оценка физического развития в 1 год выявила среднегармоничное развитие у ребенка со сроком гестации 26 недель, у двух детей отмечался дефицит массы тела I степени.

К году 8 зубов имел 1 ребенок. Психическое развитие в 1 год у всех детей без особенностей. Вакцинопрофилактика проводилась всем детям по индивидуальному календарю, в том числе 2 ребенка получили прививку против пневмококковой и гемофильной инфекции. Одному из детей со сроком гестации 28 недель потребовалось 7 госпитализаций в стационар по поводу частых бронхообструкций за счет бронхо-легочной дисплазии, у двоих детей женского пола отмечалась хорошая резистентность организма, им потребовалась всего одна госпитализация в стационар по поводу респираторной инфекции.

Инвалидизация наступила у одного ребенка мужского пола, что составляет 33%, освидетельствован впервые в 1 год 9 месяцев с диагнозом: Бронхо-легочная дисплазия, новая форма, тяжелая. В 2016 году диагноз изменен, выставлен: Атопическая бронхиальная астма, персистирующее течение средней степени тяжести, частично контролируемая.

После проведения комплексной оценки состояния здоровья детей, родившихся с экстремально низкой массой тела на педиатрическом участке, можно сделать выводы, что нервно-психическое развитие соответствует возрасту у ребенка со сроком гестации 30 недель, у остальных отставание по 1-2 линиям развития на 1-2 эпикризных срока.

По физическому развитию догнали сверстников 2 детей (срок гестации 28 и 26 недель), ниже среднего (гипостатура) у ребенка со сроком гестации 30 недель, возможно из-за того, что у нее отмечалась задержка внутриутробного развития к сроку гестации.

Все дети наблюдаются и лечатся у специалистов, у детского невролога поликлиники, имеют группы здоровья II, III, IV. 1 ребенок мужского пола имеет IV группу здоровья признан ребенком-инвалидом по бронхо-легочному заболеванию с 1 года 9 месяцев, III группа здоровья у самого маловесного ребенка имеется патология органов зрения (вероятно за счет перенесенной ретинопатии недоношенных), II группа здоровья у ребенка со сроком гестации 30 недель.

Выводы.

Таким образом, анализ состояния здоровья детей, родившихся с ЭНМТ, свидетельствует об улучшении показателей выхаживания данного контингента как на этапе интенсивной терапии, так и на этапе амбулаторно-поликлинического звена, показатель здоровья детей в большей степени зависит от срока гестации, чем от показателей массы тела при рождении.

Ведение на амбулаторном этапе детей с экстремально низкой массой тела требует от участкового педиатра повышенного внимания, знания особенностей вскармливания, патологических состояний, характерных для данной группы пациентов, без чего невозможна полноценная адаптация и медико-социальная реабилитация таких детей в будущем.

Кулемзина Т.В.

Национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Донецк, Украина

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШАХТНОЙ ТРАВМОЙ

Цель исследования. Продемонстрировать опыт персонифицированного подхода к реабилитации пациентов с шахтной травмой.

Реабилитационные мероприятия выполнялись в условиях отделения восстановительного лечения для 18-ти пациентов мужского пола возрастом 36 - 40 лет по истечении 1-го месяца от момента получения травмы. У пациентов был диагностирован компрессионный перелом тел VI, VII и VIII грудных позвонков второй степени со смещением, без повреждения спинного мозга, полученный при обрушении горной породы.

Выполненные диагностические исследования: рентгенография грудного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях с целью установить локализацию повреждений; компьютерная томография области повреждения с целью выявить нарушения в структурах поврежденных позвонков,

Клинические аспекты терапии и педиатрии

магнитно-резонансная томография с целью установить наличие и характер повреждений нервных корешков в зоне повреждения; миелография с целью оценить состояние спинного мозга в зоне травмы.

При неврологическом осмотре - снижение чувствительности в зоне иннервации корешков ThV, VI, VII, VIII, посттравматическая радикулопатия ThV-VIII с болевым и гипотрофическим синдромами, чувствительными нарушениями. Пациенты жаловались на боль в зоне травмы, усиливающуюся при движении, ограничение движений в грудном отделе позвоночника, незначительный отек мягких тканей, болезненность при пальпации травмированного участка.

Примененные методы: рефлексотерапия (классическая акупунктура и прижигание), антигомотоксические средства (коктейли препаратов фирмы Хеель), восточные фитопрепараты, классические гомеопатические средства (симптоматические и конституциональные), гирудотерапия на биологически активные зоны, аппаратная физиотерапия (магнитотерапия, ультразвук, лазеропунктура), сегментарно-рефлекторный и вакуумный массажи, постизометрическая релаксация, кинезиотейпирование (черным и синим тейпами), пассивная кинезотерапия, ароматерапия (аромалампа и аромассаж), метод практической психологии.

Схемы составлялись на основе принципов адекватности, последовательности, оптимальности, сочетаемости процедур, выполнялись на протяжении 28-ти дней. Оценка исходного состояния и адаптационных резервов организма, определение конституциональных характеристик (физических, психических, эмоциональных), врожденных и сформированных в результате травмы, позволяли детально прописать виды и количество процедур, методики их выполнения, интервалы между процедурами, время для отдыха. При однотипности диагнозов для всех пациентов, индивидуальные схемы реабилитации отличались.

Персонифицированные схемы реабилитации пациентов с компрессионными переломами тел грудных позвонков со смещением в сочетании с неврологическими проявлениями позволили дозировать лечебное воздействие и избегать появления обострений. Динамический контроль за изменениями в состоянии здоровья позволял ежедневно отслеживать динамику и производить коррекцию схем, фиксируя статус на момент осмотра в качестве отправного пункта для начальной процедуры.

После окончания стационарного этапа наблюдение за пациентами продолжалось до полного излечения (в среднем 180 дней). На протяжении контрольного срока пациенты выполняли рекомендации по двигательному, поведенческому и нутрициологическому режиму, продолжали принимать гомеопатические и фитотерапевтические препараты. Контрольные осмотры проводились с интервалом в 21 день в идентичный день недели и время.

Курнапегова Н.В.

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГА

Прием детского нефролога, кроме нефрологических проблем, сочетает в себе пограничную патологию урологического, неврологического и в меньшей степени кардиологического, эндокринологического и гинекологического аспектов.

За период 2016-2017 гг. прием специалиста посетили 5699 пациентов. Нефропатология (ИМВП, пиелонефриты, мочевые синдромы, микролитиаз почечный, кристаллурии, нефриты, поликистоз) составила 3223 случая (56%).

Пациенты, имеющие урологическую патологию (врожденные пороки развития мочевыделительной системы, рефлюксы) составили 1551 человек (27%).

Патология, наблюдаемая совместно с неврологами (дисфункция мочевого пузыря, ночной энурез, врожденные пороки развития нервной системы с нарушением функции тазовых органов, миелодисплазия) отмечена у 753 обратившихся (14%).

88 детей (1,6%) с синдромом артериальной гипертензии наблюдаются совместно с кардиологом.

78 девочек (1,35%) были направлены гинекологом с рецидивирующими синехиями вульвы.

Нефрологом наблюдаются 6 детей с диабетической нефропатией, что составляет 0,1%.

Выводы.

Прием детского нефролога на 44% состоит из пациентов, наблюдаемых совместно с другими врачами - специалистами по необходимости. Целесообразно вести наблюдение и лечение детей с хронической патологией почек и мочевыводящих путей в консультативной поликлинике, располагающей возможностью полноценного наблюдения за пациентом со стороны необходимых специалистов.

Лазарева С.В., Авдонченко Т.А., Помыткина Н.Ю.

ГБУЗ КО ОКОХБВЛ
г.Прокопьевск, Россия

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОГО СИНДРОМА

Хронический болевой шейно-плечевой синдром - актуальная проблема современной реабилитации. В популяции различных стран хронические боли отмечены у 1,3 до 57%. В 8% случаев это медикаментозно резистентные боли с большими материальными затратами на лечебно-диагностические мероприятия и лечение на больничном листе. Хроническая боль отличается от острой не только временными характеристиками и протяженностью 3-6 мес., но и изменением характера самой боли. Также развиваются специфические психологические проблемы, влияющие на степень и скорость восстановления трудоспособности и социальную жизнь пациентов.

Цель исследования. Оценка эффективности кинезиотерапевтических методов лечения у пациентов с хроническим шейно-плечевым синдромом.

Материалы и методы исследования. В отделении реабилитации ГБУЗ КО ОКОХБВЛ за последний год с данной патологией было пролечено 70 пациентов. Все пациенты были разделены на две группы. Основная группа состояла из 42 человек (25 женщин и 17 мужчин). У данных пациентов проводилось стандартное реабилитационное лечение. Во вторую - контрольную группу были включены 28 чел (19 женщин и 9 мужчин) с преобладанием в лечении кинезиологических методов лечебной физкультуры.

Для оценки эффективности реабилитации пациентов с хроническим болевым шейно-плечевым синдромом использовались клинические методы исследования, углометрия. Применялись шкалы и опросники, измеряющие степень ограничения активности в повседневной жизни и изменения качества жизни. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью вербальной и лицевой шкалы боли (ВАШ, ВБШ). Использовался опросник конечного результата ULSA, освещающий данные об оценке боли, активности повседневной жизни и удовлетворенности пациента своим состоянием, а также показатели оценки объема движений и мышечной силы. Психоэмоциональное состояние оценивалось по скрининговой шкале тревоги и депрессии HADS.

Программа восстановительного лечения в основной группе включала в себя: иглорефлексотерапию, локальную медикаментозную терапию, аппаратную физиотерапию, сегментарный и точечный массаж.

Программа лечения контрольной группы состояла из специальных комплексов дыхательной гимнастики, упражнений по произвольному владению отдельными мышечными группами. Применялась постизометрическая релаксация, миофасциальный релиз. Проводили разработку болевых контрактур и устранения функциональных блоков с помощью аппаратов «АРТРОМОТ». Для достижения эффекта лечебную гимнастику выполняли в течение 2 недель 1-2 раза в сутки.

Результаты исследования. Анализ реабилитации хронического шейно-плечевого синдрома в основной и контрольной группах показал положительную динамику у всех пациентов. В основной группе отмечено более быстрое уменьшение болевого синдрома в первую неделю, но увеличение объема движений в плечевом суставе выявлено только через 1-1,5 недели. В контрольной группе, с активным применением кинезиологического лечения, объем движений и снижение болевого синдрома наблюдались в первые дни лечения. В обеих группах обнаружено

Клинические аспекты терапии и педиатрии

положительное воздействие на эмоциональную сферу пациентов со статистически достоверным снижением шкал невротической триады и снижением до 4-9 баллов по шкале Hads, что клинически проявлялось уменьшением тревоги, нормализацией сна, купированием неадекватной фиксации пациента на соматических расстройствах. Максимальная сумма баллов по шкале «Оценки конечного результата ULSA» у нас составила в среднем в основной группе 22-25 баллов, при начальных показателях 12-17, в контрольной - 26-29 баллов, при начальных показателях 11-17 баллов. В то же время кинезиологические методики достоверно улучшили результаты у 82,6% контрольной группы, тогда как в основной группе всего 65,7%.

Выводы.

1. Разработанная комплексная программа методов доказала достаточную эффективность лечения хронического шейно-плечевого болевого синдрома.

2. По данным катамнеза 42 пациентам, амбулаторное продолжение самоуправления хроническим шейно-плечевым синдромом позволяет больным перебороть мнение о неизбежности прогрессирования боли, применения большого количества анальгетиков, выработать стратегию на активное вовлечение в лечение и повысить мотивационные установки на выздоровление.

Леденева И.В., Белошапкина А.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Инсульт - внезапное расстройство функций головного мозга, вызванное нарушением его кровоснабжения. Нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно регистрируются 100-300 случаев инсультов на каждые 100000 населения. Первичные инсульты составляют в среднем 75%, повторные - около 25% всех случаев инсульта. После 45 лет каждое десятилетие число инсультов в соответствующей возрастной группе удваивается, с каждым последующим годом жизни риск повторного инсульта возрастает на 5-8%. У более чем 62% перенесенный инсульт оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений, значительно инвалидизируя больных.

К факторам риска и причинам инсульта относятся такие заболевания как - артериальная гипертония, нарушения ритма сердца, атеросклероз и повышенный уровень холестерина в крови, сахарный диабет, аневризмы сосудов головного мозга, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, длительное употребление гормональных противозачаточных средств, заместительная гормональная терапия при климактерических расстройствах, нарушение свертываемости крови.

По выраженности очаговых симптомов определяют степень и объем поражения - это движения, координация, речь, чувствительность, зрение, глотание, поведение, память.

Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, а когда это возможно - трудоспособности.

На фоне продолжительного спазма магистральных сосудов или их закупорки развивается ишемическая форма, а при разрыве сосудистой стенки и последующем кровоизлиянии - геморрагическая. В первом случае симптомы могут нарастать постепенно, а во втором они всегда проявляются резко. При этом недостаточность мозгового кровообращения дает довольно грозные осложнения, одни из них - параличи и нарушения мелкой моторики после инсульта. Восстановление таких больных занимает весьма продолжительное время, но реабилитационные мероприятия нужно начинать как можно раньше. И делать их нужно под контролем опытных специалистов.

Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, а когда это возможно - трудоспособности.

Что такое мелкая моторика - это четкие целенаправленные движения кистей и пальцев

рук, контролируемые центральной нервной системой. Они возможны только при безупречно согласованной работе головного мозга, органов зрения и проводящих импульс нервов. Существует неразрывная связь между двигательной активностью и когнитивными функциями. Поэтому, для восстановления мелкой моторики после инсульта в полном объеме требуется не только разработка мышц и суставов, но и упражнения, направленные на активизацию мыслительных процессов.

Симптомы нарушения моторики рук после инсульта.

Клиническими признаками нарушения двигательной активности являются:

- резкое снижение мышечной силы (до полного исчезновения);
- быстрая утомляемость мышц;
- выраженное нарушение подвижности суставов на фоне контрактур;
- нарушение координации движений;
- снижение или потеря местной чувствительности.

Подвижность и координация могут дополнительно страдать вследствие развития болевого синдрома и отека тканей.

Что мешает восстановлению моторики после инсульта - это улучшение двигательной активности рук и восстановление мелкой моторики после острых нарушений мозгового кровообращения - процесс довольно сложный. Он может быть ускорен применением эффективных методов лечения, а может быть и замедлен.

Причинами замедления, а иногда - и невозможности реабилитации могут стать:

- неверный диагноз;
- поздно начатое лечение;
- серьезные нарушения питания местных тканей (нарушения кровообращения);
- травмы или хронические патологии близлежащих областей;
- депрессивные и апатичные состояния пациента;
- другие психические расстройства.

Как проводится восстановление моторики - это борьба с нарушениями моторики рук после инсульта требует комплексного подхода. Лечение важно начать как можно раньше. Своевременная терапия дает гораздо больше шансов на быстрое достижение положительных результатов.

Обратите внимание: Важно помнить, что каждый день без тренировок способствует формированию в ЦНС стереотипа отсутствия движения. Прямым следствием становятся нарушения трофики тканей; развивается атрофия мускулатуры и декальцинация костной ткани.

Основными методами развития моторики рук, в восстановительном периоде после перенесенного инсульта являются массаж и гимнастические упражнения.

Кисти и пальцы содержат огромное количество нервных окончаний. Если из центральной нервной системы не поступает адекватный сигнал к движению, важно направить его от пальцев к мозгу. Местный массаж, назначаемый пациентам, способствует восстановлению путей передачи нервных импульсов. Кроме того, физическое воздействие на ткани способствует улучшению местного кровотока и соответственно, улучшению трофики тканей. Благодаря профессиональному массажу, применяемому в комплексе с другими методиками, можно в сжатые сроки восстановить способность к активным точным движениям, а также тактильную чувствительность.

Еще один важный момент при восстановлении мелкой моторики после инсульта - регулярное выполнение гимнастических упражнений. Такие занятия служат для профилактики дальнейшего снижения двигательной активности, предупреждают развитие мышечных и суставных контрактур и способствуют восстановлению функций. Регулярные занятия под руководством инструкторов методистов ЛФК помогают пациентам после инсульта быстрее адаптироваться в бытовых условиях. Возможность полного самообслуживания является одной из важнейших задач реабилитационных методик.

Все упражнения необходимо выполнять обеими руками синхронно. Обычно нарушена подвижность одной из них, и симметричные действия значительно ускорят восстановление. Продолжительность гимнастики должна составлять не более 8-10 минут в час, чтобы не развивалась значительная усталость. Комплекс движений важно повторять регулярно, чтобы заново сформировать мышечный рефлекс и двигательный стереотип. Для разработки мелкой моторики при восстановлении

Клинические аспекты терапии и педиатрии

после инсульта полезно использовать подручные материалы. Отличного эффекта позволяют добиться такие действия как перебирание крупы, лепка из пластилина, застегивание пуговиц и завязывание узлов на веревке.

Влияние психологического настроя при развитии моторики рук.

Инсульт нередко становится настоящей трагедией как для больного, так и для его семьи. Поражения мозга провоцируют снижение психической активности и эмоциональную лабильность. Больной может как бы «махнуть рукой» на себя, у него появляется безразличие, периодически сменяющееся вспышками раздражительности и даже гнева. Апатия бывает настолько велика, что человек не хочет выполнять никаких упражнений, пытается встать, хоть как-то двигаться.

К объективным причинам снижения психологической активности добавляются внутренние переживания, обусловленные изменением привычного образа жизни, невозможностью обхаживать себя, принимать какие-то глобальные решения. Неподвижность, изоляция, боязнь стать обузой, страх перед будущим превращают еще вчера активного и свободолюбивого человека в совершенно безвольного и апатичного. Он теряет веру в собственные силы, возможность развития моторики рук и возвращению к прежней жизни. На этом фоне может появиться депрессия, которая только усугубит ситуацию. Такому пациенту обязательно нужна не только моральная поддержка родных и близких, но и помощь квалифицированных специалистов.

Лешкова И.В.

ФБУН «ФНЦ медико-профилактических управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЭКСПОЗИЦИИ АКРИЛОНИТРИЛА

По данным научной литературы, одно из ведущих мест у работниц, контактирующих с акрилонитрилом, занимают доброкачественные новообразования, нарушения менструальной функции, осложнения беременности и родов (гестоз II половины беременности, угроза прерывания беременности, преждевременные роды). Пары акрилонитрила при хроническом ингаляционном воздействии обладают канцерогенным действием и вызывают нарушение репродуктивной функции.

Специалисты ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» обследовали 220 женщин: группу наблюдения составили 129 женщин, работающих в условиях экспозиции акрилонитрила (средний возраст $41,21 \pm 2,75$ года, средний стаж работы $10,45 \pm 3,51$ года); группу сравнения составила 91 женщина, работающая вне экспозиции акрилонитрила (средний возраст $39,75 \pm 9,43$ года, средний стаж $9,38 \pm 6,27$ года).

Проведенные исследования показали, что при стабильном течении технологического процесса работницы изучаемого производства подвергаются постоянному ингаляционному воздействию паров акрилонитрила в концентрации $0,01 \pm 0,003$ мг/м³, что не превышает ПДК (ПДК $0,5$ мг/м³).

Концентрации акрилонитрила во вдыхаемом воздухе у работниц группы наблюдения определялись в диапазоне $0,0001-0,0009$ мг/м³, при отсутствии его во вдыхаемом воздухе у работниц группы сравнения. В крови у работниц группы наблюдения определялись следовые количества акрилонитрила, при отсутствии у работниц группы сравнения.

Данные клинического обследования показали, что основное место в структуре заболеваний занимают болезни репродуктивной системы (65% в группе наблюдения, 46% в группе сравнения, $p < 0,05$) и эндокринной системы (60% и 24%, $p < 0,05$).

При лабораторных исследованиях выявлено 45,2% случаев повышения активности фагоцитарного звена иммунитета по критерию фагоцитарного индекса относительно группы сравнения ($1,9 \pm 0,1$ у.е. $1,7 \pm 0,08$ у.е., $p < 0,05$); повышение уровня абсолютного фагоцитоза в 1,4 раза и фагоцитарного числа относительно группы

сравнения ($p < 0,05$); гиперпродукция IgA у 87,9% работниц в группе наблюдения ($p < 0,05$); снижение абсолютного и относительного содержания активационного маркера CD95⁺ ($0,6 \pm 0,9 \times 10^9/\text{дм}^3$ и $19,6 \pm 8,7\%$) и CD25⁺ ($0,09 \pm 0,04 \times 10^9/\text{дм}^3$ и $3,2 \pm 1,3\%$), а также относительного содержания CD4⁺ ($27,4 \pm 4,08\%$, $p < 0,05$); наличие специфического IgG к акрилонитрилу в крови работниц группы наблюдения ($0,147 \pm 0,079$ у.е. при норме $< 0,10$), при отсутствии в группе сравнения.

Гормональный статус: снижение ГСПС ($41,7 \pm 15,7$ нмоль/ дм^3 в группе наблюдения и $75,1 \pm 17,0$ нмоль/ дм^3 в группе сравнения, $p < 0,05$) и ФСГ ($10,7 \pm 1,7$ МЕд/ дм^3 в группе наблюдения, и $22,9 \pm 6,7$ МЕд/ дм^3 в группе сравнения, $p < 0,05$).

Анализ цитологических изменений эндо- и экзоцервикса: воспалительные изменения (воспалительная атипия клеток в 3,8% случаев, воспалительная пролиферация клеток в 19% случаев) (в группе сравнения не установлено).

УЗИ органов малого таза: патологические процессы в шейке матки (эндоцервицит) (в 25% случаев в группе наблюдения, в 12% случаев в группе сравнения).

Таким образом, анализ результатов исследований показал, что у женщин, работающих в условиях экспозиции акрилонитрила даже ниже ПДК, наблюдаются следующие нарушения: гормональные нарушения, активация воспалительных реакций, дисфункция иммунной системы; специфическая сенсбилизация к акрилонитрилу, развитие патологических процессов шейки матки. Эти нарушения являются индикатором ранних проявлений повреждающего воздействия на репродуктивную систему женщин.

Вероятность возникновения вредных для репродуктивного здоровья работниц эффектов акрилонитрила в реальных условиях производства требует разработки дополнительных профилактических мероприятий.

Малик Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет
г.Харьков, Украина

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ

Наша страна находится в периоде реформирования системы здравоохранения и, в частности, первичной медицинской помощи. Основным направлением работы семейного врача является не только лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация пациентов, но и полное сопровождение семьи и организация ухода за пациентами, нуждающимися в постоянной посторонней помощи. Организация медико-социальной помощи в домашних условиях пациентам пожилого возраста и пациентам долгосрочного наблюдения - одна из актуальных проблем здравоохранения и социальной сферы. Необходимость в решении этих задач обусловлена снижением возможности самообслуживания пациентов, увеличением числа одиноких и пожилых людей.

Большое место в работе семейного врача занимает проблема обслуживания пациентов долгосрочного наблюдения. Это пациенты с хроническими болезнями, приводящими к инвалидизации: онкологическими заболеваниями, заболеваниями нервной системы, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, больные с психическими нарушениями. Когда в семье появляется «лежачий» больной - это удар для семьи, к которому она не готова.

Возникает множество вопросов, которые невозможно решить самостоятельно: в каких условиях должен находиться пациент и кто за ним будет ухаживать, обеспечение круглосуточного наблюдения за ним, решение финансовых вопросов, отношение самой семьи к больному. В данном случае лечение в специализированном стационаре - это процесс временный. Пребывание в ХОСПИСЕ, где пациенты могут получить круглосуточную высокоэффективную паллиативную помощь, где они не будут чувствовать себя покинутыми, тоже не всегда возможно, в связи с отсутствием таких лечебных заведений во многих регионах Украины. Поэтому в медицинском обслуживании этой категории больных приоритетное место занимает амбулаторная помощь, а именно ведение этих пациентов семейным врачом.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В сложившейся ситуации семейный врач будет наставником, который даст необходимый совет и рекомендации, сумеет выслушать и быть откровенным. При длительной болезни на одном из этапов лечения также возникнут вопросы о дополнительных средствах лечения, вопросы социальной поддержки, а также разъяснение планирования дальнейшей жизни и финансов, что, возможно, будет связано с возможной нетрудоспособностью пациента. Поэтому семейный врач должен дать ответы на все вопросы, с которыми они обязательно встретятся. Тесное сотрудничество врача с пациентом и его семьей имеет немаловажное значение. Необходимо учитывать психологическое состояние пациентов, характеризующееся высоким уровнем страха, тревоги и депрессии, неверием в выздоровление и сомнениями.

Современные условия оказания медицинской помощи требуют от врача постоянного овладения новыми подходами лечения. В лечении многих заболеваний огромную роль играет психотерапия. Помимо основных методов лечения и реабилитации, семейный врач должен владеть основными навыками психотерапевтической коррекции, которая должна быть направлена на устранение душевной боли пациента, вселение в него уверенности в выздоровление, душевный подъем. Психотерапия должна быть индивидуально направленной, учитывать не только особенности течения заболевания, но и личностные особенности пациента, семейные условия. Таким образом, определенная подготовка семейных врачей имеет большое значение для ведения пациентов долгосрочного наблюдения в амбулаторных условиях.

Мальцева Н.А.

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

Немаловажное место в неврологической практике отводится синдрому гиперактивности с дефицитом внимания, нарушению речи - задержке речевого развития, дизартрии той или иной степени.

По существующей теории в основе возникновения СДВГ лежит формирование патологического строения структур мозга:

1. Нейрометаболические факторы - при органическом поражении центральной нервной системы пре- и перинатального генеза.

2. Генетические - гены, регулирующие обмен нейромедиаторов.

3. Нейропсихологическая теория СДВГ - незрелость функций лобных долей, управляющих функцией поведенческого торможения и самоконтроля, снижение рабочей памяти.

Из общего числа обращений (2473) на консультативный прием к неврологу ГАУЗ КО «ОДКБ» в 2016 году 58% (1627) составили дети с нарушением речи в виде дизартрии в той или иной форме, с задержкой темпов предречевого развития, СДВГ.

Анализ анамнестических данных пациентов (выписка из родильного дома, амбулаторной карты) показал, что около 35% (1204) при рождении имели церебральную ишемию I-III степени, в большинстве своем миелоишемию на цервикальном уровне.

У небольшого процента (5%, 60 человек) зарегистрирован и генетический фактор - дефект речи у одного из родителей, чаще у мужчин.

При объективном осмотре у этих детей отмечена периферическая недостаточность на цервикальном уровне, в виде мышечной гипотонии на уровне верхних сегментов, нарушение осанки, легкая девиация языка, «гиперактивность языка» или синдром распластанного языка, тонического напряжения мышц, формирующих диафрагму рта.

На первых месяцах жизни легкий бульбарный синдром в виде поперхивания, срыгивания через нос, дисфагия, вялососушие дети (26%).

У более старших детей - нарушение осанки, опущены плечи, моторная неловкость в руках, снижение силы в проксимальных отделах рук. Подобная симптоматика принимается во внимание при назначении комплексной терапии у детей с дефектом речи, СДВГ, ЗТРР.

Помимо терапии, направленной на улучшение метаболизма мозга, седативной была

отмечена положительная динамика при поведении физиотерапевтического лечения - электросон, электрофорез с бромом, СМТ по избирательной методике на подчелюстную область, лицевую мускулатуру, электрофорез на шейный отдел со спазмолитиками по Ратнепу, массаж шейно-воротниковой зоны.

Применение транскраниальной микрополяризации направлено на активацию неспецифических активирующих систем. Проводились занятия с логопедом-дефектологом. У 30 детей, пролеченных по данной схеме, при повторном осмотре у 20 человек отмечена положительная динамика, что составляет 2/3 (66%).

Таким образом, 35% детей с нарушением речевых функций, наряду с синдромом минимальной мозговой дисфункции в виде СДВГ, имеют фактор цервикальной периферической недостаточности на сегментарном уровне. Это позволяет весьма эффективно применить методики, направленные на восстановление кровообращения и аксональной несостоятельности на уровне пораженных сегментов, что облегчает социально - педагогическую коррекцию.

Мамаризаев Х.О.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Формирование половозрастной структуры населения, как правило, происходит под воздействием ряда факторов, связанных с характером способа производства и производственных отношений, процессом течения демографических закономерностей, конечными результатами естественного и механического движения населения, амплитудами колебания брутто - и нетто коэффициентом воспроизводства, отсутствием или наличием мирной жизни в стране и т.д.

Методы исследования. Проводилось сплошное ретроспективное исследование населения республики Узбекистан методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных таблиц Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате ретроспективного исследования установлено, что до XX столетия для Узбекистана была характерна очень низкая государственная медицинская помощь женщинам, охрана материнства и детства, бесправное положение не только в обществе, но и в семье.

Изнурительный труд, выдача замуж с ранних лет, безрадостное, а порою тягостное для здоровья материнство приводили к высокой смертности женщин. Поэтому на 1000 женщин приходилось намного больше мужчин. Даже к 1940 году численность мужчин в общем составе населения преобладала над численностью женщин соответственно - 51,7% и 48,3%, что видно из следующих данных (табл. 1).

Таблица 1

Численность мужчин и женщин в Узбекистане

Йил	Ўрта таълим (соғ. +8%)	Ўрта ерта		Ўрта ерта . таълим, %	
		Гарчил	Аёллар	Гарчил	Аёллар
1920	5645	2987	2658	52,9	47,1
1932	4881	2605	2276	53,4	46,6
1940	6561	3387	3164	51,7	48,3
1969	8119	3897	4222	48,0	52,0
1970	11799	5744	6055	48,7	51,3
1979	15391	7598	7833	49,1	50,9
1989	19805	9774	9609	49,8	50,2
2000	24650	12278	12372	49,8	50,2
2016	32120	16121	15999	50,2	49,8

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Успехи медицинской науки, рост санитарной культуры населения, общедоступная и бесплатная медицинская помощь, коренное улучшение условий труда и быта, повышение материального благосостояния, ликвидация неравенства полов, запрещение ранних браков способствовали улучшению естественного движения населения и сохранению жизни и здоровья женской части населения, в результате чего сокращается разрыв в соотношении полов. Как видно из таблицы 1, если в 1920 году удельный вес женщин в составе населения составлял 47,1%, то в 1940 году этот показатель возрос до 48,3%.

Спустя 20 лет, к 1959 году удельный вес женщин в общей численности населения составил уже 52,0%, здесь конечно, ощутимы последствия второй мировой войны, в которой погибло больше количество людей, главным образом мужского пола, что искусственно увеличило удельный вес женщин в составе населения. Это наглядно видно из следующих данных: в 1939 году общая численность мужчин уменьшилась против численности женщин на 324350 человек. Это уменьшение более интенсивно произошло в таких возрастных группах, как 35-39, 40-44, 45-49, на плечи которых легла основная тяжесть войны.

В результате в этих возрастных группах сильно нарушалась половозрастная структура населения. Так в 1959 году из каждой тысячи детей в возрасте до 9 лет 509 принадлежали к мужскому полу, а в возрасте от 10 до 19 лет такое соотношение уже 525:475 в пользу мальчиков. В то же время это соотношение в возрастной группе от 35 до 39 лет составила 411:589, в возрастной группе от 40 до 44 лет - 400:600, в возрастной группе от 45 до 49 лет - 436:564 в пользу женщин.

По мере ликвидации отрицательного влияния второй мировой войны на воспроизводство населения происходит умеренный процесс выравнивания соотношения мужчин и женщин в составе населения Узбекистана.

В 1970 году процент мужчин по отношению ко всему населению составил 48,7 женщин 51,3, в городе соответственно 48,3 и 51,7 на селе 48,9 и 51,1. Такое соотношение между численностью мужчин и женщин сложилось за счет старших возрастов и вызвано главным образом последствиями войны.

В последние 30 лет разрыв в численности населения мужчин и женщин постепенно сокращается. Так, если в 1959 году женщин было больше, чем мужчин, на 330 тыс., то в 1970 году - на 312 тыс., в 1979 году - на 275 тыс., в 1989 году на 135 тыс., в 2000 году на 94 тыс., а в 2016 году наоборот: мужчин больше, чем женщин, на 122 тыс.

Рассматривая данные о половозрастной структуре населения, можно отметить, что в 1970 году 555 тыс. человек, или 46,9% жителей республики, составили население в возрасте до 15 лет, тогда как в 1959 году их было 3213 тыс. человек (38,8%) и в 1939 году - 2428 тыс. человек (37,6%). Следовательно, по республике в этот период (1970г.) наметился процесс омоложения населения. Эта возрастная группа в настоящее время уже находится в трудоспособном возрасте и создает социальную напряженность в сфере занятости, особенно в условиях перехода на новые формы социального экономического развития республики.

Необходимо отметить, что в последние десятилетие в республике за счет снижения рождаемости в составе всего населения удельный вес детей до 15 лет имеет, тенденции к снижению, и этот показатель за 2016 год составил 28,5%.

Известно, что на формирование половой структуры населения большое влияние оказывает различие в половом составе родившихся детей и, как правило, во всем мире в числе родившихся мальчики занимают всегда относительно большой удельный вес по сравнению с девочками. Так, в Узбекистане в 2016 году из числа новорожденных мальчики составили 51,2%, а девочки 48,8%. Следует отметить, что половозрастной состав населения отдельных регионов или стран находится в прямой зависимости от воздействия объективных факторов, влияние которых дифференцируется с учетом пола и возрастных различий населения. Например, в детском возрасте на соотношение полов большое влияние оказывают биологические факторы, а в старших возрастных группах - различный уровень смертности среди мужчин и женщин, что обуславливается уже факторами, вызванными социальными условиями. Старение населения той или иной страны может являться результатом как увеличения средней продолжительности жизни, так и падения рождаемости.

Что касается влияния объективных факторов на соотношение половой структуры населения, следует назвать прежде всего способ производства и производственных отношений,

а затем уже исторические особенности заселения с учетом природных и хозяйственных различий в районах заселения, интенсивность и характер миграции, региональные особенности демографических процессов, степень развития производительных сил и др.

В заключение можно констатировать что, половозрастная структура представляет большой интерес как главная материальная база воспроизводства населения, уровня рождаемости и смертности, степень формирования трудовых ресурсов находится в прямой зависимости от половозрастного состава населения.

Таким образом, детальное изучение половозрастного состава населения дает возможность определить размер трудовых ресурсов и соблюдать пропорции развития отраслей народного хозяйства как в целом по стране, так и в отдельных ее регионах. Этими данными в свою очередь можно пользоваться для определения объема и территориального размещения культурно-бытовых объектов, а также широко применять при планировании сети лечебно-профилактических, детских учреждений и учебных заведений.

Марковская А.А.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучение качественного и количественного состава микрофлоры кишечника у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Бактериологическим методом изучен микробиоценоз кишечника 120 детей. В опытную группу вошли 75 детей с ВИЧ-инфекцией IIв (36%) и IIIа (64%) стадией, средний возраст детей составил $2,3 \pm 0,2$ года. Диагноз ВИЧ-инфекция был выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (перинатальный контакт) и подтвержден результатами ИФА, ПЦР, иммуноблотинга.

Группа сравнения включала 45 ВИЧ-негативных относительно здоровых детей. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Объектом исследования были 378 микроорганизмов, выделенных из содержимого толстой кишки детей с ВИЧ-инфекцией и 223 штамма от детей группы сравнения.

В связи с тем, что характер распределения данных не соответствовал нормальному, для статистической обработки применяли непараметрические критерии оценки статистической значимости. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. В исследуемых группах отмечали различия в видовом составе бифидобактерий. Так у ВИЧ-негативных детей в структуре бифидофлоры доминировали *Bifidobacterium bifidum* (48,2%) и *B. longum* (44,6%). У детей с ВИЧ-инфекцией ведущее положение занимали *B. breve* (32,7%) и *B. longum* (31,1%), тогда как *B. bifidum* выделяли в 13,1% случаев. *B. adolescentis* как у ВИЧ-инфицированных так и в группе сравнения приходилось 7,6% и 7,2%. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных детей высевался *B. dentium* (15,5%). При этом интенсивность колонизации кишечника бифидофлорой у детей с ВИЧ-инфекцией составила $7,2 \pm 0,4$ lg КОЕ/г, у детей из группы сравнения содержание бифидофлоры было статистически выше - $9,2 \pm 0,2$ lg КОЕ/г ($p=0,005$). Видовой состав лактофлоры в сравниваемых группах практически не отличался, однако популяционный уровень лактобацилл был значительно снижен у ВИЧ-инфицированных детей, составивший $6,3 \pm 0,3$ lg КОЕ/г. У детей из группы сравнения - $8,1 \pm 0,4$ lg КОЕ/г ($p=0,0006$).

Дефицит анаэробной части доминантных микросимбионтов у детей с ВИЧ-инфекцией компенсируется высоким количественным уровнем типичных кишечных палочек ($8,2$ lg КОЕ/г), тогда как у детей группы сравнения их титр был ниже ($7,8$ lg КОЕ/г). При изучении ассоциативных микросимбионтов у детей основной группы была установлена высокая распространенность бактериально-грибковых ассоциаций (66,1 на 100 ВИЧ-инфицированных детей против 28 на 100 у относительно здоровых детей). У ВИЧ-инфицированных детей

Клинические аспекты терапии и педиатрии

доминировали трехкомпонентные (*Candidasp.*+*Staphylococcuspp.*+*Enterobacteriaceae* - 54%) и четырехкомпонентные ассоциации микроорганизмов (те же+*Enterococcuspp.* - 18%). Встречались также пяти и шестикомпонентные бактериально-грибковые сожительства (14%) (те же +*Actinomycesspp.*). В группе сравнения доминировали двухкомпонентные ассоциации бактерий (72,3%, *Enterobacteriaceae*+*Staphylococcus*), реже встречались трехкомпонентные (21,4%) и четырехкомпонентные ассоциации.

Выводы.

У детей с ВИЧ-инфекцией, в отличие от здоровых, наблюдается снижение количественного уровня доминантной микрофлоры с изменением ее видового состава в сторону не типичных для данной экониши, что приводит к снижению ее антагонистических свойств. При этом условно-патогенные микроорганизмы встречаются достоверно чаще, образуя многокомпонентные ассоциации, имеющие патогенетическое значение в формировании дисфункции слизистой кишечника.

**Марцияш А.А., Казачек Т.М., Колмыкова Е.В., Панчишина О.А.
Истратова Т.И., Ильина О.П., Хоменко Н.П., Григорьева Т.А.
Стражников В.Н.**

ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ
ГАУЗ КО «КГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой»
г.Кемерово, Россия

НАЛИЧИЕ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСУЛЬТА

Инсульты продолжают оставаться одной из важнейших проблем современного общества, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения. В последние годы неуклонно увеличивается число лиц, ставших инвалидами после перенесенного инсульта. Главными задачами реабилитации являются влияние на восстановление жизненно важных функций человека с помощью физических и психических методов, воздействие на организм больного с помощью медикаментозной терапии для нормализации обменных процессов и выработка системы адаптации при необратимых изменениях, которые были вызваны патологическим процессом. Наличие и выраженность симптомов можно рассматривать как результат перенесенного инсульта, отражающий степень восстановления функций и уровень повседневной жизненной активности.

Цель исследования. Оценка наличия и выраженности симптомов заболевания как показателей последствий перенесенного инсульта.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано на втором этапе реабилитации 144 пациента, перенесших ишемический инсульт. Из них 48 (33,3%) мужчин и 96 (66,6%) женщин, средний возраст 60,45 лет (мужчины - 60,40 и женщины - 60,50 лет).

Оценка симптомов заболевания является неотъемлемым элементов в программе их эффективного контроля в процессе лечения или реабилитации.

Для оценки симптомов нами использованы цифровые оценочные шкалы с принципом определения градации от 0 до 10 баллов: отсутствие симптома - 0 баллов, слабо выраженный симптом - 1-4 балла; умеренно выраженный симптом - 5-6 баллов; сильно выраженный симптом - 7-10 баллов.

В исследованиях (А.А. Новик, 2012 г.) установлено, что при достижении определенного уровня выраженности симптом начинает напрямую определять объем нарушений функционирования и качества жизни больного.

Нами выявлено, что симптом «слабость» встречался в 86,1% случаев; «неуверенность походки» и «беспокойство по мелочам» в 83,3%; «шаткость» и «тревожность» в 80,5%; «нарушение сна» в 75% случаев; «головокружение» и «головная боль» в 72,2%; «снижение памяти» в 69,4%; «шум в голове» и «раздражительность» в 66,6%; «подавленность», «печаль», «ощущение напряженности» и «невозможность сконцентрироваться» в 63,8%; «неспособность расслабиться» и «ощущение взвинченности и пребывание на грани срыва» в 52,% случаев.

Ограничения в «подвижности» отмечали 83,3%; «активности в повседневной жизни» 77,7%; «боль и дискомфорт» 69,4%; «тревогу и депрессию» 66,6%; ограничения в самообслуживании 50% пациентов.

Из 144 пациентов у 29% симптомы были слабо выраженными (1-4 балла), у 17% умеренно выраженными (5-6 баллов) и у 31% сильно выраженными (7-10 баллов), 23% пациентов при заполнении разработанных нами цифровых оценочных шкал не отмечали симптомов последствий заболевания.

Выводы.

Большинство пациентов, перенесших инсульт, испытывают несколько симптомов, характеризующих последствия заболевания одновременно, цифровые оценочные шкалы позволяют выявить наличие и измерить выраженность симптомов, влияющих на качество жизни.

Матхошимов Н.С.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Инвалидность является одним из важнейших показателей характеризующих здоровье населения. Инвалидность населения трудоспособного возраста является актуальной проблемой не только для органов здравоохранения и социальной защиты, но и для исполнительных и законодательных органов всех уровней иерархической вертикали управления государства.

Проблеме первичной инвалидности при различной патологии посвящены многочисленные работы различных авторов и др.

Ряд авторов, изучая данную проблему, отмечают, что ухудшение социально-экономического положения и снижение уровня жизни большинства населения, а также неблагоприятная демографическая ситуация приводят к росту и высокому уровню заболеваемости и инвалидности населения, ухудшению состояния здоровья нации, обострению многих медико-социальных проблем.

Следовательно, в настоящий момент инвалидность среди трудоспособного населения - это одна из актуальнейших проблем общественного здравоохранения, непосредственно влияющая на социально-экономическое развитие страны.

Таким образом, данная ситуация обуславливает необходимость поиска управленческих и организационных решений со стороны государства и его социальных институтов в плане принятия экстренных мер по снижению инвалидности трудоспособного населения.

Методы исследования. Нами было проведено сплошное исследование первичной инвалидности трудоспособного населения Ферганской области методами статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных областного ВТЭК «Отчет о причинах инвалидности за 2015 год» форма 1-ТМЕК).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате изучения отчетных данных установлено, что из общего числа первичных инвалидов, инвалиды трудоспособного возраста составляет 95,5%. Из них мужчины - 62,9% женщины - 37,1%. Из общего числа инвалидов трудоспособного возраста 47,2% приходится на городские поселения, 52,8% - на сельскую местность.

В городских поселениях количество инвалидов на долю мужчин приходится 62,3%, женщин - 37,7% а, в сельской местности соответственно 63,4% и 36,6%. Следовательно, в городских поселениях и сельской местности удельный вес первичной инвалидности среди мужского и женского населения почти одинаковы (табл. 1).

Таблица 1

Распределения первичных инвалидов трудоспособного возраста по месту жительства и по полу в Ферганской области за 2015 г. (в %)

Таблица всего+100%	всего всего+100%	всего		в городе			в сельской местности		
		г.о.	ж.п.	всего	в городе		всего	в сельской местности	
					г.о.	ж.п.		г.о.	ж.п.
100,0	95,5	62,9	37,1	47,2	62,6	37,7	52,8	63,4	36,6

В Ферганской области за 2015 год структура инвалидности по тяжести распределялась так: первая группа - 10,7%; вторая группа - 78,1%; третья группа - 11,2%. В том числе среди первой группы мужчины составили - 63,4% и женщины - 36,6%; среди второй группы - 63,5% и 36,5%; среди третьей группы - 58,3% и 41,7% соответственно.

В городских поселениях по тяжести первичной инвалидности распределялась так: первая группа - 11,4%; вторая группа - 76,4%; третья группа - 12,1%. Среди первой группы мужчин составляло - 60,4%, женщин - 39,6%; среди второй группы - 63,7% и 36,3%; среди третьей группы 55,5% и 44,5% соответственно.

В сельских местностях по тяжести первичной инвалидности выглядят так: первая группа - 9,9%; вторая группа - 79,7%; третья группа - 10,4%. Среди первой группы мужчин - 66,4% и женщин - 33,6%; среди второй группы - 63,3% и 36,7%; среди третьей группы 61,3% и 38,7% соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Распределения первичных инвалидов трудоспособного возраста по тяжести, по месту жительства и по полу в Ферганской области за 2015 г. (в %).

Группы	в городе						в сельской местности								
	1-й группа		2-й группа		3-й группа		1-й группа		2-й группа		3-й группа				
	г.о.	ж.п.	г.о.	ж.п.	г.о.	ж.п.	г.о.	ж.п.	г.о.	ж.п.	г.о.	ж.п.			
всего	10,7	78,1	11,2	11,4	76,4	12,1	9,9	79,7	10,4	60,4	39,6	63,7	36,3	55,5	44,5
всего	63,4	36,6	63,5	36,5	58,3	41,7	66,4	33,6	63,3	36,7	61,3	38,7			

Многие исследователи, изучая инвалидность, отмечают, что в России люди с ограниченными возможностями в настоящее время составляют около 7% населения. Численность инвалидов в Российской Федерации в настоящее время составляет 10,8 млн. человек и имеет тенденцию к возрастанию. Ежегодно впервые признаются инвалидами около 1,352 млн. человек, причем более 50% - в трудоспособном возрасте. В последующем чуть менее 5% из них полностью восстанавливают свою трудоспособность, не имея ограничений жизнедеятельности, тогда как остальные 95% пожизненно остаются инвалидами.

Сборник Минтруда РФ «Об итогах работы Министерства труда и социального развития РФ в 2003 году и задачах на 2004 год» констатирует, что наряду с ростом численности инвалидов происходит и качественное изменение их контингента. Среди впервые признаваемых инвалидами растет удельный вес лиц трудоспособного возраста. Инвалиды тяжелых групп (1-2) составляют более 2/3 от общего числа инвалидов (79,6%). Свыше 1 млн. человек требуют постоянной посторонней помощи и ухода от службы медико-социальной реабилитации.

Следовательно, анализ полученных данных показывает, что среди тяжести инвалидности большой удельный вес принадлежит на второй группе инвалидности.

В последние годы в специальной литературе обсуждаются вопросы, касающиеся различных аспектов деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации инвалидов.

Вместе с тем эта проблема изучена недостаточно, а комплексного углубленного изучения формирования инвалидности трудоспособного населения в Республике Узбекистан и определения путей реабилитации этого контингента инвалидов не проводилось.

Таким образом, на современном этапе разработка теоретических и практических аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов окончательно не завершена. Отсутствие данных о характеристике контингента инвалидов, о потребности инвалидов в различных видах реабилитации является значительным препятствием для создания сети реабилитационных учреждений, для перспективного планирования комплекса реабилитационных мероприятий и услуг.

Махмудова М.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

ДИНАМИКА ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Злокачественные новообразования являются одним из самых распространенных заболеваний человека. По данным ВОЗ, в последние годы в мире злокачественными опухолями ежегодно заболевают около 9 млн. человек, умирают более 6 млн., причем эти цифры медленно увеличиваются. Решение проблемы злокачественных опухолей является одной из главных задач органов здравоохранения. Своевременное выявление заболеваний и эффективное лечение - одна из главных задач медицины. Исключительно важное значение имеет она для онкологии, так как конечный результат лечения злокачественной опухоли зависит от своевременности ее выявления.

Изучены особенности распространения, динамики обычных и стандартизованных показателей онкологической заболеваемости населения Ферганской долины Республики Узбекистан с учетом влияния климатогеографических, промышленных и непромышленных факторов канцерогенеза, сопоставлены с республиканскими данными. В качестве исходного материала для исследования служили данные организационно-методических отделов Ферганского областных онкологических диспансеров с 2015 по 2016 гг.

В последние десятилетия в практику работы медицинских учреждений (в том числе и онкологических) постепенно внедряется новая диагностическая техника и методы исследования, значительно расширяющие возможности своевременного обнаружения злокачественных новообразований. А также важную роль играет налаживание работы по проведению статистического учета больных злокачественными новообразованиями и их регистрации, внедрение канцер-регистра.

По данным канцер-регистра, в 2014 году показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями по республике составил 65,7 на 100 тыс. населения. А в 2015 году этот показатель составил 50,6, в 2016 году 49,1 на 100 тыс. населения. 1-годичная летальность в опухолевых заболеваниях в 2013 году составил 18,3%, в 2014 году 17,4%, а 5-летняя выживаемость в 2013 году составил 42,0%, в 2014 году 40,9%.

В Республике и в том числе в Ферганской области уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности за последние годы имеет тенденцию к снижению и стабилизации. По всей видимости, это связано с улучшением качества диагностики, проведением проф- и медосмотров, проведением скрининга и лечения, что способствует выделению групп риска заболевания и раннему выявлению.

Благодаря проводимой работе РОНЦ МЗ Республики Узбекистан по повышению качества оказываемой помощи онкологическим больным, проводящему проф- и медосмотры, скринингу по выявлению больных улучшились показатели их ранней диагностики и своевременного лечения.

Махмудова М.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Рак легкого - одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей в развитых странах мира. Показатель заболеваемости раком легкого составляет во Франции - 66,6, в Германии - 62,2 на 100 тыс. населения. Также высоки показатели в Англии, США, Голландии и Австрии, где рак легкого занимает первое место по заболеваемости и смертности среди всех новообразований. В 2013 году в Республике Узбекистан количество выявленных больных раком легкого составило 1303 (6,5%), и в 2014 году этот показатель составил 1421 (7,0%). В Узбекистане рак легкого по частоте занимает 3 место среди остальных опухолей.

Для повышения эффективности функционирования онкологической службы Узбекистан уделяет внимание финансам. Одним из важных вопросов является дальнейшая модернизация специализированных медицинских учреждений, в том числе и в онкологической сфере. Согласно Постановлению Президента «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» в ближайшее время будет закуплено современное диагностическое оборудование. Это позволит улучшить качество диагностики заболеваний. Начиная с 2015 года до 2017 год запланировано полное оснащение всей онкологической службы современными аппаратами для проведения лучевой терапии, компьютерными томографами, видеоскопическими стойками, маммографами, биохимическими анализаторами и реактивами для иммуногистохимических исследований. Это, прежде всего, обусловлено реализацией Постановлений кабинета Министров Республики Узбекистан N 91 «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений» и проекта «Модернизация онкологической службы», реализуемого Министерством здравоохранения.

В качестве вывода можно перечислить следующие пункты, которые служат для тенденции к снижению и стабилизации уровня заболеваемости и смертности рака легкого:

- улучшение и решение проблем ранней диагностики злокачественных новообразований легких за счет увеличения онкологической настороженности врачей первичного звена здравоохранения;
- активная первичная профилактика за счет внедрения и пропаганды здорового образа жизни среди населения с помощью СМИ и общественных организаций медицинской направленности. Потому что, профилактикой рака легкого является борьба с загрязнением атмосферы дымовыми выбросами производств, наземного и воздушного транспорта, отказ от курения, ежедневные занятия физкультурой на свежем воздухе и активное лечение хронических заболеваний бронхо-легочной системы;
- обучение врачей общей лечебной сети с помощью проведения мастер-классов специалистами РОНЦ МЗ РУз на местах, а также краткосрочных монотематических циклов по актуальным вопросам онкологии на базе РОНЦ МЗ РУз;
- продолжение улучшения материально-технической базы РОНЦ МЗ РУз и всех его областных филиалов.

Махмудова М.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Эпидемиология злокачественных опухолей - раздел онкологии, занимающийся изучением связи социально-экономического (профессия, уровень жизни, жилищно-бытовые условия и

др.), климато-географического (климат, состав почвы, воды и воздуха, уровень инсоляции и естественной радиоактивности и др.) и этнического факторов (образ жизни, национально-традиционные особенности питания, обычаев, привычек, половой жизни и др.) с заболеваемостью и смертностью от опухолей.

Различают два основных направления эпидемиологии опухолей: описательное (дескриптивное) и аналитическое. Объектом изучения описательной эпидемиологии, или онкологической статистики являются уровень и динамика заболеваемости и смертности от различных видов опухолей населения стран и территорий, рассчитанные с помощью интенсивных («грубых») и стандартизованных показателей. Эти данные позволяют оценивать состояние и тенденции развития онкологической службы, эффективность системы противораковой борьбы (активное выявление на профосмотрах, качество диспансеризации, своевременность диагностики и лечения, продолжительность жизни больных).

На основе данных описательной эпидемиологии о различиях показателей онкологической заболеваемости и смертности населения разных стран в половозрастном аспекте, аналитическая эпидемиология опухолей исследует причины наблюдаемых различий, оценивает возможную роль разнообразных факторов внешней факторов и внутренней среды. Иными словами, главной задачей аналитической эпидемиологии является поиск причин, ответственных за возникновение злокачественных новообразований у человека.

Изучение эпидемиологии рака в Узбекистане, проводимое в течение 56 лет (1960-2016гг.), выявило медленный рост показателей заболеваемости и смертности до 1970г. (83%), некоторое их снижение к 1980г. (70%) и стабилизацию к 1985г. (80%) и опять снижение к 2014г. (65,7%) и резкое снижение к 2016г. (49,1%).

В целом по республике установлено, что заболеваемость злокачественными опухолями чаще наблюдается у городского населения, чем у сельского, у мужчин, чем у женщин, у людей пожилого возраста, чем у молодежи. Выявлена определенная зависимость уровня онкозаболеваемости от этнического фактора: у коренного населения показатели ниже, чем у некоренного.

Махмудова М.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Актуальность работы. Злокачественные новообразования являются одним из самых распространенных заболеваний человека. По данным ВОЗ в последние годы в мире злокачественными опухолями ежегодно заболевают около 9 млн. человек, умирают более 6 млн., причем эти цифры медленно увеличиваются. Решение проблемы злокачественных опухолей является одной из главных задач органов здравоохранения. Своевременное выявление заболеваний и эффективное лечение - одна из главных задач медицины. Исключительно важное значение имеет она для онкологии, так как конечный результат лечения злокачественной опухоли зависит от своевременности ее выявления.

Цель исследования. Эпидемиология злокачественных опухолей - раздел онкологии, занимающийся изучением связи социально-экономического (профессия, уровень жизни, жилищно-бытовые условия и др.), климато-географического (климат, состав почвы, воды и воздуха, уровень инсоляции и естественной радиоактивности и др.) и этнического факторов (образ жизни, национально-традиционные особенности питания, обычаев, привычек, половой жизни и др.) с заболеваемостью и смертностью от опухолей.

Различают два основных направления эпидемиологии опухолей: описательное (дескриптивное) и аналитическое. Объектом изучения описательной эпидемиологии, или онкологической статистики являются уровень и динамика заболеваемости и смертности от различных видов опухолей населения стран и территорий, рассчитанные с помощью интенсивных («грубых») и

Клинические аспекты терапии и педиатрии

стандартизованных показателей. Эти данные позволяют оценивать состояние и тенденции развития онкологической службы, эффективность системы противораковой борьбы (активное выявление на профосмотрах, качество диспансеризации, своевременность диагностики и лечения, продолжительность жизни больных).

Материалы и методы исследования. Изучены особенности распространения, динамики обычных и стандартизованных показателей онкологической заболеваемости населения Ферганской долины Республики Узбекистан с учетом влияния климатогеографических, промышленных и непромышленных факторов канцерогенеза, сопоставлены с республиканскими данными. В качестве исходного материала для исследования служили данные организационно-методических отделов Ферганского областных онкологических диспансеров с 2015 по 2016 год.

Для повышения эффективности функционирования онкологической службы Узбекистан уделяет внимание и финансы. Одним из важных вопросов является дальнейшая модернизация специализированных медицинских учреждений, в том числе и в онкологической сфере. Согласно Постановлению Президента «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» в ближайшее время будет закуплено современное диагностическое оборудование. Это позволит улучшить качество диагностики заболеваний.

Начиная с 2015 года до 2017 году запланировано полное оснащение всей онкологической службы современными аппаратами для проведения лучевой терапии, компьютерными томографами, видеоскопическими стойками, маммографами, биохимическими анализаторами и реактивами для иммуногистохимических исследований. Это, прежде всего, обусловлено реализацией Постановлений кабинета Министров Республики Узбекистан N 91 «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений» и проекта «Модернизация онкологической службы», реализуемого Министерством здравоохранения.

Результаты исследования и их обсуждение. В последние десятилетия в практику работы медицинских учреждений (в том числе и онкологических) постепенно внедряется новая диагностическая техника и методы исследования, значительно расширяющие возможности своевременного обнаружения злокачественных новообразований. А также важную роль играет налаживание работы по проведению статистического учета больных злокачественными новообразованиями и их регистрации, внедрение канцер-регистра.

По данным канцер-регистра, в 2014 год показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями по республике составил 65,7 на 100 тыс. населения. А в 2015 году этот показатель составил 50,6, в 2016 году 49,1 на 100 тыс. населения. 1-годичная летальность в опухолевых заболеваниях в 2013 году составил 18,3%, в 2014 году 17,4%, а 5-летняя выживаемость в 2013 году составил 42,0%, в 2014 году 40,9%. В том числе в Ферганской области Республики Узбекистан динамика заболеваемости населения злокачественными новообразованиями приведено ниже.

Выводы.

В Республике, и в том числе в Ферганской области, уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности за последние годы имеет тенденцию к снижению и стабилизации. По всей видимости, это связано с улучшением качества диагностики, проведением проф- и медосмотров, проведением скрининга и лечения, что способствует выделению групп риска заболевания и раннему выявлению.

Благодаря проводимой работе РОНЦ МЗ Республики Узбекистан по повышению качества оказываемой помощи онкологическим больным, проводящие проф- и медосмотры, скринингу по выявлению больных улучшились показатели их ранней диагностики и своевременного лечения.

Найданова Л.В.

Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ИЗМЕНЕНИЯ СВОЙСТВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ИССЛЕДУЕМЫХ ПОКОЛЕНИЯХ

Целью данного исследования является выявление возможной разницы между частотой встречаемости дисплазий соединительной ткани в пяти группах исследуемых поколений. Данная проблема является актуальной на сегодняшний день. Дисплазия соединительной ткани не является самостоятельным заболеванием, но за данной особенностью организма необходимо следить и проводить профилактические мероприятия по укреплению связочного аппарата, занятия лечебной физической культурой и ношение ортопедических стелек. Без должной профилактики с увеличением возраста будут развиваться различные деформации и осложнения, вплоть до инвалидизации.

По данным различных литературных источников, а также по собственным исследованиям мы выявили рост частоты встречаемости признаков дисплазий соединительной ткани, в связи, с чем и проводилось данное исследование групп лиц из нескольких поколений.

Фенотипические признаки дисплазий соединительной ткани выявлялись с помощью анкетирования. Анкета была составлена автором по литературным источникам. Она была применена к группам лиц европеоидной расы различных интервалов поколений среди пяти возрастных групп: 10-20 лет, 20-30 лет, 30-40 лет, 40-50 лет, 50 лет и старше, в каждой группе опрошено было по 30 человек. Рассмотрены были такие признаки, как гипермобильность суставов (по критериям Бейтона, малым и большим), наличие поперечного и продольного плоскостопия, а также вальгусная деформация I пальца стопы.

При исследовании признаков на гипермобильность суставов были рассмотрены пять основных признаков (пассивное разгибание мизинца на 90°, пассивное прижатие большого пальца к внутренней стороне предплечья, разгибание локтевого сустава более, чем на 10°; разгибание коленного сустава более, чем на 10°; передний наклон туловища с касанием ладонями пола при прямых ногах). Была установлена зависимость между выраженностью проб на растяжимость с возрастом, и чем старше был человек, тем меньше выражены данные признаки. Также исследуемым был задан вопрос «Могли ли вы выполнить данную пробу в возрасте до 20 лет, ответы анкетирруемых в группах с 20 лет и старше практически не отличались от группы людей 10-20 лет (разница была отмечена в 2,45%). Таким образом, можно сделать вывод, что частота выявления пяти основных проб в популяции значительно не увеличилась. Но так как в динамике наблюдений не проводилась, выводы были сделаны со слов опрошенных и выборка очень мала (30 человек) достоверно утверждать это невозможно.

При оценке осложнений, к которым может приводить гипермобильность суставов, также может выявляться стойкое увеличение частоты встречаемости с возрастом. Данные осложнения заметно ограничивают двигательные возможности человека, также могут приводить к инвалидизации, например плоскостопие может приводить к серьезным деформациям стопы. Частота встречаемости продольного и продольно-поперечного плоскостопия в исследуемых группах не показательна, значимой зависимости и явной закономерности выявлено не было. Но вот, частота выявляемости поперечного плоскостопия увеличивается с возрастом с 3,3% (возрастная группа 10-20 лет) до 43,3% (возрастная группа старше 50 лет), линейно. Определенную погрешность в объективной оценке частоты встречаемости данного осложнения необходимо дать на увеличение веса с возрастом, на длительность воздействия на связочный аппарат, на конституционные особенности и дегенеративные возрастные изменения в костной ткани.

Частота встречаемости вальгусной деформации I пальца стопы в возрасте старше 50 лет составляет 60% от общего количества исследуемых, а в возрасте 10-20 лет лишь 10% от общего количества. Прирост количества данного вида осложнения стабильно наблюдается в исследуемых пяти группах - увеличение частоты выявляемости происходит в 1,5-1,6 раза (то есть на 50-60%) на каждые 10 лет жизни.

Оценивая динамику возрастных изменений, мы можем сделать вывод о том, что с увеличением

Клинические аспекты терапии и педиатрии

возраста нарастает количество осложнений, к которым приводит синдром гипермобильности суставов (вальгусная деформация), но уменьшается суставная гипермобильность в связи с дегенеративными изменениями в соединительной ткани.

Начева Л.В., Додонов М.В., Бибик О.И., Гребенщиков В.М., Степанова М.Г.

ФГБОУ ВО Кемеровский Государственный медицинский университет Минздрава России

г.Кемерово, Россия

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

г.Донецк, ДНР

КОМБИНАТИВНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ КАК ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРЕМАТОЗОВ ЧЕЛОВЕКА

Комбинативная изменчивость присуща всем живым организмам, которые размножаются половым путем. Трематоды, как возбудители заболеваний человека, не являются исключением, так как у них активно протекает процесс созревания половых клеток, обеспечивающий рекомбинацию генетического материала (Начева Л.В., Гребенщиков В.М., 2017 г.). Знания о механизмах генетического обновления возбудителей трематодозов человека значимы для здравоохранения в поиске новых более эффективных схем лечения. Изменчивость трематод так же интересна для понимания генетической восприимчивости к гельминтозам у человека (Начева Л.В., Кутихин А.Г., 2016 г.).

Материалы и методы исследования. Трематоды, наиболее часто являющиеся возбудителями паразитарных заболеваний человека, *Fasciola hepatica*, *Opisthorchis felinus*, *Clonorchis sinensis*, *Paragonimus westermani* были получены при вскрытии животных экспериментальной группы. Половозрелые особи трематод фиксировали в 10% нейтральном формалине, спирт-формалине по Шафферу 1:9, в жидкости Карнуа. Обработка проводилась по общепринятой гистологической методике. Материал заливали в парафин с добавлением воска. Срезы, толщиной 5-6 мкм, помещали на обезжиренные предметные стекла и проводили окрашивание с использованием гистологических методов окраски: гематоксилин Карацци-эозин, галлоцианин, аzur-эозин по Романовскому-Гимза. Было изготовлено 400 гистологических микропрепаратов (по 100 на каждого вида трематод), которые изучали в световом микроскопе и делали микрофотосъемку.

Результаты и обсуждение. Половозрелые особи трематод (мариты) - это истинные гермафродиты. В оплодотворении участвуют две особи, которые, спариваясь, оплодотворяют друг друга перекрестным способом. В результате этого генетический материал каждой трематоды обновляется и в каждой созревает новая генерация особей, имеющая новый генотип. В хорошо развитых половых железах трематод протекают процессы гаметогенеза: сперматогенез и овогенез соответственно. Мы изучали цитоархитектонику этих процессов на гистологической серии из половых желез и описали подробно сперматогенез и овогенез у трематод (Гребенщиков В.М., Начева Л.В., 2008 г.).

В основе этих процессов лежат два вида деления. Одно из них митоз, обеспечивающий увеличение количества генерации незрелых половых клеток в семенниках или яичниках и сохранение наследственных данных, образуя пристеночную зону расположения этих клеток в гонадах. Второй способ деления первичных половых клеток (сперматогониев или овогониев) - это мейоз, он соответствует зоне созревания в половых железах одной и той же особи трематоды.

В результате профазы первого мейотического деления мы наблюдали стадии кроссинговера, который обеспечивает обмен участками гомологичных хромосом. Следует отметить, что в сперматогенезе и овогенезе, происходит рекомбинация генетического материала между двумя хромосомами, и новый набор генов получает каждая образующаяся гамета, что делает каждую из них уникальной по геному. При спаривании 2-х трематод, в каждую из мариты проникают сперматозоиды от противоположной особи, которые накапливаются в семяприемнике. Таким образом, трематоды меняются сперматозоидами и тем самым обновляют свой генетический состав. После этого внутри каждой особи начинается второй этап - оплодотворение, которое состоит в том, чтобы сперматозоиды

оплодотворили ооцит. В результате в ооците (начальный отдел матки гельминта) за счет стимуляции сперматозоидом происходит мейоз и образуется яйцеклетка, затем только происходит слияние их ядер с образованием синкариона.

Выводы.

Комбинативная изменчивость возбудителей трематодозов человека обеспечивает процветание видов за счет процессов гаметогенеза и перекрестного оплодотворения паразитов, в результате чего происходит многократное обновление их генов.

Новиков Д.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров
, г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ (ЗНО) ЗА ПЕРИОД С 2011-2016 ГГ. В Г.ЛЕНИНСКЕ-КУЗНЕЦКОМ С ОБЛАСТНЫМИ И РОССИЙСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Актуальность исследования. По настоящее время смертность населения от ЗНО сохраняет второе место, уступая только сердечно сосудистой патологии. За последние 10 лет в Кемеровской области сохраняется достаточно быстрый рост заболеваемости ЗНО, за период с 2006-2016 гг. рост заболеваемости ЗНО в Кемеровской области составил 28,1%. Изменилась структура заболеваемости ЗНО. Рост заболеваемости ЗНО в локализациях рак простаты +182,4%, рак почки +67,7%, меланома кожи +62,5%. Снижение заболеваемости ЗНО в локализациях рак губы -32,3%, рак гортани -11,3%, рак желудка -6,3%.

Цель исследования. Анализ заболеваемости ЗНО г.Ленинск-Кузнецкий за период с 2011-2016 гг. в сравнении с областными и российскими показателями. В соответствии с поставленной целью дана сравнительная оценка уровня заболеваемости, роста заболеваемости, структуры заболеваемости по основным локализациям и стадиям, запущенности.

Материалы и методы исследования. В работе использовались сведения о злокачественных новообразованиях годовых отчетов форма N 7 с 2011-2016 гг.

Заболеваемость ЗНО в г.Ленинске-Кузнецком в 2017 г. в расчете на 100 тыс. населения составило 412,0. В сравнении с предыдущими годами уровень заболеваемости ЗНО в г.Ленинске-Кузнецком сопоставим с российским показателем, немного выше областного показателя (Кемеровская область).

Результаты исследования. Рост заболеваемости ЗНО в г.Ленинске-Кузнецком за период с 2011-2016 гг. носит ступенчатый характер с сохранением тенденции к росту заболеваемости. Уровень роста заболеваемости ЗНО соответствует областному и российскому показателю.

В структуре заболеваемости ЗНО по локализациям в г.Ленинске-Кузнецком в 2017 г. ведущее место занимают: рак молочной железы - 13,4%, рак легкого - 11,5%, колоректальный рак - 10,0%. За период с 2011-2016 гг. в локализации рак молочной железы и колоректальный рак сохраняется достаточно быстрый рост заболеваемости, в локализации рак легкого, рак желудка существенной направленной динамики нет. За период с 2011-2016 гг. изменения в структуре заболеваемости ЗНО по основным локализациям в г.Ленинске-Кузнецком соответствуют областному и российскому показателю.

Структура заболеваемости ЗНО по стадиям в г.Ленинске-Кузнецком в 2017 г. I стадия - 26,1%, II стадия - 28,1%, III стадия - 31,1%, IV стадия - 14,7%.

За период с 2011-2016 гг. в г.Ленинске-Кузнецком отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев заболевания ЗНО на I и II клинической стадии, снижение числа зарегистрированных случаев на III клинической стадии, показатель запущенности IV стадия - без существенной динамики.

В сравнении с областным и российским показателем за период с 2011-2016 гг. в г.Ленинске-Кузнецком уровень заболеваемости ЗНО на I и II клинической стадии ниже областного и российского показателя, на III клинической стадии выше областного и существенно выше российского показателя, на IV клинической стадии соответствует областному и ниже российского показателя.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Проведен сравнительный анализ заболеваемости ЗНО в 2017 г. прикрепленного населения в лечебных учреждениях ГАУЗ КО ОКЦОЗШ и ГБУЗ КО ЛКГБ N 1 в г. Ленинске-Кузнецком. Показатель заболеваемости ЗНО прикрепленного населения ГАУЗ КО ОКЦОЗШ на 21,2% ниже, за счет меньшего числа заболеваемости ЗНО в основных локализациях рак молочной железы и рак легкого. Показатель ранней выявляемости и запущенности существенно не отличаются.

Выводы.

Результаты сравнительного анализа заболеваемости ЗНО необходимы для правильного планирования работы онкологической службы на амбулаторном и госпитальном этапе.

Норматова Ш.А., Жуманазаров Э.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

РОЛЬ МИЗАДЖА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И БЛЮД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ

В средневековой тибетской медицине указывается, что в организме человека есть две силы - тепло и холод. Нарушение их соотношения приводит к болезни. Организм, состоящий из четырех элементов (воздух, вода, земля, огонь), имеет связанные с ним первичные свойства - влажность, сухость, холодность и теплоту, а также четыре жидкости - кровь, желчь, черную желчь и слизь.

Мизадж пищевых и лекарственных веществ устанавливается по их влиянию на организм человека. Поэтому натура данных веществ также бывает горячей, уравновешенной, холодной, сухой и влажной. Так как у человека различается три основных вида мизаджа, используемых в практике, пищевые продукты также имеют горячий, уравновешенный и холодный мизаджи.

Натура многих пищевых продуктов в разных источниках характеризуется одинаково и дополняет друг друга, но вместе с тем имеются разногласия в характеристике мизаджей некоторых пищевых веществ. В частности, Мухамад Ат Табиб Аль-Харави натуру пшеницы считает уравновешенной, а в «Чжуд-ши» ее представляли, как холодный продукт. Мизадж некоторых пищевых веществ может изменяться через определенный промежуток времени. Как показано в «Чжуд-ши» свежее мясо - холодит, а старое согревает и насыщает. В некоторых районах Кашкадарьинской области (Республика Узбекистан) считают, что если арбуз употреблять в зимнее время, то натура его изменится в теплую сторону. Мизадж блюд в основном зависит от вида и количества продуктов, использованных при приготовлении. Изменяя их вид и количество, можно готовить блюдо, соответствующее в определенной степени натуре каждого человека. Известно, что для каждого вида телосложения или натуры должно быть и соответствующее питание. Если появляется необходимость изменения мизаджа или телосложения (похудеть, поправиться) следует принимать пищу, натура которой была бы противоположной натуре человека. При чрезмерном употреблении пищи, не соответствующей натуре человека, изменяется его субъективное состояние. Даже у человека с уравновешенной натурой при большом употреблении пищи с холодным мизаджем, может появиться вялость, слабость, сонливость, иногда слюнотечение изо рта. В настоящее время натура пищевых продуктов и блюд теоретически объясняется изменениями общего обмена веществ в организме.

Одними из компонентов пищи, усиливающими основной обмен веществ, являются белки. Уровень их действия на основной обмен соответствует 30-40% их энергетической ценности, в то время как уровень действия жиров 2-4%, углеводов 4-14%. Натура пищевых продуктов обусловлена их специфически-динамическим действием (усиление основного обмена веществ под влиянием приема пищи). Чем оно больше, тем выше становится горячая натура пищи. Поэтому ее мизадж не зависит от ее калории, а зависит от составляющих ее компонентов. Клинические наблюдения одного из авторов так же подтверждают это положение. Наличие достаточного количества витаминов в пище способствует уравновешенности ее натуры. Однако влияние на основной обмен веществ, т.е. специфически-динамическое действие (мизадж) других компонентов (кроме вышеуказанных), а также разных пищевых веществ и блюд, еще требует изучения.

Таким образом, при лечении больных и составлении для них специального рациона питания необходимо учитывать мизадж как пациентов, так и пищевых продуктов.

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет
г.Харьков, Украина

ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сочетанное течение хронического бескаменного холецистита (ХБХ) и артериальной гипертензии (АГ) предопределено их высокой распространенностью, гендерными особенностями (преобладают женщины) и хроническим течением и может быть фактором развития остеопенических состояний. Это связано с нарушением выработки желчных кислот при ХБХ, и как следствие - всасывания микро-, макроэлементов и желчерастворимых витаминов, в частности, витамина D3. При этом формируется вторичный гиперпаратиреоз, как одна из причин развития остеопенических состояний. В тоже время АГ является кальций - зависимым заболеванием, при этом минеральная плотность костной ткани (МПКТ) обратно пропорциональна кальцификации коронарных артерий и/или аорты и прямо пропорциональна уровню холестерина липопротеидов высокой плотности.

Цель исследования. Определение распространенности и выраженности остеопенических состояний у больных с сочетанным течением ХБХ и АГ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 52 пациента ХБХ, среди которых у 37 заболевание протекало на фоне АГ (основная группа). Средний возраст составил $44,3 \pm 5,2$ года, преобладали женщины - 38 (73,1%). 15 пациентов с изолированным ХБХ вошли в группу сравнения и 20 - в контрольную. Все обследованные были репрезентативны по возрасту и полу.

Структурно-функциональное состояние костной ткани оценивали при проведении ультразвуковой денситометрии - аппарат Achilles Express (USA), 2007. Определяли: скорость распространения ультразвука (СРУ, м/с), широкополосное ослабление ультразвука (ШОУ, дБ/МГц), индекс плотности костной ткани (ИП, %), Z-критерий (отклонение МПКТ от среднего значения у больных контрольной группы соответственно возраста, SD), T-критерий (отклонение от референтного значения пиковой костной массы у здоровых пациентов молодого возраста, SD). Полученные результаты сопоставляли с критериями ВОЗ, выработанными для диагностики остеопороза. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ «Microsoft Excel», «Stadia.6.1 prof», «Statistica»).

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что в обеих группах больных наблюдалось снижение МПКТ, более выраженное при сочетании нозологий. Так, в основной группе лиц изменения регистрировались в 18 случаях (48,6%), при этом у 5 пациентов (13,5%) - остеопения и у 13 (35,1%) - остеопороз. В группе сравнения изменение МПКТ отмечено в 33,3% случаев, из них у 2-х больных - ОП (13,3%). При этом установлено, что оба заболевания отрицательно влияют на состояние костной ткани, а их сочетание является фоном дальнейшего прогрессирования ОП. Так, T-критерий в основной группе лиц составил $(-1,7 \pm 0,11)$, в группе сравнения - $(-1,32 \pm 0,14)$ при контроле $0,65 \pm 0,07$. Z-критерий соответствовал $(-0,97 \pm 0,05)$ и $(-0,65 \pm 0,07)$ при контроле $0,34 \pm 0,08$. Величина СРУ соответствовала $1544 \pm 8,1$ м/с и $1564 \pm 6,2$ м/с (норма $1588 \pm 10,4$); ШОУ - $100,7 \pm 2,2$ и $106,8 \pm 1,6$ дБ/МГц (норма $107,9 \pm 2,6$) и ИП - $80,3 \pm 2,7\%$ и $88,5 \pm 2,4\%$ при контроле - $96,1 \pm 4,3\%$ ($p < 0,05$ при сопоставлении с группой сравнения). Можно считать, что системный остеопенический процесс в желчном пузыре (ЖП), который сопровождается образованием провоспалительных цитокинов. Их рассматривают как остеокластопосредованные факторы в резорбции кости. При этом воспаление в ЖП приводит к нарушению образования желчных кислот и, таким образом, всасыванию кальция в кишечнике. Развитие гипокальциемии провоцирует повышение секреции паратгормона и вторичный гиперпаратиреоз с компенсацией недостатка данного макроэлемента путем выхода его из депо - костной ткани. При АГ повышение потребности в кальции обусловлено его отложением в сосудистой стенке и нарушениями в калий-натрий-кальциевом механизме.

Выводы.

Сочетание АГ и ХБХ может привести к развитию ОП, что необходимо учитывать при обследовании и составлении плана лечения таких больных.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
г.Барнаул, Россия

О НЕОБХОДИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цель исследования. Изучить влияние препарата (П), содержащего фолиевую кислоту, витамины В6 и В12 на содержание гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Материалы и методы исследования. В исследовании было изучено влияние П на содержание ГЦ в сыворотке крови у 122 пациентов (54 женщин и 68 мужчин) с документально подтвержденными ВТЭО. У 11 больных диагностирован тромбоз поверхностных вен (ТПВ), у 62 - тромбоз глубоких вен (ТГВ), у 21 - ТГВ сочетался с ТПВ, у 28 - ТГВ был осложнен тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Средний возраст больных составил $44,0 \pm 2,1$ года. Верхней границей нормы ГЦ сыворотки крови для лиц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимали концентрацию 11,0 мкмоль/л ($X=9,6+2SD$).

В работе была использована классификация ГГЦ в зависимости от содержания ГЦ, предложенная З.С. Баркаганом с соавт. (2007): умеренная (легкая) ГГЦ - от 11,1 до 15,0 мкмоль/л, средняя ГГЦ - от 15,1 до 20,0 мкмоль/л, высокая ГГЦ - более 20,1 мкмоль/л.

Все больные были разделены на две группы. В первую группу было включено 20 больных (16,4%) - 12 женщин и 8 мужчин с исходным содержанием ГЦ в сыворотке крови меньше или равно 11,0 мкмоль/л (в среднем - $10,4 \pm 0,5$ мкмоль/л). Во вторую группу было включено 102 больных (83,6%) - 42 женщины и 60 мужчин с ВТЭО и исходным содержанием ГЦ в сыворотке крови более 11,0 мкмоль/л (в среднем $15,2 \pm 1,4$ мкмоль/л).

В комплексном лечении больным с ВТЭО назначался комбинированный препарат, содержащий фолиевую кислоту - 0,004-0,006, пиридоксина гидрохлорид (витамин В6) - 0,003-0,005, цианкобаламин (витамин В12) - 0,000005-0,000007. Больные начинали лечение препаратом, находясь в стационаре, а затем продолжали его в амбулаторных условиях в течение одного года. Пациенты первой группы получали препарат по одной таблетке два раза в сутки в течение 6 месяцев, тогда как больные второй группы препарат назначался по одной таблетке два раза в сутки продолжительностью от 6 до 12 месяцев.

Результаты исследования. Эффективность проводимой терапии оценивалась у больных с ВТЭО по динамике содержания ГЦ в сыворотке крови. При 6-месячном курсе лечения у больных первой группы содержание ГЦ снизилось в среднем на 2,9 мкмоль/л ($p < 0,05$). У больных второй группы при 6-месячном курсе лечения содержание ГЦ снизилось в среднем на 3,7 мкмоль/л ($p < 0,001$), а при 12-месячном курсе лечения - в среднем на 5,9 мкмоль/л ($p < 0,001$) и нормализации его содержания у всех больных. При снижении содержания ГЦ в сыворотке крови менее 11 мкмоль/л переходили на поддерживающую терапию. При этом доза препарата снижалась в два раза и составляла одну таблетку в сутки.

Выводы.

1. Гипергомоцистеинемия диагностирована у 83,6% больных с ВТЭО.

2. В комплексном лечении больных с ВТЭО использовался комбинированный препарат, содержащий фолиевую кислоту, витамин В6, витамин В12, по одной таблетке два раза в день.

3. Использование данного препарата в течение 6 месяцев приводило к снижению содержания ГЦ в сыворотке крови в обеих группах больных, а продолжение лечения в течение года у больных с исходно высоким содержанием ГЦ приводило к нормализации этого показателя у всех больных.

4. При нормализации содержания ГЦ необходимо переходить на поддерживающую терапию.

Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРОБИОТИКА В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Молочнокислые лактобактерии (*Lactobacillus reuteri*), колонизирующие слизистые желудочно-кишечного тракта, выделяют активные молекулы (реутерина, реутерициклина и др.), которые обуславливают антибактериальную и противовоспалительную активность. По данным Ракитина Б.В. (2016 г.) установлена способность *L. reuteri* образовывать ко-агрегаты с *Helicobacter Pylori*, снижая этим их адгезию к слизистой оболочке желудка. Эти свойства делают целесообразным включение пробиотиков, содержащих *L.reuteri* («Хелинорм» фармакологической компании ООО «Крафт», Россия) в схемы эрадикации *Helicobacter Pylori* для снижения обсеменения слизистых оболочек желудка и профилактики нежелательных явлений антибактериальной терапии.

Цель исследования. Ретроспективная оценка и сравнение эффективности антихеликобактерной терапии у группы пациентов, получающих 1 схему эрадикации (Маастрихт V, 2015 г.), с группой, дополнительно получающей препарат «Хелинорм»; сравнение частоты возникновения нежелательных реакций на фоне антибактериальной терапии в данных группах.

Материалы и методы исследования. Проведена подборка и изучение литературы по данной проблеме, выполнен анализ медицинских карт *Helicobacter Pylori* «положительных» пациентов с результатами ПЦР - исследования кала после эрадикационной терапии у них одной из поликлиник г.Кемерово. Для обработки данных использован метод расчета экстенсивного показателя.

Результаты и их обсуждение. Отобрано 22 *Helicobacter Pylori* «положительных» пациента, которым проводилась терапия 3-х компонентной схемой. Из них выделено 2 группы (гр.): 1 гр. (12 чел.) получала 1 схему эрадикации *Helicobacter Pylori* инфекции и дополнительно был назначен «Хелинорм» 400 мг/сут - 28 дней, 2 гр. (10 чел.) получала только 1 схему эрадикации. Через 30 дней после окончания терапии проводился контроль ПЦР - исследованием кала на антиген *Helicobacter Pylori*. В 1 гр. эрадикация была успешна в 80%, во 2 гр. - в 60%. Пациенты 1 гр. отметили побочные явления в виде проявлений диспепсии (боль в животе, тошнота, диарея) лишь в 30%, 2 гр. - в 75%.

Выводы.

Таким образом, включение препарата «Хелинорм» в комплексную антихеликобактерную терапию *Helicobacter Pylori* инфекции целесообразно и оправдано, так как это не только повышает уровень эффективности эрадикации, но и уменьшает частоту нежелательных реакций по сравнению с группой, не получавшей дополнительно данный препарат, практически в два раза.

Помыткина Т.Е., Овсянникова Н.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В России распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ведущим синдромом которой является изжога, составляет 18-46% (Ивашкин В.Т., 2014 г.). Определенные трудности возникают при лечении больных ГЭРБ, средние сроки заживления эрозий пищевода у многих больных могут достигать 8-12 недель (Маев И.В., 2015 г.). При этом у части больных наблюдается рефрактерность к приему антисекреторных средств, включая ингибиторы протонной помпы.

Цель исследования. Оценить клинико-эндоскопическую эффективность и переносимость

Клинические аспекты терапии и педиатрии

ингибитора протонной помпы ИПП «Берета» (МНН рабепразол фирмы ОАО «Верофарм», Россия) при лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 25 больных с клинико-эндоскопической картиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Препарат «Берета» назначался в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды в течение трех недель. Выраженность основных симптомов ГЭРБ оценивалась в течение этого срока по 5-балльной шкале Likert. Исходно, через 14 дней и через 21 день лечения оценивалось самочувствие (визуально-аналоговая шкала (ВАШ): 0 мм - плохое самочувствие, 100 мм - отличное самочувствие) и качество жизни больных (опросник SF-36).

Результаты и их обсуждение. До лечения всех больных беспокоила изжога, 12 (48%) пациентов - регургитация, 17 (68%) - отрыжка воздухом, 4 (16%) - дисфагия и 3 (12%) - одинофагия. К 14 дню лечения препаратом «Берета» изжога была купирована у всех пациентов, регургитация - у 91,7% и отрыжка воздухом - у 76,5% больных, исходно испытывавших эти симптомы. Средний срок купирования изжоги составил $4,08 \pm 0,96$ дня, регургитации - $4,1 \pm 9,6$ дня, отрыжки воздухом - $8,3 \pm 1,2$ дня. Усредненный профиль шкал качества жизни (SF-36) к 21 дню стал достоверно выше по всем шкалам, за исключением SF (социальное функционирование). К 14 дню лечения оценка самочувствия по ВАШ увеличилась с $28,1 \pm 11,9$ мм до $61,7 \pm 8,6$ мм ($p=0,001$), а к 21 дню терапии - с $61,7 \pm 8,6$ мм до $82,7 \pm 8,2$ мм ($p=0,003$). К 21 дню терапии «Беретой» у 15 (100%) больных с эрозивной формой заболевания наблюдалась эпителизация эрозий пищевода.

Выводы.

Таким образом, препарат «Берета» (МНН рабепразол) эффективен в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в том числе с эрозивными формами рефлюкс-эзофагита в дозе 40 мг в сутки, что подтверждено как объективными данными нашего исследования, так и повышением качества жизни пациентов на фоне устранения основных симптомов заболевания.

Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО И ДИСПЕПСИЧЕСКОГО СИНДРОМОВ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ

Доказано, что холецистэктомия в результате осложненного течения ЖКБ не избавляет от нарушений, которые имелись до оперативного вмешательства. После холецистэктомии билиарная недостаточность отмечается почти у 90% больных (В.Максимов и соавт., 2015 г.). Проявляется она чаще в виде диспепсических явлений и типичной билиарной и билиарно-панкреатической боли, обусловленной, как правило, дисфункцией сфинктера Одди (при отсутствии органических препятствий).

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность включения препарата «Одестон» (Polfa, Польша) в терапию билиарной боли у пациентов после холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 24 женщины с характерными жалобами, в возрасте 45-65 лет, перенесшие холецистэктомию. Структурных изменений инструментальными методами выявлено не было. Всей группе пациенток, помимо немедикаментозных рекомендаций, был назначен «Одестон» (гимекромон) в дозировке 200 мг 3 раза в сутки на 14 дней. До и после курса проводился анализ клинической симптоматики и жалоб.

Результаты и их обсуждение. Жалобы на билиарную дисфункцию до начала терапии распределялись следующим образом: типичная боль - у 58,3% пациенток, билиарная диспепсия (горечь во рту, отрыжка воздухом, безболевы поносы, чередующиеся с запорами) - у 41,7%, сочетание данных симптомов в 20,4% случаев. После двухнедельной терапии результаты выглядели следующим образом: 83,4% (20 чел.) отметили полный регресс боли, но явления диспепсии в той или иной степени сохранялись. У 8,3% (2 чел.) боль и диспепсия регрессировали в полном объеме. Не заметили клинического эффекта 8,3% (2 чел.). Нежелательных

явлений терапии не отмечалось.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют об избирательном спазмолитическом действии препарата «Одестон» на билиарные сфинктеры, об его желчегонном эффекте, безопасности и высокой эффективности, что делает целесообразным и эффективным включение данного препарата в комплексную терапию билиарной боли при дисфункции сфинктера Одди.

Пономарева Т.А.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕ ХРОМОВЫХ РУД

Основными вредными производственными факторами, воздействующими на работающих при добыче хромовых руд, являются локальная и общая вибрация, шум, охлаждающий микроклимат, ионизирующее излучение, химические факторы (средне и крупнодисперсная пыль, с содержанием металлов (дихромтриоксид, диЖелезотриоксид, диАлюминийтриоксид, магний оксид), оксиды азота и углерода), факторы трудового процесса (высокая статическая и динамическая нагрузка, высокая степень психо-эмоционального напряжения).

Специалистами ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» проведена научно-исследовательская работа с целью оценки риска здоровью работников, занятых на подземной добыче хромовых руд. Обследовано 135 человек, группу наблюдения составили 88 работников (возраст $43,7 \pm 8,5$ года, стаж: $19,6 \pm 6,1$ л). В группу сравнения были включены 47 работников, не контактирующие с вредными производственными факторами (возраст $38,9 \pm 8,4$ г, стаж: $10,3 \pm 4,7$ л).

Априорный профессиональный риск для работников в группе наблюдения классифицируется от высокого до очень высокого. По результатам периодических медицинских осмотров за период с 2015 по 2017 гг. проведены анализ распространенности основных заболеваний среди у работников основных специальностей, оценка связи условий труда с состоянием здоровья работающих: расчет относительного риска (RR) и этиологической доли (EF).

Выявлено, что в структуре заболеваемости на данном предприятии у работников в группе наблюдения на первом ранговом месте находятся болезни нервной системы (распространенность заболеваний нервной системы приближается к 100%). Относительный риск развития заболевания по сравнению с риском у работников группы сравнения превышен в 2,84 раз при степени производственной обусловленности 65% (высокая производственная обусловленность) (CI95% 2,9-7,1, $p < 0,001$). Второе место занимают болезни системы кровообращения. В трактовке этого показателя присутствует определенная сложность, учитывая, что работники с установленным диагнозом заболевания системы кровообращения не допускаются к работе в подземных условиях. На работу ежегодно принимаются молодые работники, которые имеют стаж работы менее 5 лет. Относительный риск развития болезней системы кровообращения у подземных горнорабочих составил 1,62 ($p < 0,001$) со степенью производственной обусловленности 38% (средняя производственная обусловленность). Третье ранговое место заняли заболевания опорно-двигательного аппарата без доказанной производственной обусловленности. Риск развития болезней органов слуха, находящихся на 4 месте в структуре нарушений здоровья у работников в группе наблюдения, в 4 раза превышал аналогичный показатель у работников в группе сравнения, производственная обусловленность в разные годы колебалась от очень высокой до почти полной с достоверностью $p = 0,015$ (RR=2,70, CI 95% 1,11-6,60, $p < 0,05$).

Обращает на себя внимание наличие у работников в группе наблюдения в 7% случаев хронических рецидивирующих заболевания верхних дыхательных путей (атрофические, гипертрофические риниты, ринофарингиты). Учитывая, что слизистая оболочка носа, гортани является органом-мишенью воздействия хрома, рассчитан относительный риск развития этих (RR=2,70, CI95% 1,11-6,60, $p < 0,05$).

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Полученные данные определяют необходимость идентификации основных патогенетических механизмов развития патологии, разработки медико-профилактических программ и принципов индивидуализированной профилактики.

**Попова Т.А., Хайрединова О.П., Котова О.А., Нагорнова Н.А., Пьянкова Е.Э.
Кузнецова Н.А., Варюшкина Е.В., Кобякова О.В.**

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

В настоящее время в связи с бурным развитием техники, увеличением видов и количества транспортных средств и скорости их движения, наблюдается тенденция к неуклонному росту травматизма в целом и, в частности, увеличение распространенности травм груди и тупых повреждений сердца при политравмах.

Согласно (Гембицкий Е.В., 1994 г.; Малиновский Н.Н., 1979 г.; Мишкин К.И., 1987 г., Шушков Г.Д., 1972 г.) повреждения сердца встречаются от 3 до 67% пострадавших с закрытой травмой грудной клетки. Имеются данные, что наличие тупой травмы груди и травмы сердца при сочетанных повреждениях в значительной степени увеличивают риск летальных исходов в раннем стационарном периоде (Carli, 2003 г.).

Цель исследования. Проанализировать частоту встречаемости и виды повреждений сердца при политравме в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ пациентов с политравмой, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ за период 2016-2017 гг.

Критерием включения в данное исследование явилось наличие у пациентов с политравмой тяжелой торакальной травмы.

Результаты исследования. В 2016г пролечено 182 пациента с политравмой, из них 100 человек (88,2%) с травмой органов грудной клетки, у 13 человек (7,14%) диагностировали ушиб сердца, у 2 (1,09%) развился острый инфаркт миокарда, у 1 (0,5%) - травма осложнилась аритмогенным шоком. В течении 2016 г. летальный исход имел место у 21 пациента (11,53%). За 2017 г. наблюдалось с политравмой 105 человек, из них 19 (18%) женщин, и 86 (81,9%) мужчин. Травма грудной клетки диагностирована у 79 человек (89,7%), ушиб сердца у 8 (7,6%), посттравматическая миокардиодистрофия у 1 (0,95%) пациента.

Клинически патология сердца в раннем посттравматическом периоде проявлялась развитием ангинозного (чаще), гипертензивного, аритмического, перикардитического синдромов. Для диагностики травмы сердца больным с закрытой травмой груди проводилось комплексное обследование (клинический осмотр, сбор анамнеза, ЭКГ, ЭХО-КГ, ОАК, кардиоспецифические ферменты, КТ ОГК).

Выводы.

Для исключения или подтверждения диагноза, повреждение сердца, при политравме, необходимо комплексное обследование пациента с учетом возможностей данного стационара. Диагностическая настороженность должна быть у всех пострадавших с закрытой травмой груди.

Попонина Ю.Н.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Нефтеперерабатывающая промышленность является стабильно развивающейся отраслью экономики, которая характеризуется внедрением современных технологий и высокопроизводительного оборудования. В то же время трудовой процесс, связанный с переработкой нефти, занимает одно из ведущих мест по потенциальной опасности для здоровья работников. Вредные факторы трудового процесса не только являются основой формирования профессиональной патологии, но и способны запускать патогенетические механизмы развития и прогрессирования общих и производственно обусловленных заболеваний.

Цель исследования. Изучить влияние условий труда на здоровье работников комплекса нефтеперерабатывающей промышленности, на развитие заболеваний, которые могут снижать трудоспособность и являться противопоказанием для продолжения их профессиональной деятельности.

Были сформированы 2 группы: работники основных производств органического синтеза нефтеперерабатывающего предприятия - группа наблюдения (133 человека) и работники, не имеющие профессиональные вредности - группа сравнения (47 человек). Средний возраст работников в группе наблюдения составил - $42,9 \pm 6,0$ лет, средний стаж - $21,06 \pm 4,8$ лет, средний возраст работников в группе сравнения составил $38,9 \pm 8,0$ лет, средний стаж - $11,2 \pm 4,7$ лет. Для анализа общей заболеваемости была изучена медицинская документация за период 2016-2017 гг. Для оценки условий труда использованы результаты специальной оценки условий труда (СОУТ), выполненной специалистами аттестованной организации. Для оценки связи условий труда с состоянием здоровья работающих использовали специализированные компьютерные программы расчета относительного риска (RR) и этиологической доли ответов, обусловленной воздействием фактора профессионального риска (EF).

По результатам СОУТ установлено, что условия труда у работников в группе наблюдения «вредные» со степенью вредности 3,1 и выше, условия труда у работников в группе сравнения соответствуют классу 2 (допустимый). Приоритетными вредными факторами на рабочих местах в группе наблюдения являются углеводороды алифатические C1-C10 (в пересчете на C), бензин и аэрозоли преимущественно фиброгенного действия (АПФД) в комплексе с производственным шумом и тяжестью трудового процесса (подъем и перемещение тяжести в пространстве), в группе сравнения - широкополосное электромагнитное поле от ПЭВМ. Априорный профессиональный риск для работников группы наблюдения классифицируется от малого (умеренный) до среднего (существенный). На основании проведенного анализа литературных данных, а также данных карт СОУТ можно предположить, что у работников нефтеперерабатывающих предприятий могут развиваться заболевания системы дыхания, сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, пищеварительной, мочевыделительной, костно-мышечной системы, а также патология со стороны органа слуха. Это подтверждается данными карт ПМО.

По данным карт ПМО выявлено, что в структуре заболеваемости на предприятии в группе наблюдения первые 3 места занимают болезни мочеполовой системы (62%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (31%) и болезни сердечно-сосудистой системы (29%). В группе сравнения преобладают болезни нервной системы и пищеварительной (14,8% и 14,8%, соответственно), болезни сердечно-сосудистой системы (29%), и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,6%).

Таким образом, полученные данные определяют дальнейшие задачи по разработке углубленных диагностических обследований работников нефтеперерабатывающих производств.

Раудина С.Н., Семенихин В.А., Порошина Н.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Проблема профессиональной сенсоневральной тугоухости (СНТ) уже многие годы является актуальной для медицины труда. В общероссийской структуре профессиональных заболеваний (ПЗ) СНТ устойчиво занимает одно из ведущих мест.

Цель исследования. Выявить особенности формирования СНТ профессионального генеза и оценить ее влияние на связанное со здоровьем качество жизни (СЗКЖ) работников угольной промышленности Кузбасса.

Материалы и методы исследования. Профессиональная заболеваемость от воздействия шумового фактора в угольной промышленности региона изучалась по листовым учетным материалам Центра профпатологии ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинска-Кузнецкого за период с 2009-2014 гг. (104 случая).

Исследование СЗКЖ было проведено среди работавших и работающих на угледобывающих шахтах Кузбасса.

Клинические исследования проводились в соответствии с общепринятыми рекомендациями по диагностике СНТ.

Связанное со здоровьем качество жизни (СЗКЖ) изучали в соответствии с методическими рекомендациями с помощью опросника MOS SF-36 с оценкой физического суммарного компонента (ФК) КЖСЗ, состоящего из показателей физического функционирования (ФФ), ролевого физического функционирования (РФФ), боли (Б) и общего здоровья (ОЗ), а также психического компонента (ПК), состоящего из показателей жизненной активности (ЖА), социального функционирования (СФ), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ). Максимальное значение по каждому показателю 100 баллов.

Результаты и их обсуждение. За период 2009-2014 гг. специалистами Центра профпатологии был выявлен рост заболеваемости СНТ. Установлено, что в структуре шумовой патологии шахтеров наибольшую долю (69%) составляют случаи выраженной степени снижения слуха. Доля случаев снижения слуха умеренной степени составляет 31%.

Коэффициент коморбидности НСТ, показывающий отношение числа случаев сочетанной патологии к общему числу случаев СНТ, составил 0,186. При изучении коморбидности СНТ выявлено ее сочетание с вибрационной болезнью (10% случаев) у лиц, работающих в подземных условиях с виброинструментом в профессиях проходчика и ГРОЗ, что обусловлено несовершенством горной техники.

Следует отметить сочетание СНТ с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, безусловно связанных с тяжестью трудового процесса шахтеров (значительная и динамическая статическая нагрузка, неблагоприятная рабочая поза).

Так, сочетание СНТ с заболеваниями поясничного отдела позвоночника установлено в 6% случаев у работающих в профессиях проходчик, ГВМ, водитель «БелАЗа». Выявлено по 1 случаю сочетанной патологии СНТ с артрозом в профессии проходчики с радикулопатией в профессии ГРОЗ. Следует отметить, что наличие коморбидности не зависело от степени выраженности СНТ ($22,4 \pm 9,1\%$ среди лиц, имеющих СНТ умеренной степени и $16,7 \pm 3,2\%$ среди лиц с выраженной степенью СНТ, $p=0,225$).

Следует отметить, что на рабочем месте лиц, занятых в профессии подземного электрослесаря превышение ПДУ составляет 6-8 дБА. В этой профессии нет сочетанной патологии. Значительная доля случаев СНТ, возможно объясняется большей длительностью стажа работы (от 15 до 30 лет).

При этом степень выраженности НСТ у этой группы лиц высокая, в $81,8 \pm 11,6\%$ случаях выявлена II степень НСТ. В одном случае было выявлено раннее снижение слуха умеренной степени после стажа работы более 10 лет, что можно объяснить повышенной индивидуальной чувствительностью к шуму.

При анализе результатов аудиометрии, проводимой в ходе периодических медицинских осмотров работников до установления ПЗ, была выявлена зависимость появления признаков снижения слуха от стажа работы в неблагоприятных условиях угледобывающих шахт. У большинства (61,4%) работников снижение порога слуха на аудиограммах отмечалось после стажа работы более 10 лет, лишь в 10% случаев снижение слуха определялось после стажа работы 7 лет. На аудиограмме этих лиц определялся патологический зубец Кархорта на высоких частотах (4000 Гц). В 28,5% случаях указанный признак начал проявляться после 15 лет работы.

Постепенное снижение слуха в течение 7-10 лет наблюдалось практически у каждого пятого работника (21,5%). Более быстрое снижение слуха в течение 5 лет было отмечено в 14% случаев. Большинство обследованных (64,5%) демонстрировали постепенное снижение слуха в течении 10-15 лет.

В постконтактный период прогрессивное течение заболевания отмечалось только в 3-х случаях, отягощенных сопутствующей патологией (артериальная гипертензия), возникшей после установления СНТ и в дальнейшем усугубили ее течение.

Оценка СЗКЖ показала, что и пациенты с СНТ, и лица группы сравнения демонстрируют сниженные значения всех компонент СЗКЖ, исключение составляет физическое и социальное функционирование (более 50 баллов).

Достоверных различий в показателях СЗКЖ работающих шахтеров, подвергающихся воздействию шума, и пациентов с СНТ не выявлено. Следует отметить, что на фоне сниженного СЗКЖ, и для пациентов с СНТ, и для лиц группы сравнения характерно статистически значимое превышение показателей психического компонента качества жизни над физическим ($42,1 \pm 1,2$ против $36,8 \pm 1,2$ баллов, $p=0,005$ и $41,3 \pm 1,0$ против $37,2 \pm 1,0$ баллов, $p=0,002$ соответственно).

Сниженные значения СЗКЖ у лиц группы сравнения можно объяснить тем, что они подвергаются длительному воздействию шума и имеют начальные признаки СНТ, но в тоже время диагноз профессионального заболевания им не установлен. Социально-психологические особенности, определяющие превышение психического компонента СЗКЖ над физическим компонентом у таких лиц, требуют дальнейшего исследования.

Подобное явление у пациентов, заболевание которых связали с профессией, можно объяснить значительной социальной поддержкой, установленной и контролируемой государством (дополнительная пенсия, бесплатное лечение 2 раза в год, санаторно-курортное лечение и средства индивидуальной коррекции слуха), в некоторой степени компенсирующей снижение возможное психического компонента СЗКЖ пациентов.

Корреляционных связей между стажем работы и компонентами СЗКЖ в группе сравнения установлено не было. Следует отметить, что между длительностью периода после установления диагноза ПЗ и СЗКЖ по шкале «Ролевое физическое функционирование» выявлена средняя обратная корреляционная зависимость, $R=-0,33$, $p=0,02$. Таким образом, повседневная ролевая деятельность (работа, выполнение повседневных обязанностей) тем более затруднена, чем больше времени, прошло с момента установления ПЗ.

Выводы.

1. Особенности формирования СНТ профессионального генеза заключаются в том, что первые клинические проявления заболевания могут появиться через 7-10 лет, и чем раньше они появляются, тем сильнее они прогрессируют.

2. После прекращения контакта с шумом, заболевание чаще приобретает непрогрессивное течение. Исключением, являются состояния, обусловленные присоединением сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

3. СНТ профессионального генеза оказывает негативное влияние в большей степени на физический, нежели на психический компонент СЗКЖ пациентов.

Речкунова О.А., Сафронов А.А., Михайлов С.Н.

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ
ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации»
г.Оренбург, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ДДЗ)

Цель исследования. Оценить эффективность применения озонотерапии в лечении болевого синдрома у пациентов с ДДЗ шейного и поясничного отделов позвоночника, а также коленных и тазобедренных суставов.

Материалы и методы исследования. В условиях ГБУЗ «ОЦМР» г.Оренбурга, прошли курс лечения, 65 пациентов, все пациенты разделены на группы: контрольную (n=30), клиническую (n=35). Терапевтический курс рассчитан на 2 недели амбулаторного лечения. Контрольная группа получала стандартный комплекс физиопроцедур (магнитотерапия, лазеротерапия) и комплекс физических методов реабилитации. Клиническая группа прошла курс из 10 процедур периартикулярной озонотерапии (подкожное введение озонокислородной смеси в триггерные зоны, с концентрацией озона 5 мг/л - 20 мл) и курс физических методов реабилитации. Для оценки эффективности применяемого нами лечения были изучены, до и после лечения, показатели: опросника качества жизни Sf-36, шкала боли ВАШ, клиническое состояние пациентов.

Результаты исследования. До обследования все пациенты по всем шкалам опросника имели низкие показатели качества жизни. Отмечалось ограничение ролевого функционирования, как за счет физического состояния, так и за счет эмоционального состояния. Низкие показатели по шкале ролевого физического функционирования (РФФ) у пациентов свидетельствуют о том, что их повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием. Низкие показатели шкалы ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) предполагают отрицательное влияние эмоционального состояния исследуемых на выполнение работы или другой обычной повседневной деятельности.

Применение озонотерапии в клинической группе приводило к выраженным положительным сдвигам в самооценке пациентами своего здоровья, чем у пациентов контрольной группы. Наблюдается достоверная положительная динамика, как по физическому компоненту здоровья, так и по психическому. Уровень РФФ повысился в 10 раз в клинической группе, в контрольной - в 6 раз; РЭФ повысилось в 1,5 раза в клинической и в 0,5 раза в контрольной, что свидетельствует об улучшении общего самочувствия и эмоционального состояния наблюдаемых.

После лечения у пациентов отмечается увеличение возможности выполнения нагрузок, их объема, о чем свидетельствует увеличение показателя физического функционирования (ФФ). В результате проведения озонотерапии увеличился показатель шкалы жизненной активности (ЖА), что свидетельствует об улучшении жизненного тонуса (бодрости, энергичности) пациента. Показатель шкалы социального фактора (СФ) остался без динамики, при этом можно предположить, что длительность течения заболевания ограничивает пациента в общении с другими людьми в повседневной жизни. На фоне озонотерапии психическое здоровье пациентов улучшилось, о чем свидетельствует повышение показателя шкалы психического здоровья (ПЗ).

По результатам ВАШ, пациенты клинической группы в конце первой недели лечения отмечали уменьшение боли, уменьшение чувства скованности, в то время как пациенты контрольной группы отмечали улучшение к завершению курса лечения.

Выводы.

Применение озонотерапии в комплексном лечении пациентов с ДДЗ соответствует условиям целенаправленной терапии, способствует существенному повышению эффективности лечения, улучшению психического и физического здоровья, положительно влияет на функциональную активность пациентов.

Рудаева Е.Г., Анфиногенова О.Б., Шмакова О.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Медицинская реабилитация направлена на преемственность ее проведения на всех этапах ведения больных с целью восстановления физического, психического благополучия и повышения качества жизни.

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитации при заболеваниях органов пищеварения в условиях реабилитационного отделения городской детской клинической больницы.

Материалы и методы исследования. За период анализируемых событий (2015-2017 гг.) реабилитационная терапия проведена 325 пациентам. Приоритетны больные с язвенной болезнью (5,8%), хроническим гастродуоденитом (96,6%), в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (45,2%), дисфункцией билиарного тракта (16,9%).

Основу критериев оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов составили: положительная динамика функционального состояния организма, лабораторно-инструментальных исследований, характер жалоб, результаты физической активности, оценка качества жизни с применением опросника GSRS, параметры исходного вегетативного тонуса, вегетативные пробы, адаптационные резервы по результатам психологического теста Спилберга-Ханина.

Результаты и их обсуждение. При поступлении больных отмечали жалобы на боли, изжогу, отрыжку, дискомфорт в пилорoduodenальной зоне, изменения характера стула. Абдоминальный болевой синдром диагностирован у 78,8% пациентов, диспептический - у 68,1% и астеновегетативный - у 65,1%, которые к завершению реабилитационных мероприятий регистрировались менее чем у 11,2% пациентов.

Была составлена индивидуальная программа реабилитации с учетом нормализации регуляции гастродуоденального аппарата, уменьшения функциональных и трофических нарушений, снижения уровня пептической активности, улучшения моторики пищеварительного тракта, нормализации функции желчевыводящей системы и кишечника.

Объем терапии включал комфортный режим дня, положительное эмоциональное окружение, лечебное питание, водолечение, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, фитотерапию, музыкотерапию и медикаментозное лечение, соответствующее патологическому процессу.

Динамическое наблюдение подтвердило эффективность мероприятий: полное исчезновение жалоб (98,4%); улучшение аппетита (96,6%); нормализации сна (88,9%); повышении эмоционального тонуса (88,9%); снижение уровня личностной и реактивной тревожности (76,9%); тенденции к нормотоническому типу вегетативной регуляции (52,0%); исчезновении болевого абдоминального синдрома (98,0%); исчезновении диспептических явлений (98,8%) и астенических проявлений (98,1%). 98,4% пациентов были выписаны со значительным улучшением и 1,6% - с улучшением.

Выводы.

Таким образом, длительность наблюдения за детьми и подростками с болезнями органов пищеварения в условиях реабилитационного отделения (16-18 дней) позволили убедиться в необходимости этапной терапии, комплексном реабилитационном подходе для достижения стойкого терапевтического эффекта и дальнейшего прогноза течения заболевания.

**Семенихин В.А., Одинцева О.В., Черникова О.Н., Сафронова А.Б.,
Погорелов Ю.Г., Нигомаев В.Г., Кунгуров М.Н.**

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

При проведении периодических медицинских осмотров на угледобывающих предприятиях Кузбасса обследованы 1124 шахтера. Из числа обследованных шахтеров 606 человек (53,9%) работали в условиях воздействия высокой концентрации промышленного аэрозоля, к ним относились работники основных профессий угледобывающей промышленности: МГВМ, ГРОЗ, подземные горнорабочие, проходчики, горномонтажники. В условиях воздействия низкой и умеренной концентрации промаэрозоля трудились 518 (46,1%) работников вспомогательных профессий: электрослесари, машинисты подземных установок, крепильщики, механики, инженерно-технические работники.

Исследование функционального состояния вентиляционной способности легких основывали на изменениях скоростных показателей бронхиальной проходимости с использованием портативного спирометра PONY «COSMED» с записью кривой поток-объем и результатов ее измерений. Из числа обследованных шахтеров у 45 человек выполнена оценка динамики показателей спирометрии в течение пятилетнего периода наблюдения.

Из 1124 анкетированных шахтеров 316 (28,1%) отмечали наличие ежедневного утреннего кашля с отделением мокроты в течение не менее трех месяцев в году на протяжении двух смежных лет. При этом кашель беспокоил 179 представителей основных профессий и 137 человек, работавших во вспомогательной профессии. Это позволяет предположить, что на основании данных расспроса возможно диагностировать хронический бронхит у 28,1% анкетированных шахтеров.

В результате исследования функции внешнего дыхания, выполненного у 508 (45,2%) человек, снижение показателей спирометрии наблюдались у 179 (35,2%) из них. При этом, у 74 (14,56%) отмечалось снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) ниже 80% должного значения, у 52 (10,2%) человек - снижение объема форсированного выдоха за секунду (ОФВ₁) ниже 80% должного. У 130 (25,6%) человек - отмечалось снижение пиковой скорости экспираторного потока (ПСВ) ниже 70% должного значения показателя. Снижение двух и более показателей спирометрии отмечено у 83 (16,3%) человек.

Выполнена оценка динамики показателей спирометрии за пятилетний период у 45 шахтеров, страдающих хроническим бронхитом. В течение пятилетнего периода наблюдалось снижение ФЖЕЛ и ОФВ₁. При этом среднегодовое снижение ФЖЕЛ составило 147 ± 15 мл в год, снижение ОФВ₁ - на 74 ± 10 мл в год.

В начале периода наблюдения у представителей вспомогательных профессий максимальная объемная скорость экспираторного потока в момент выдоха 50% ФЖЕЛ ($МОС_{50}$) была ниже, чем у лиц основных профессий. В дальнейшем эти различия сохранялись, к концу исследования аналогичные различия наблюдались также и по величине максимальной объемной скорости экспираторного потока в момент выдоха 25% ФЖЕЛ ($МОС_{25}$).

У работников вспомогательных профессий в течение пятилетнего периода наблюдалось достоверное снижение средней объемной скорости экспираторного потока в интервале от 25% до 75% ФЖЕЛ ($МОС_{25-75}$) в сравнении с исходным значением показателя. У представителей основных профессий снижение отмечалось ФЖЕЛ, ОФВ₁ и $МОС_{25-75}$.

При сравнительном исследовании между группами шахтеров пылевых и вспомогательных производств более высокая скорость снижения этих показателей наблюдалась у работающих в условиях высокой концентрации помаэрозоля в сравнении с работающими в условиях умеренной и низкой концентрации. Так, ОФВ₁ у представителей основных профессий снижался в среднем на 87 ± 14 мл в год, тогда как у работников вспомогательных профессий среднегодовое снижение ОФВ₁ составило $51 \pm 8,6$ мл ($p < 0,05$).

Таким образом, при выполнении спирометрии, используемой в программе периодических медицинских осмотров, обнаружено снижение вентиляционных показателей у 35,2% обследованных, тогда как при выяснении анамнеза только 28,1% шахтеров отмечали наличие хронического кашля. Проведение спирометрии позволяет выявить значительно более высокую распространенность хронического бронхита у шахтеров, чем использование данных анамнеза.

Среднегодовое снижение объема форсированного выдоха за секунду при хроническом бронхите у работников основных профессий угледобывающей промышленности в 1,7 раза выше, чем у работников вспомогательных профессий. Изучение показателей спирометрии при проведении периодических медицинских осмотров позволяет выявить динамику изменений вентиляционной функции легких у работников различных производств. Наиболее динамичными из параметров спирометрии являются ФЖЕЛ, ОФВ₁ и МОС₂₅₋₇₅ у работников основных и вспомогательных профессий угледобывающей промышленности.

Смирнова Л.В., Дунаева М.П., Гребенникова В.В., Белошапкина А.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
ГАУЗ КО ЛКГБ №1 (детская поликлиника №2)
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА «АРТРОМОТ»

Роботизированная механотерапия позволяет максимально повысить эффективность комплексных программ реабилитации. В нашем исследовании мы применяли локомоторные тренировки на аппаратном комплексе Artromot.

Цель исследования. Определить оптимальное количество тренировок на аппарате Артромот для более быстрого восстановления подвижности суставов и ускоренного лечения с хорошими функциональными результатами у детей с двигательными расстройствами разной локализации.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 30 детей с двигательными расстройствами (10,7±2,26 лет), разделенных на 2 группы. В I группе (n=20) - применялся Artromot-R- K2 PRO CHIP для колена и суставов бедра, во II (n=10) - для суставов руки и пальцев Artromot-R -F-у 2-х детей, для сустава запястья Artromot-R-H-у 5 детей, для сустава плеча Artromot-R- S3- 2 детям. Курс лечения составлял 10 сеансов. Для оценки неврологического статуса использовали шкалу степени тяжести спастического пареза и шкалу для оценки мышечной спастичности (шкалы НИИ неврологии РАМН. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Тканева Г.Р., 1982 г.), силу в кистях рук оценивали динамометром. Эффективность оценивалась по восстановлению функциональной активности, по уменьшению количества баллов оценки спастичности, по увеличению силы в кистях рук на 10-й день терапии и через 6 мес.

Результаты исследования. У всех детей отмечалось увеличение объема движений в пораженных конечностях. В I группе степень выраженности парезов на 10 день уменьшилась с 3,45 баллов до 2,53 (p=0,025); через 6 мес. она составила 2,78 баллов. Степень спастичности на 10 день уменьшилась на 0,44 балла; через 6 мес. разница была на 0,39 балла (по сравнению с исходными p>0,05).

Во II группе сила в руках достоверно увеличилась на 10 день: слева с 3,67 кг исходно до 5,09 кг (более чем в 1,4 раза); справа с 5,91 до 9,63 кг (почти в 1,6 раза). Через 6 мес. также отмечено увеличение силы в кисти, но весьма незначительное (p>0,05). Но также результаты с правой кисти лучше, чем с левой: справа до 6,32 кг, слева - до 3,72.

Выводы.

Двигательная терапия с использованием аппарата Artromot эффективна для восстановления подвижности суставов и получения хороших функциональных результатов. Оптимальное количество тренировок составляет 10. Роботизированную механотерапию для суставов руки и пальцев необходимо повторять через 6 мес.

Сычева С.В., Кирилович Е.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
г. Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ БАКТЕРИЙ РОДА ENTEROCOCCUS ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Наряду с абсолютными патогенами в возникновении воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) важную роль могут играть условно-патогенные микроорганизмы, нередко приобретающие более агрессивные свойства. Например, частота выделения энтерококков при ВЗПО у женщин в различных возрастных группах варьируется от 10-25%.

Цель исследования. Анализ выявляемости бактерий рода *Enterococcus* при обследовании пациенток с неспецифическими ВЗПО.

Материалы и методы исследования. Проведен бактериологический анализ вагинальных и цервикальных мазков от пациенток поликлиники и стационара областной больницы, в том числе анализ выявляемости бактерий рода *Enterococcus* за 2017 год. Всего исследовано 1039 образцов биоматериала: вагинальных и цервикальных мазков у пациенток стационара (гинекологическое отделение) - 394, у пациенток поликлиники - 391, у детей с патологией мочевыводящих путей - 254.

Исследования проводились в соответствии с приказом N 535 МЗ СССР от 22 апреля 1985 г. «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в КДЛ ЛПУ». Определение чувствительности к антибактериальным препаратам проводилось диско-диффузионным методом, в соответствии с Методическими указаниями МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам».

Результаты исследования. При исследовании биоматериала выявляемость бактерий рода *Enterococcus* составила 36,2% [95% ДИ = 33,26 - 39,19], из них 8,5% [95% ДИ = 6,85 - 10,33] в количестве 10^5 и более колонии образующих единиц (КОЕ). Отмечены различия в частоте выделения энтерококков у пациенток поликлиники и стационара. Наиболее высокая частота выявляемости энтерококков наблюдалась у пациенток стационара - 47,7% [95% ДИ = 42,69 - 52,78], из них 12,4% [95% ДИ = 9,34 - 16,11] в количестве 105 КОЕ и более и у детей с патологией мочевыводящих путей - 32,3% [95% ДИ = 26,57 - 38,41], из них 7,9% [95% ДИ = 4,88 - 11,9] в количестве 10^5 КОЕ и более. Более низкая выявляемость была отмечена у пациенток поликлиники - 27,1% [95% ДИ = 22,76 - 31,81], из них 4,8% [95% ДИ = 2,95 - 7,48] в количестве 10^5 КОЕ и более.

При идентификации энтерококков в 89 % случаев выделялся *E. faecalis*, 5% - *E. faecium* и 6% другие представители рода *Enterococcus*. Различий по данным показателям между пациентками стационара и поликлиники не выявлено.

Отмечено, что энтерококки в количестве 105 КОЕ и больше чаще выделялись в монокультуре или в ассоциации с бактериями семейства *Enterobacteriaceae*, при этом в концентрации менее 10^5 КОЕ, чаще выделялись в ассоциации с лактобактериями и неплазмокоагулирующими стафилококками.

Все штаммы бактерий рода *Enterococcus* были чувствительны к ванкомицину и фурадонину. Более низкая чувствительность штаммов *E. faecalis* была отмечена к ципрофлоксацину - 89%, гентамицину - 77%. Штаммы *E. faecium* были в 100% случаев резистентные к ампицилину, гентамицину и ципрофлоксацину.

Выводы.

При ВЗПО на долю бактерий рода *Enterococcus* приходится 36,2%, что указывает на их этиологическую значимость. Наиболее высокий показатель выявляемости энтерококков отмечался при обследовании пациенток стационара.

Низкая чувствительность бактерий рода *Enterococcus* была отмечена к ципрофлоксацину, гентамицину.

Тешабаева Ш.М.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИНАМИКИ РОЖДАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

В современном мире на многие процессы общественно-политической и социально-экономической жизни демографическая ситуация оказывает серьезное влияние, которые являются одним из важнейших факторов формирования здоровья населения.

Рождаемость как демографическое событие находится в прямой зависимости от исторических особенностей социально-экономического и политического развития республики.

Методы исследования. Проводилось сплошное ретроспективное исследование населения республики Узбекистан методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных таблиц Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике).

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что за период 1991-2015 гг. население Узбекистана увеличилось на 10,4 млн. человек со средним ежегодным приростом 1,7% и на начало 2015 г. составило 31 млн. 22,5 тыс. человек.

Вместе с тем, динамика роста численности населения в Узбекистане за этот период претерпела ряд существенных изменений. Так, за период 1991-2005 гг. наблюдалось резкое сокращение как абсолютных, так и относительных показателей прироста численности населения. Среднегодовой прирост населения республики сократился с 2,2% до 1,2%, в абсолютных показателях - с 562,9 до 291,3 тыс. человек. Естественный прирост населения (прирост за счет показателей рождаемости и смертности без учета миграции) сократился с 28 до 16,1 человек в расчете на 1 тыс. населения.

Со второй половины 2000-х годов к настоящему времени, Узбекистан приблизился к уровню оптимального населения с ежегодным приростом 1,2-1,6%, что, по мнению ученых-демографов, считается нормой для поддержания оптимальной демографической ситуации.

Заметные изменения произошли в динамике численности городского и сельского населения: до 2005 года прирост численности городского населения сокращался более быстрыми темпами, чем сельского за счет двух основных факторов - сокращения рождаемости в городских семьях и увеличения миграционного оттока городского населения за рубеж.

В сельской местности рождаемость оставалась относительно высокой (более чем в 2 раза выше, чем в городе). В результате, доля городского населения в общей его численности сократилась с 40,3% в 1991 г. до 36,3% в 2005 г.

Далее в результате регулирования процессов рождаемости и миграции, а также административно-территориальных преобразований (в 2009 году около 1 тысячи сельских населенных пунктов были преобразованы в городские поселения), наблюдалось увеличение прироста городского населения. На 1 января 2015 год доля городского населения в общей его численности составляет 50,8%.

Общий коэффициент рождаемости в 2015 г. составил 23,3 промилле. По сравнению с другими странами Средней Азии, исторически схожими по культуре, обычаям, вероисповеданию, менталитету коренных народов, Узбекистан занимает среднюю позицию между относительно низким показателем Туркменистана - 19,0 и высоким значением Таджикистана - 27,0 промилле.

Титова А.Н.

ГБУЗ КО ЛК «Городская инфекционная больница»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА «РОТА-СТИК» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Актуальность проблемы. Инфекционные диареи остаются актуальной проблемой в современном мире. По данным эпидемиологических исследований, в настоящее время среди этиологических агентов острых кишечных инфекций (ОКИ) преобладают вирусы. Наиболее часто возбудителем вирусной диареи выступают вирусы рода Rotavirus (до 40% ОКИ). На территориях, где не применяются ротавирусные вакцины, ротавирусы являются наиболее распространенной причиной диарейных заболеваний у детей до 5 лет. При этом ротавирусной инфекцией (РВИ) к 5 годам жизни болеют до 95% детей. Ротавирусы вызывают тяжелые диареи у пожилых лиц и лиц с ослабленным иммунитетом, а также около 25% случаев «диареи путешественников». Кроме этого, ротавирусы достаточно стабильны в окружающей среде, что обуславливает их высокую контагиозность и способность формировать вспышки ОКИ в закрытых коллективах, в том числе нозокомиальные заболевания. Таким образом, этиологическая верификация вирусных кишечных инфекций является необходимым звеном в лабораторной диагностике ОКИ.

Цель исследования. Провести анализ выявляемости ротавирусов в динамике за 5 лет (2013-2017гг.). Обосновать целесообразность применения тестов экспресс-диагностики ОКИ.

Материалы и методы исследования. Лабораторная диагностика РВИ проводится в соответствии с МУ 3.1.1.2957-11 «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции». Иммунохроматографические экспресс-тесты разрешены к использованию для диагностики РВИ у пациентов с ОКИ. Именно для их диагностики в нашей лаборатории используется тест-система «Рота-Стик» для одноэтапного экспресс-определения антигена ротавируса в биологическом материале человека (NovaMedLtd., Израиль). В качестве материала используем фекалии человека. Важно, что результат анализа известен через 10 минут после постановки теста. Исследованию на ротавирусы подлежит материал от пациентов детского и взрослого инфекционного стационара ГБУЗ КО ЛК «ГИБ». За изучаемый период было исследовано 3583 пробы (2013г. - 817; 2014г. - 753; 2015г. - 680; 2016г. - 738; 2017г. - 595), из них количество положительных проб - 1485 (2013г. - 348; 2014г. - 299; 2015г. - 242; 2016г. - 307; 2017г. - 289). Выявляемость ротавирусов в динамике за 5 лет находилась на высоком уровне и составила в среднем 41,4% (2013г. - 42,3%; 2014г. - 39,7%; 2015г. - 35,6%; 2016г. - 41,2%; 2017г. - 48,6%).

Показатели заболеваемости ОКИ на территории г.Ленинска-Кузнецкого, г.Полысаево, Ленинск-Кузнецкого района (абс.): 2013г. - 1056; 2014г. - 987; 2015г.- 883; 2016г. - 887; 2017г. - 884. В структуре ОКИ доля РВИ в динамике лет составила: 2013г. - 33%; 2014г. - 30,1%; 2015г. - 27,4%; 2016г. - 34,6%; 2017г. - 27,0%. Важным показателем оценки качества лабораторной диагностики инфекционной заболеваемости является процент расшифровки ОКИ. В динамике за исследуемый период процент расшифровки ОКИ на обслуживаемой территории следующий: 2013г. - 63,7%; 2014г. - 66%; 2015г. - 64,2%; 2016г. - 72,3%; 2017г. - 64,4%.

Выводы.

Учитывая высокую чувствительность и специфичность используемых экспресс-тестов, хорошую выявляемость ротавирусов, большой вклад в расшифровку ОКИ, широкое применение тестов экспресс-диагностики вирусных диарей является приоритетным в условиях инфекционного стационара, в том числе для ускоренного подтверждения диагноза РВИ.

Титова А.Н.

ГАУЗ КО ЛК «Городская инфекционная больница»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

К ВОПРОСУ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ НА ТЕРРИТОРИИ Г.ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО, ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКОГО РАЙОНА И Г.ПОЛЫСАЕВО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время распространенность сальмонеллезов в мире, в том числе в экономически развитых странах, обусловлена рядом факторов, таких как централизация и интенсивность процессов производства продуктов питания, увеличение сроков их хранения и реализации, развитие сети общественного питания, технологией производства яиц и мяса курицы. В процессы миграции сальмонелл также вносит вклад носительство этого возбудителя у других сельскохозяйственных животных и птиц, кошек, собак, синантропных, диких грызунов и птиц (мыши, крысы, голуби, воробьи), хладнокровных (рыбы, лягушки, черепахи) и низших животных (устрицы, мидии, мухи, клещи, тараканы).

Заболеваемость сальмонеллезами в России в динамике 2013-2017гг. составила около 25-30 случаев на 100 тыс. населения. В организации эпидемиологического надзора за сальмонеллами определяющее значение имеют бактериологические исследования, именно на их результатах основан учет и регистрация заболеваемости сальмонеллезами.

Цель исследования. Изучить выявляемость, высеваемость, антигенную структуру сальмонелл, выделенных на изучаемой территории в динамике 2013-2017 гг.

Материалы и методы исследования. В соответствии с «МУ по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями» (МЗ СССР 17.12.1984 N 04-723/3); МУ 4.2.2723-10 «Лабораторная диагностика сальмонеллезов, обнаружение сальмонелл в пищевых продуктах и объектах окружающей среды» было проведено бактериологическое исследование 15464 проб фекалий (2013-2017 гг.). Серологическая идентификация выделенных культур сальмонелл выполнена по схеме Кауфмана-Уайта (2007г.) с использованием коммерческих диагностических сывороток.

Результаты исследования. В динамике лет показатели выявляемости сальмонелл на изучаемой территории превышают среднеобластные показатели. Всего обследовано 13120 человек, из них с положительным результатом 540 случаев.

Показатели выявляемости по годам: 2013 г. - 3,9%; 2014 г. - 3,8%; 2015 г. - 4,6%; 2016 г. - 4,1%; 2017 г. - 4,4%; средние по области: 2013 г. - 1,1%; 2014 г. - 1,0%; 2015 г. - 1,2%; 2016 г. - 0,9%; 2017 г. - нет данных.

Всего выполнено 15464 исследования, выделено 1137 культур сальмонелл. Наблюдается высокий уровень высеваемости сальмонелл в динамике лет: 2013г. - 6,2%; 2014 г. - 7,3%; 2015 г. - 8,7%; 2016 г. - 7,1%; 2017 г. - 7,8%. В структуре выделенных сальмонелл лидируют сальмонеллы Group O:9 (D1) серовар *Salmonella Enteritidis* (85,8%- 89,8%). Количество сальмонелл Group O:4 (B) (*Salmonella Typhimurium*, *Salmonella Heidelberg*) варьирует от 9,4% в 2013 г.; 10,6% - 2014 г.; 7,1% - 2015 г. и уменьшается до 4,5% и 0,5% в 2016 г. и 2017 г. соответственно (в 18,8 раза).

Выявлено увеличение доли сальмонелл Group O:8 (C2-3) (*Salmonella Manhattan*, *Salmonella Bovismorbificans*) в 3,4 раза: с 2,8% в 2013 г. до 9,5% в 2017 г. (2,3% - 2015 г.; 5,8% - 2016 г.). Увеличение доли сальмонелл Group O:7 (C1) (*Salmonella Virchow*, *Salmonella Montevideo*) в 2,1 раза в 2017 г. (4,2%) по отношению к 2014 г. (2,0%).

Выводы.

Таким образом, основным возбудителем сальмонеллезов на изучаемой территории выступает *Salmonella Enteritidis*. В динамике лет наблюдается смена сероваров сальмонелл Group O:4 (B) (*Salmonella Typhimurium*) на серовары Group O:7 (C1) и Group O:8 (C2-3).

Тиунова М.И.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ У РАБОТАЮЩИХ В ПОДЗЕМНЫХ УСЛОВИЯ ТРУДА

В Российской Федерации значительные усилия государства направлены на решение вопросов сохранения здоровья, профессионального долголетия трудоспособного населения и обеспечения безопасных условий труда.

Интенсивное развитие горнорудной промышленности неразрывно связано с увеличением добычи полезных ископаемых, вовлечением в трудовой процесс молодых работников. Следствием действия неблагоприятных факторов являются поражения различных органов и систем. Риск здоровью работникам, занятых на подземных работах, обусловлен влиянием комплекса производственных факторов (изоляция от земной поверхности, специфичный охлаждающий микроклимат, измененный газовый состав воздуха, своеобразное барометрическое давление, повышенный радиоактивный фон, значительная запыленность рудничного воздуха, шум, вибрация, пониженная освещенность), что определяет необходимость осуществления первичных медико-профилактических мероприятий. В этой связи актуальным является оценка условий труда у горнорабочих и оценка риска развития производственно обусловленных заболеваний у шахтеров. Это позволит разработать научно обоснованные рекомендации для применения адресных мер по управлению риском здоровью и оценить их эффективность.

Группу наблюдения составили 88 горнорабочих. Средний возраст работников группы наблюдения составил $43,7 \pm 8,5$ года, средний стаж $19,6 \pm 6,1$ лет. Группу сравнения - 47 работников, не контактирующих с вредными производственными факторами. Средний возраст работников группы сравнения составляет $38,9 \pm 8,4$ года, средний стаж $10,3 \pm 4,7$ лет. Выполнен анализ первичной медицинской документации за 2015-2017 гг., результатов специальной оценки условий труда рабочих мест (СОУТ), результатов углубленного обследования.

На работников группы наблюдения воздействуют производственный шум, вибрация общая и локальная, химический фактор, тяжесть трудового процесса. Основными производственными факторами химической природы, воздействующими на организм работников, являются углеводороды алифатические C1-C10 (в пересчете на C), диХром триоксид, азота оксиды, углерода оксиды. Концентрация химических веществ на рабочих местах не превышает предельно-допустимых значений. Априорный профессиональный риск для работников группы наблюдения классифицируется от высокого до очень высокого.

Особое внимание заслуживает вопрос распространенности болезней органов дыхания у шахтеров. Признаков пневмокониотического поражения легких при клинко-рентгенологическом обследовании не было обнаружено ни в одном случае. Имеется онкологическая настороженность, однако оценка производственной обусловленности онкологических заболеваний (подозрение по результатам периодического медицинского осмотра) до заключения из онкодиспансера проводилась. Установлена высокая степень производственной обусловленности артериальной гипертензии и атеросклеротических нарушений, болезней органов слуха, эндокринных болезней и атрофических и гипертрофических ринитов и ринофарингитов у рабочих основных профессий.

Полученные данные определяют дальнейшие задачи по разработке критериев формирования диспансерных групп работающих в подземных условиях труда, определяют пути идентификации основных патогенетических механизмов, направления разработки углубленных диагностических обследований и принципов индивидуализированной профилактики.

Турдиев Ш.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Исторический процесс возникновения и развития городских и сельских поселений определяется характером, уровнем развития и географией размещения производственных сил. А сама структура расселения и динамика роста городского и сельского населения зависит от темпов развития производительных сил, характера естественного и механического движения населения. Кроме того, численность городского и сельского населения зависит от преобразования сельских населенных пунктов в городские и т.д..

Методы исследования. Проводилось сплошное ретроспективное исследование населения республики Узбекистан методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных таблиц Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике).

Результаты исследования и их обсуждение. Основная часть населения нашей республики проживает в сельских местностях. В Узбекистане за XX- столетие произошли большие сдвиги в области демографической ситуации. В данный период соотношение между городским и сельским населением в нашей республике постепенно менялось в сторону увеличения численности городского населения.

Например, за 20 лет (1939-1959 гг.) удельный вес городского населения увеличился на 10,6%, составив в 1959 году 33,6% вместо 23,0% в 1939 году. С 1959 до 1979 года этот показатель увеличился на 7,7%. Однако за последние десятилетия, с 1979 до 1989 гг. и с 1989 до 2000 гг., удельный вес городского населения уменьшился соответственно на 0,3 и 4,0% за счет отрицательного миграционного сальдо механического движения (табл.1).

Таблица 1

**Численность городского и сельского населения Узбекистана
(тыс. человек)**

Год	Таблица +артешил тўли	А олг +артешил		Осалди оле салди (%)	
		А олг +артешил	А олг +артешил	А олг +артешил	А олг +артешил
1897*	3948	743	3205	18,8	81,2
1914*	7147	1203	5944	16,8	83,0
1926*	4660	1013	3647	22,0	78,0
1939*	6440	1488	4952	23,0	77,0
1959*	8119	2729	5390	33,6	66,4
1970*	11800	4321	7479	36,6	63,4
1979**	15391	6347	9044	41,3	58,7
1989**	19805	8111	11794	41,0	59,0
2000**	24650	9195	15455	37,0	63,0
2016**	32120	16251	15869	50,6	49,4

Примечание:

* Народное хозяйство Узбекской ССР в 1971 году, стр. 8.

** Составлен по данным Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике.

Абсолютная разница между городским и сельским населением составляла с превышением сельского населения в 1914 г. - 4742 тыс. человек; в 1926 г. - 2634; в 1939 г. - 3664; в 1959 г. - 2661; в 1965 г. - 3034; в 1970 г. - 3158; в 1979 г. - 2697; в 1989 г. - 3683; в 2000г. - 6260; однако, наоборот 2016 г. - городское население на 382 больше, чем сельских жителей. Очевидно, различные темпы воспроизводства населения в сельских и городских

**Клинические аспекты
терапии и педиатрии**

поселениях, а также степень урбанизации предопределили разницу в численности городского и сельского населения Узбекистана. Это хорошо видно на таком примере. За счет естественного прироста численность сельских жителей увеличилась за 11 лет (1959-1970 гг.) примерно на 2500 тыс. человек, а с учетом механического движения населения по городским и сельским местностям республики. Региональной особенностью в темпах прироста всего населения Узбекистана является их устойчивость в период с 1897 по 1926 г., после чего наблюдаются резкое колебание. При этом среднегодовые темпы прироста городского и сельского населения колеблются по периодам.

Как видим, наиболее значительные темпы роста численности городского населения наблюдались с 1959 г. до 1979 г. (табл. 2).

Таблица 2

Среднегодовой темп прироста населения Узбекистана с 1897 по 2016 гг.

Ҳаёт	Ҳаёт	% аҳолининг ўсиши	
		аҳолининг умумий санои	аҳолининг қишлоқ санои
1897 - 1926	0,8	1,1	0,7
1926 - 1939	2,5	3,0	2,4
1939 - 1959	1,3	3,1	0,5
1959 - 1970	3,4	4,2	3,0
1970 - 1979	3,0	4,5	2,1
1979 - 1989	2,5	2,8	3,0
1989 - 2000	2,4	1,3	3,1
2000 - 2016	1,3	1,8	1,0

Особенности формирования городского и сельского населения в целом по республике характерны для каждой области отдельно.

Закономерное увеличение численности и удельного веса городского населения - результат индустриализации республики с различными темпами размещения не сельскохозяйственных отраслей народного хозяйства в разрезе отдельных областей республики.

В период между переписями населения (1959-1970 гг.) число жителей нашей республики увеличилось на 3681 тыс. человек и насчитывалось 11800 тыс. человек. Процесс роста народонаселения происходил во всех областях республики. Причем, как это уже отмечалось, по городам и сельским местностям такое увеличение происходило непропорционально. Если городское население возросло почти на 59%, то сельское - на 38%.

Увеличение численности городского населения происходило за счет естественного прироста, составившего за 11 лет 844 тыс. человек, за счет преобразования сельских населенных пунктов с населением 249 тыс. человек в городские населенные пункты и в результаты миграции 510 тыс. человек. С 1970 по 1979 гг. население увеличилось на 3591 тыс. человек и составило 15391 тыс. человек. Городское население возросло на 47,0%, а сельское - на - 29,9%. С 1979 по 1989 гг. население увеличилось на 4514 тыс. человек и достигло на 19905 тыс. человек. Городское население возросло на 27,8%, а сельское на - 30,4%. С 1989 по 2000 гг. население увеличилось на 4745 тыс. человек и достигло 24650 тыс. человек. Городское население и сельское население возросло соответственно на 13,3% и 31,0%. В настоящее время с 2000 г. по 2016 г. население увеличилось на 7470 тыс. человек и достигло 32120 тыс. человек. Городское население и сельское население возросло соответственно на 5,7% и 2,6%.

В результате административно-территориальных преобразований (в 2009 году около 1 тысячи сельских населенных пунктов были преобразованы в городские поселения), наблюдалось увеличение прироста городского населения. На 1 января 2016 год доля городского населения в общей его численности составляет 50,6%.

Турдиев Ш.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

ДИНАМИКА УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Важнейшей составляющей демографической ситуации и демографического развития страны является уровень смертности. Однако во второй половине 90-х годов и в последующие годы проявилась четкая тенденция снижения, что отразилось на динамике как абсолютных, так и относительных показателей. За последние 25 лет количество умерших в Узбекистане уменьшилось на 9,2%, а общий коэффициент смертности сократился с 6,6 до 5,3%. Начиная с середины 90-х годов, снижение смертности происходит практически во всех возрастных группах населения. Так, в возрасте 30-34 лет он уменьшился с 2,14 до 1,78 промилле, 45-49 лет - с 7,40 до 5,04 промилле, 55-59 лет - с 16,06 до 14,0 промилле. Сократилась также смертность населения трудоспособного возраста: с 3,2 промилле в 1996 году до 1,8 промилле в 2015 году. Эта тенденция особенно заметно обозначилась среди мужчин (снижение с 4,0 до 3,3 промилле) при относительной стабилизации этого показателя у женщин трудоспособного возраста в пределах 1,7-1,8 промилле. Узбекистан в этом отношении не составляет исключения, хотя гендерный разрыв здесь меньше, чем во многих странах и имеет тенденцию к уменьшению. Намечилась тенденция некоторого ускорения роста ожидаемой продолжительности жизни мужчин. За 1991-2015 годы у мужчин она увеличилась с 66,1 до 69,4 года, у женщин - с 72,4 до 73,8 года. В то же время, по этому показателю Узбекистан значительно отстает от более развитых стран. В Чехии, например, она находится на уровне 75 лет, в Австрии - 78,3 лет, в республиках Закавказья и Прибалтики - 71-72 года.

Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения, на которые приходится более половины всех умерших (54,7% против 41,7% в 1991 году). Сохраняется относительно высокой также смертность от болезней органов дыхания (9,3% всех умерших) и новообразований (7,1%), а также от инфекционных, паразитарных заболеваний и от внешних причин. После 1991 года заметно увеличился стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения - с 259,3 случаев на 100 тысяч населения до 289,7 на 100 тысяч, в то время как коэффициент смертности от новообразований снизился с 53,6 до 37,4, то есть в 1,5 раза.

Несмотря на позитивную динамику уровня смертности населения, в Узбекистане в этой сфере имеется немало проблем. Среди них - сохранение относительно высокой смертности от устранимых причин, в том числе в трудоспособных возрастах.

Особенно заметное снижение возрастных коэффициентов смертности произошло во всех детских контингентах: в возрасте 0-4 лет - с 6,26 до 5,39 промилле, до 1 года (младенческая смертность) - с 28,2 до 16,4 промилле. В настоящее время это самый низкий коэффициент младенческой смертности во всем Центральном азиатском регионе. Однако, несмотря на значительную позитивную динамику, уровень младенческой смертности остается достаточно высоким, в сравнении с наиболее развитыми странами мира.

На уровень смертности населения негативно влияют сложности переходного периода. Сокращение бесплатного медицинского обслуживания, несбалансированность цен на лекарства и стоимости медицинских услуг со среднемесячной заработной платой особенно заметно сказываются на состоянии здоровья и уровне смертности малообеспеченных слоев населения, пожилых людей, одиноких пенсионеров и т.д. Приведенные выше данные свидетельствуют о достаточно скромных успехах Узбекистана в увеличении ожидаемой продолжительности жизни. Тем не менее, немалым социально-демографическим достижением республики является то, что в сложных условиях переходного периода здесь имеет место не ухудшение, а стабилизация и даже некоторый рост средней продолжительности жизни населения, являющейся достаточно важным показателем качественного развития населения.

Турдиев.Ш.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и в первую очередь - ишемическая болезнь сердца (ИБС) бесспорно были и продолжают оставаться во всем мире одной из важнейших проблем здравоохранения, несмотря на современные достижения медицинской науки, постоянно расширяющийся арсенал средств и возможностей борьбы с данной патологией.

Рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний объясняется, в первую очередь, увеличением доли лиц преклонного возраста, усилением нервно-эмоциональной напряженности, недостаточной физической активностью, сидячим образом жизни населения, его нерациональным питанием, злоупотреблением алкоголем и курением.

Уровень и динамику смертности от сердечно-сосудистых заболеваний определяют 2 основные группы болезней - ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, в основе которых лежит артериальная гипертензия составляющие 70-85% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время накоплены многочисленные доказательства того, что основными факторами риска, определяющими как показатели смертности от ССЗ, так и их динамику, являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и курение.

При этом распространенность ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (АГ) в разных странах значительно варьирует. Так, в США, в странах Западной Европы, в Австралии и Японии за последние 25 лет наметилась тенденция к снижению частоты инфарктов миокарда и инсультов. В странах Восточной Европы, в Российской Федерации и республиках СНГ смертность от ИБС сохраняется на высоком уровне. Результаты многочисленных популяционных исследований, проведенных в различных регионах мира за последние 25 лет, позволили сформулировать представление о факторах риска (ФР), у пациентов с ИБС ожирение встречалось в 62% случаев, АГ - в 58%, ГХС - в 54% и сахарный диабет 2 типа - в 32% случаев. При наличии одного из ведущих распространенных ФР является артериальная гипертензия, частота которой в возрасте после 40 лет достигает 53%, гиперлипидемии, курения, сахарного диабета - заболеваемость невелика, но при их сочетаниях риск развития ИБС возрастает в 7-18 раз. Ожирение, сидячий образ жизни и эмоциональные стрессы относят к потенциально модифицируемым, а возраст и пол - к немодифицируемым ФР.

Отмечаются существующие различия в показателях смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и прежде всего от ИБС, связаны с особенностями образа жизни населения, с характером экзогенных факторов в той или иной стране. О преимущественном влиянии условий окружающей среды, образа жизни населения свидетельствует тот факт, что среди лиц, переехавших из страны с низкой распространенностью ИБС в страну с высокой ее распространенностью, вскоре увеличивается частота этой патологии среди этого контингента.

В решение данной проблемы огромное значение приобретают социальные вопросы. Реализация концепции борьбы с факторами риска и распространение в популяции здорового образа жизни за последние 25 лет привели в развитых странах, по данным экспертов, к «снижению смертности» от нарушения мозгового кровообращения и ишемической болезни сердца (ИБС) почти на 50%.

Неблагоприятная ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях социально-экономических трудностей, возрастает роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ИБС требуют активизации совместных усилий кардиологов, медицинских психологов и организаторов в изучении факторов риска заболеваемости ИБС.

Турдиев Ш.М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Фергана, Узбекистан

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ДЕТЕЙ

Повышенное артериальное давление стало проблемой и для педиатра. Процент случаев артериальной гипертензии среди школьников довольно высок (5-8%). Первичная артериальная гипертензия встречается в 75-85% всех случаев повышенного артериального давления в детском возрасте.

Этиология первичной артериальной гипертензии еще не уточнена, но до сих пор раскрыт ряд патогенетических механизмов и факторов риска. Допускается зависимость от многих факторов: генетического фактора (66-72%), нервно-психического перенапряжения, избыточной массы тела, гиподинамии, переедания и повышенного вноса соли с пищей. Наиболее приемлемой теорией следует считать теорию нарушения регуляции коры головного мозга с его последствием - повышением тонуса артериол. К транзиторным прессорным реакциям дополнительно подключаются вторичные механизмы - почки, эндокринная система, которые играют роль в продолжительном повышении сосудистого тонуса.

Общее состояние и физическое развитие детей является хорошим. Избыток массы и ожирение устанавливают приблизительно в 33% случаев. Отмечаются влажные ладони, красный дермографизм, живые сухожильные и кожные рефлексы. Характерна подчеркнутая лабильность артериального давления и его умеренно повышенные величины. Высокое и стойкое давление, в особенности диастолическое, свойственно симптоматическим формам гипертензии.

Существует стадийность в развитии первичной гипертензии у детей с последовательным переходом через транзиторную, лабильную и стабильную стадию. Эволюция заболевания наступает медленно, изменения длительное время остаются преимущественно в функциональной стадии. Сосудистых осложнений церебрального или кардиального типа почти не встречается.

Из параклинических исследований важны изменения липидного обмена - наличие у детей гиперлипидемии приблизительно в 55% случаев. Диагностика основывается на профилированном анамнезе, направленном к факторам риска, жалобах на проявления со стороны вегетативной нервной системы и клинических данных. Необходим обязательный минимум исследований: картина крови, СОЭ, исследование мочи, урокультура, определение мочевины в крови, сахара в крови, ЭКГ, исследование глазного дна, липидный профиль. Изменения сосудов глазного дна носят обычно функциональный характер. Рентгенографические и ЭКГ данные, указывающие на нагрузку левого желудочка, встречаются в более поздних стадиях. С помощью эхокардиографического исследования можно более рано установить изменения структуры и функции левого желудочка. Речь идет о менее значительных и более быстро преходящих отклонениях давления при хорошем общем состоянии с наличием факторов риска развития гипертонической болезни. Принято считать, что часть таких детей являются будущими гипертониками.

Профилактикой артериальной гипертензии у детей являются общеукрепляющие мероприятия, регулирование дневного двигательного режима и питания являются чрезвычайно важными. Подходящим является спорт не состязательного характера (плавание, туризм).

Рекомендуется умеренное ограничение приема жидкости и внос солей с пищей. В некоторых случаях уменьшение избыточной массы тела ведет к регулированию сосудистого тонуса и снижению артериального давления без применения других лечебных средств.

Федорович М.А., Агафонова Н.В., Конев С.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск Кузнецкий, Россия

МСКТ - АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одним из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. Ежегодно в мире регистрируется 35-40 случаев ТЭЛА на 100000 населения. Среди пациентов с ТЭЛА до 80% приходится на долю терапевтических больных, преимущественно с сердечно-сосудистой патологией, и около 20% пациентов хирургического профиля, преимущественно травматологического. В структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний ТЭЛА занимает 3-е место после инфаркта миокарда и инсульта. 0,1% населения ежегодно погибает от ТЭЛА. Прижизненная диагностика ТЭЛА осуществляется у 25-30% больных, а в остальных случаях остается нераспознанной. Летальность без патогенетической терапии составляет 40-70%, а при своевременной адекватной терапии варьирует в пределах 2-8%. Поэтому вопросы совершенствования диагностики и лечения ТЭЛА является актуальными.

Причиной ТЭЛА до 85% случаев является тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Источником тромбоемболов, в большинстве случаев, является бассейн нижней полой вены, чаще илио-кавальный сегмент и проксимальные отделы вен нижних конечностей, реже правые отделы сердца и верхняя полая вена (в результате постановки венозных катетеров). Наиболее опасными для развития ТЭЛА являются «флотирующие тромбы», имеющие точку фиксации в дистальном отделе венозного русла, остальная его часть расположена свободно и на всем протяжении не связана со стенками вены. «Флотирующий тромб» обычно формируется в венах меньшего калибра, и процесс тромбообразования распространяется проксимально в более крупные вены. Оторвавшийся тромб, (тромбоембол), с током крови заносится в правые отделы сердца, откуда попадает в систему легочной артерии.

Цель исследования. Улучшить качество своевременной диагностики ТЭЛА методом МСКТ-ангиопульмонографии.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано за период 2016-2017 г. методом МСКТ-ангиопульмонографии 79 пациентов с подозрением на ТЭЛА. Из числа обследуемых 65 пациентов были терапевтического профиля, что составило 82%. Преобладали больные с патологией сердечно-сосудистой системы, с диагнозами: ИБС, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, ХСН - 52 пациента. Пациенты неврологического отделения с нарушениями мозгового кровообращения - 5 пациентов, и отделения пульмонологии с диагнозами Бронхиальная астма, ХОБЛ - 10 пациентов. Пациентов хирургического профиля было 14 человек, что составило 17% от общего числа обследуемых, с переломами костей нижних конечностей - 2 пациента, после эндопротезирования тазобедренных суставов - 3 пациента и коленных суставов - 1 пациент. Количество мужчин - 43, женщин - 36. Возраст пациентов колебался от 19 до 85 лет, средний возраст - 59 лет ±3.

Исследования проводились на мультиспиральном компьютерном томографе General Electric-Light Speed Plus 4x срезом: Проводилось нативное исследование органов грудной клетки и МСКТ-ангиопульмонография с внутривенным болюсным введением неионных йодсодержащих контрастных препаратов: Омнипак 350 мг/мл, Оптирей 350 мг/мл, в количестве 100,0 мл посредством автоматического шприца-инъектора, со скоростью введения 3,0-3,5 мл/сек на 16 секунде, с толщиной среза 7,5 и 5 мм, с постпроцессинговой реконструкцией 2 мм, Mir.

Результаты исследования. При проведении КТ-ангиопульмонографии у 38 пациентов КТ-признаков ТЭЛА не выявлено, что составило 48% от общего количества исследуемых. У 41 пациента были выявлены КТ-признаки ТЭЛА различной степени выраженности и локализации. Острая массивная двусторонняя ТЭЛА с тромбозом центральных и долевых ветвей легочных артерий была выявлена у 10 пациентов, что составило 24,4% от числа

пациентов с тромбоэмболией. В легочных артериях определялись прямые признаки острой тромбоэмболии - центрально расположенные внутрисосудистые дефекты контрастирования, обтекаемые контрастным веществом, ствол и ветви легочных артерий расширены. Очаговых и инфильтративных изменений в легких не было выявлено, у 3 пациентов наблюдался двусторонний гидроторакс. Субмассивная подострая ТЭЛА, в виде пристеночных дефектов контрастирования долевых и сегментарных ветвей, было выявлено у 14 пациентов - 34,7%. Из них двустороннее поражение наблюдалось у 9 пациентов (64%), одностороннее поражение правого легкого у 4 пациентов (28,5%), левое легкое - у 1 пациента (7%), чаще поражались нижнедолевые артерии. У 6 пациентов в легких определялись разной степени выраженности инфильтративные изменения, чаще в правом легком, преобладало поражение нижних долей. Жидкость в плевральных полостях определялась у 6 пациентов, легочные артерии расширены. КТ-признаки хронической тромбоэмболии мелких ветвей легочных артерий были выявлены у 17 пациентов (41,5%). При этом дефектов контрастирования в легочных артериях не выявлялось, преобладали непрямые признаки хронической ТЭЛА - у всех 17 пациентов определялось снижение контрастирования мелких периферических ветвей в нижних долях легких, признаки пониженной перфузии легких, мозаичность легочного рисунка по типу «матового стекла». У 10 пациентов были выявлены субплевральные уплотнения в периферических отделах легких по типу «инфаркт-пневмония», у 7 пациентов определялась жидкость в плевральных полостях, гидроперикард у 2 пациентов, практически у всех определялись признаки хронической легочной гипертензии и хронического легочного сердца. Пациентам с острой и подострой, массивной и субмассивной тромбоэмболией было начато своевременное адекватное лечение, с последующей положительной КТ-динамикой через 48 часов: различной степени лизирование тромбов в легочных артериях, уменьшение площади и интенсивности инфильтратов в легких, уменьшение или разрешение гидроторакса и гидроперикарда, регресс тромбов в легочных артериях наблюдался при МСКТ-исследовании на 5 сутки.

Выводы.

МСКТ-ангиопульмонография в настоящее время является «золотым стандартом» в диагностике ТЭЛА.

МСКТ-ангиопульмонография позволяет неинвазивно и с высокой точностью выявить тромбоэмболию легочных артерий, определить точную локализацию, форму и распространенность тромбов и начать своевременное адекватное лечение, что существенно снижает летальность пациентов от данного осложнения.

Федосеева И.Ф., Полянцева Л.А., Галиева Г.Ю., Геворгян Г.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
г. Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА ТИП А/В У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ

Болезнь Ниманна-Пика - редкое прогрессирующее заболевание из группы лизосомных болезней накопления с аутосомно-рецессивным типом наследования. Распространенность типов А и В составляет 1:250000 новорожденных (Михайлова С.В., Захарова Е.Ю., Петрухин А.С., 2017 г.).

Цель исследования. Описание клинического случая орфанного заболевания (болезни Ниманна-Пика, сочетание типов А и В).

Представляет интерес клинический случай больной М., 2 лет, поступившей в отделение для детей с поражением ЦНС Кемеровской областной клинической больницы с жалобами на выраженную задержку психо-речевого и моторного развития, нарушение глотания, увеличение размеров живота, субфебрилитет. При пробуждении возникают генерализованные тонические судороги продолжительностью менее 1 мин. до 6 раз в сутки. Ребенок от второй беременности, первых срочных родов. Вес при рождении - 3570 г, оценка по шкале Апгар 9/9

Клинические аспекты терапии и педиатрии

баллов. На первом году жизни наблюдалась у невролога по поводу перинатальной патологии ЦНС. В возрасте 5-6 месяцев отмечали задержку моторного развития, увеличение размеров живота, слабость, субфебрилитет. Обследована в гематологическом отделении, установлен диагноз: болезнь Ниманна-Пика. Исследование крови в лаборатории наследственных болезней обмена веществ в г.Москва выявило снижение сфингомиелиназы. Болезнь Ниманна-Пика, тип А и В, подтверждена молекулярно-генетическими методами. У матери выявлена мутация, подтверждающая болезнь Ниманна-Пика, тип А в гетерозиготном состоянии, у отца - болезнь Ниманна-Пика, тип В в гетерозиготном состоянии. С 18 мес. у больной отмечали отрицательную динамику в виде снижения активности, ухудшения глотания, субфебрилитета, гепатоспленомегалии; появились вышеописанные судорожные приступы до 6 раз в сутки.

Неврологический статус в возрасте 2 лет: не удерживает голову, не сидит, не переворачивается, нет опоры на ноги. Мышечный тонус диффузно снижен. Диффузная гипотрофия мышц. Равномерная гипорефлексия. Гиперкинезы в конечностях. Сенсомоторная алалия. Эмоции примитивные. Ультразвуковое исследование брюшной полости выявило увеличение печени, диффузное изменение ее ткани; увеличение в размерах селезенки. Рентгенография легких выявила множественные мелкоочаговые тени. Биохимическое исследование крови показало признаки цитолиза (АСТ - 231 ЕД/л, АЛТ - 294 ЕД/л). По данным офтальмоскопии: частичная атрофия зрительного нерва. Симптом «вишневой косточки». При проведении ЭЭГ мониторинга сна эпилептиформная активность не зарегистрирована. В отделении проводилась метаболическая, ноотропная, противосудорожная терапия. На основании выявленной неврологической симптоматики в виде судорожного синдрома, синдрома пирамидно-мозжечковой недостаточности, соматической патологии (гепатоспленомегалия, множественное мелкоочаговое поражение легких), офтальмологических изменений, прогрессирующего течения заболевания, с учетом результатов молекулярно-генетического анализа, выставлен диагноз: Болезнь Ниманна-Пика тип А/В. Тетрапарез с формированием контрактур голеностопных и лучезапястных суставов, выраженный миотонический синдром, грубая задержка психомоторного и речевого развития, эпилептический синдром в сочетании с гиперкинетическим синдромом.

Выводы.

Болезнь Нимманна-Пика тип А/В в представленном случае характеризовалась дебютом на первом году жизни, неуклонным прогрессирующим поражением центральной нервной системы, легких, печени и селезенки, выраженной задержкой психомоторного развития.

Хайдарова Б.А., Машарипова С.О.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аллергический ринит (АР) - широко распространенное в большинстве стран заболевание. За последнее несколько десятилетий отмечается неуклонный рост числа больных, страдающих этой патологией. В структуре аллергических заболеваний удельный вес АР весьма высок (60-70%) /2,3/ от 1,4 до 40% детей.

Нами проведено клинико-эпидемиологическое обследование 350 школьников, в возрасте 7-8 лет и 530 - в возрасте 13-14 лет.

Среди школьников и их родителей распространялись специально разработанные анкеты.

О распространенности аллергического ринита судили по частоте чиханья, а зуд в носу, заложенности носа, слизистого отделяемого из нос.

При анализе анкет обнаружено, что у 12,5 детей в возрасте 7-8 лет и 17,6% в возрасте 13-14 ранее отмечались симптомы АР.

Между мальчиками и девочками статистически значимых различий не выявлены. Отмечено что признаки заболевания достоверно чаще наблюдались у возрастной группы, что свидетельствует

с одной стороны о гиподиагностике аллергического ринита, а с другой - о поздней диагностике заболевания.

Полученные нами результаты указывают на преобладание легких и средне-тяжелых форм заболевания. У 6,5% детей симптомы заболевания умеренно мешали повседневной жизни, тогда как 8,9% чаще затрудняли приступы чихания, заложенность носа.

У 65,7% наших пациентов одновременно диагнозом АР регистрировались сопутствующие аллергические заболевания. Как аллергический риносинусит, пищевая, лекарственная аллергия и аллергодерматит. Широкие масштабы АР у детей требуют изучения особенностей и исходов данной патологии. С этой целью нами проведено динамическое наблюдение 80 детей с аллергическим ринитом в течение 3-х лет. Прогрессирование симптомов ринита отмечалось у 67% детей.

Благоприятное течение заболевания с клинической ремиссией за время наблюдения отмечалось у 16,5% детей.

Таким образом, как показали проведенные исследования, частота аллергического ринита у детей по результатам активной диагностики выше, чем по данным обращаемости, старшего возраста встречается чаще, чем у детей младшего возраста (7-8 лет).

В структуре аллергического ринита преобладают легкие и средне-тяжелые формы заболевания.

Ранняя диагностика и лечение аллергического ринита будет способствовать предупреждению возникновения осложнений.

Хорохордина К.Н., Федорова Т.А., Соловьева Н.В.
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ, ПО ДАННЫМ ГОСРЕГИСТРА СД ЗА 2017Г. В ГАУЗ КО ОКЦОЗШ

Актуальность исследования. СД широко распространенное социально значимое инвалидизирующее заболевание, занимающее третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Среди больных СД основная масса (более 90%) - это больные СД 2 типа. СД 2 типа дебютирует бессимптомно с латентной стадии нарушения толерантности к углеводам. На ранней стадии у пациента нет никаких клинических проявлений нарушения углеводного обмена, результат - поздняя диагностика и развитие тяжелых сосудистых и неврологических осложнений. Осложнения доминируют в клинической картине СД, ухудшают качество и сокращают продолжительность жизни больных. Современные причины смерти больных СД - атеросклероз коронарной локализации (ИБС, ИМ, ХСН) и атеросклероз церебральной локализации (ОНМК).

Цель исследования. Выявить распространенность хронических диабетических осложнений у пациентов с впервые выявленным СД на территории, прикрепленной к ГАУЗ КО ОКЦОЗШ.

Материалы и методы исследования. В основу исследования взяты данные из ГосРегистра СД. В течение отчетного года производилось внесение данных в базу регистра: общие сведения пациента, лабораторные параметры, текущая терапия, осложнения. Регистрировались впервые выявленные случаи СД 1 и 2-го типов, так же производилось 100% обновление карт регистрации уже существующих пациентов. По отчетным данным, распространенность СД на территории ОКЦОЗШ, в 2017 году, с учетом возраста и пола составила 40,35%, 865 человек. Из них СД 1 тип составил 31 человек (1,45%), СД 2 тип 834 человек (38,9%). Впервые выявленных случаев зарегистрировано 82 (2,2% - от общей заболеваемости СД). СД 1 тип - 1 человек, СД 2 тип - 81 человек.

Результаты исследования. В результате проведения исследований у 31 пациента, в том числе 24 женщин и 7 мужчин, с манифестным СД были выявлены хронические сосудистые (микро- и макроангиопатии) и неврологические (нейропатия) осложнения. Осложнения распределились по частоте встречаемости и представлены в таблице 1.

Распределение осложнений по частоте встречаемости

Тяжелые	НХ 1 ст		НХ 2 ст		Итого
	Гос	здн.	Гос	здн.	
1 группа	-	-	3	9	12
2 группа	-	1	1	8	9
3 группа	-	-	2	7	7
4 группа	-	-	2	1	3

Выводы.

1. Несмотря на стаж диабета, наличие уже имеющихся осложнений свидетельствует о глюкозотоксическом действии еще на стадиях преддиабета, и латентном течении СД, до момента постановки диагноза.

2. Таким образом, впервые выявленный диабет в той же степени неблагоприятен, как и установленный ранее.

3. Своевременное выявление нарушений гликемических показателей, сможет предотвратить развитие хронических диабетических осложнений и профилактировать их прогрессирование в дальнейшем у пациентов с СД.

Цигельникова Л.В., Цой Е.Г., Игишева Л.Н.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России

ГАЗ КО «Областная детская клиническая больница»

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
г.Кемерово, Россия

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВСКАРМЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

В современной перинатологии нутритивная поддержка новорожденных детей с врожденными пороками сердца (ВПС) рассматривается как часть комплексного лечения сердечной недостаточности (СН).

Цель исследования. Определение дифференцированного подхода в коррекции нутритивной недостаточности у пациентов с сердечной недостаточностью в периоде новорожденности.

Материалы и методы исследования. В анализ были включены 83 новорожденных пациента с ВПС, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ОДКБ г.Кемерово. Течение ВПС без клинических проявлений СН было выявлено у 52 пациентов (62,6%). СН 1 степени выявили у 9 пациентов (10,8%), СН 2А степени - у 9 (10,8%), СН 2Б степени - у 13 пациентов (15,6%). Показатели нутритивной обеспеченности оценивали по клиническим проявлениям (данные соматометрических измерений) и лабораторным данным.

Оценка проводилась в 10 и 20 дней жизни. В зависимости от вида вскармливания выделены 3 группы: 1-я - исключительно грудное молоко, 2-я - адаптированная молочная смесь в качестве основного питания и докорма, 3-я - пресмесь в качестве основного питания и докорма.

Результаты и обсуждение. Пациенты в группе без СН вскарммливались в 37,7% случаев исключительно грудным молоком, в 28,8% - адаптированной молочной смесью в качестве основного питания и докорма, в 33,5% - пресмесью в качестве основного питания и докорма. Пациенты с тяжелой СН вскарммливались в 84,6% (11 детей) пресмесью в качестве основного питания и докорма, грудным молоком 15,4% (2 ребенка). У детей с ВПС с тяжелой СН имело место достоверно более низкое содержание жиров в питании в 10 дней жизни ($M \pm m$; Me [min - max]): при СН 0 $6,01 \pm 1,43$; $6,2$ (3,2-8,4) г/кг, при СН 2Б $3,6 \pm 0,65$; $3,85$ (1,4-6,4) г/кг ($p=0,002$) и 20 дней жизни (при СН 0 $7,4 \pm 1,5$; $7,5$ (3,9-11,4) г/кг, при СН 2Б $5,8 \pm 1,4$; $6,0$ (3,5-7,4) г/кг ($p=0,01$)). У этой группы детей также было более низкое содержание

килокалорий в питании в 10 дней жизни ($M \pm m$; Me [min - max]): при СН 0 $110,0 \pm 29,4$; $115,0$ (100-160) г/кг, при СН 2Б $83,0 \pm 9,34$; $89,5$ (41,0-121,0) г/кг ($p=0,01$) и 20 дней жизни (при СН 0 $135,0 \pm 28,6$; $137,0$ (73,0-160) г/кг, при СН 2Б $113,0 \pm 24,3$; $120,0$ (67,0-141,0) г/кг ($p=0,04$)). Несмотря на то, что дети с СН получали более питательную смесь, у них не удалось достичь достаточной калорийной и белковой обеспеченности. У детей с ВПС, получавших в качестве основного питания и докорма пресмесь, удалось достигнуть более высокого содержания белка и углеводов в питании в 20 дней жизни, а также прибавки в росте, близкие к физиологическим ($M \pm m$; Me [min - max]) $1,7 \pm 0,4$; $2,5$ [0-3] см.

Выводы.

Для определения нутритивной недостаточности у новорожденных детей с ВПС целесообразно использовать соматометрические показатели в динамике. Дети с тяжелой СН имели сниженную калорийность и содержание жира в питании, что нарушало белково-энергетическое соотношение. При назначении диетотерапии следует учитывать количество вводимых белковых и небелковых килокалорий для того, чтобы достичь должной ассимиляции белка и активации оптимального белкового синтеза. Коррекцию нутритивной недостаточности у детей с ВПС и СН возможно проводить, изменяя состав питания, добавляя пресмесь к основному питанию.

Шарлаева Е.А., Воробьев Р.И., Бобина И.В., Соколова Г.Г.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет»
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г.Барнаул, Россия

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЖИТЕЛЕЙ Г.БАРНАУЛА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Ведущей причиной смерти в России, в том числе и в Алтайском крае, остаются сердечно-сосудистые заболевания.

Целью настоящей работы явился анализ заболеваемости инфарктом миокарда (ИМ) жителей г.Барнаула по данным обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП).

Материалами для исследования послужили данные СМП г.Барнаула. Анализировались многолетняя динамика обращаемости жителей города с диагнозом ИМ, обращаемость в разных половых и возрастных группах, а также по сезонам года. За шесть лет исследований проанализированы 8384 вызова по поводу ИМ.

Анализ многолетней динамики обращаемости жителей г.Барнаула показал, что в период исследования показатель был нестабилен. Он колебался от 2,04 до 2,25 обращений на 1000 жителей города в год.

За рассмотренный период вызовы СМП по поводу ИМ поступали как от женщин, так и от мужчин. Анализ обращаемости свидетельствует о том, что основная масса вызовов приходится на лиц мужского пола - в среднем 55,4% случаев.

Среди жителей города, обращавшихся в СМП, и которым был поставлен диагноз «инфаркт миокарда», были мужчины и женщины в возрасте от 32 до 94 лет, в связи с чем случаи обращений рассматривали по возрастным группам: 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет и т.д.

У мужчин случаи обращаемости за СМП по поводу ИМ регистрировались с возраста 32-х лет. Максимальное количество обращений среди них зафиксировано в возрастной группе 50-59 лет. У женщин случаи ИМ регистрировались, начиная с возрастной группы 40-49 лет, пик обращаемости был зафиксирован среди женщин 70-79 лет.

У мужчин регистрируется ИМ значительно чаще, чем у женщин, особенно в молодом и среднем возрасте: так в возрасте до 59 лет у мужчин примерно в 5 раз чаще, а в возрасте старше 60 лет - в 1,5-2,0 раза. Возможно, это обусловлено тем, что в среднем после 50 лет у женщин начинается период менопаузы, сопровождающийся снижением уровня эстрогенов.

Смена сезонов года закономерно вызывает у жителей различных широт адаптивную перестройку организма и сердечно-сосудистой системы. В ходе нашего исследования было выявлено, что количество вызовов СМП по поводу ИМ также колебалось в зависимости от сезонов

Клинические аспекты терапии и педиатрии

года. Прослеживалась тенденция увеличения количества вызовов скорой помощи в зимний и весенний сезоны года, как у мужчин, так и у женщин. Одним из объяснений этого явления могут быть поведенческие особенности в эти периоды: гиподинамия и характеристика питания. Наименьшее число вызовов было зафиксировано в летние месяцы года.

Таким образом, обращаемость в скорую медицинскую помощь жителей г.Барнаула по поводу инфаркта миокарда носит нестабильный характер - по возрастным периодам, гендерному признаку, а также по сезонам года. Мужчины в большей степени подвержены осложнениям сердечно-сосудистой системы, чем женщины, причем в более раннем возрасте.

Шебалина А.О., Анфиногенова О.Б.

ФГБОУ ВО «Кемеровский Государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гормоны щитовидной железы обладают гастроинтестинальными эффектами, нередко приводящими к нарушению секреторно-моторной функции органов пищеварения, прежде всего, желудка, а также играют огромную роль в развитии заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 205 детей и подростков с заболеваниями желудка и дуоденум с сочетанной патологией щитовидной железы (ЩЖ). Все пациенты прошли комплексное обследование на предмет диагностики заболеваний пищеварительной системы (ЭФГДС, рН-метрия, УЗИ, исследование на хеликобактерную инфекцию и др.) и выявление патологии ЩЖ (УЗИ, изучение ТТГ, сТ4, а/т к тканям железы).

Результаты и их обсуждение. Среди детей с тиреоидной патологией, проживающих в г.Кемерово, распространенность эрозивного хронического гастродуоденита (ХГД) оказалась лидирующей, в отличие от сверстников группы сравнения (11,8% против 4,5%; $F=0,147$; $p=0,068$), различия в сравниваемых группах приближались к статистической значимости. Те же закономерности получены при сравнении зернистых форм ХГД (7,0% против 1,5%; $F=0,134$; $p=0,090$) и ГЭРБ (33% против 23,9%; $p=0,068$). Не выявлено статистических различий в распространенности дуоденогастральных рефлюксов (20,0% и 15,0%; $F=0,5226$; $p=0,1238$).

Также были выявлены статистические различия при сравнении групп детей, проживающих в г.Кемерово и сельской местности Кемеровской области основной и контрольной групп соответственно. Особенно это касалось распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая чаще регистрировалась у городских детей (33,0% против 13,8% у жителей села; $F=0,0365$, $p=0,0266$). При проведении сравнительного анализа форм ХГД, диагностированных у детей и подростков обеих групп, статистически значимых различий не получено ($p>0,05$).

Сравнение результатов ЭФГДС детей из сельской местности основной группы с городскими пациентами группы контроля выявило у последних превалирование в структуре заболеваний поверхностных форм ХГД ($F=0,00427$, $p=0,0037$), а зернистых форм ХГД - в основной группе пациентов, проживающими на селе ($F=0,054$, $p=0,0507$). Формирование ГЭРБ и ДГР в сравниваемых группах пациентов было на одном уровне ($F=0,398$; $p=0,184$ и $F=0,3527$; $p=0,1922$).

Выводы.

Таким образом, у детей с патологией щитовидной железы, проживающих в г.Кемерово, чаще регистрировались эрозивные формы ХГД и ГЭРБ. Наличие сочетанного поражения эндокринной системы и верхнего отдела пищеварительного тракта, скорее всего, являются отображением неблагоприятной экологической обстановки в данном регионе.

Шерматов Р.М., Хомидов Э.И., Рахмонов Б.Б.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
Ферганский филиал Республиканский научный Центр экстренной медицинской помощи
г. Фергана, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Ожирение - наиболее частое обменно-эндокринное заболевание у взрослых и детей, у подавляющего большинства из них сопровождающееся серьезными осложнениями. Чаще всего наблюдаются поражения сердечно-сосудистой системы, среды которых преобладает артериальная гипертензия.

Ожирение - одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. В настоящее время каждый четвертый житель нашей планеты уже имеет избыточную массу тела или страдает от ожирения. Во всех странах отмечается прогрессирующее увеличение численности больных с ожирением, как среди взрослого, так и среди детского населения. Всемирная организация здравоохранения признала ожирение эпидемией XXI века. По прогнозам эпидемиологов предполагается, что к 2025 году от ожирения уже будут страдать 40% мужчин и 50% женщин.

С распространением ожирения по планете множатся и усугубляются связанные с ним тяжелые соматические заболевания - сахарный диабет типа 2, артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, онкологические заболевания и другие, которые приводят к ухудшению качества жизни, ранней потере трудоспособности и преждевременной смертности.

Но в клинической практике нередко недооценивается отрицательное влияние ожирения на возникновение, течение и эффективность лечения заболеваний, развившихся на фоне избыточного веса. Больные с осложненным ожирением, как правило, получают медицинскую помощь только по поводу уже имеющейся сопутствующей патологии, им не проводится лечение, направленное непосредственно на снижение массы тела и тем самым на предупреждение осложнений.

Целью настоящей работы было изучение влияния физических упражнений специальной направленности на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы людей 40-50 летнего возраста с ожирением и наследственной предрасположенностью к гипертонической болезни. Под нашим наблюдением в течение года (2017г.) находилось 50 взрослых с ожирением, объединенных в зависимости от объема и характера двигательной активности в контрольную (15) и основную (35) группы. Люди в контрольной группы занимались, ежедневно выполняя специальные домашние задания и утреннюю гимнастику по общепринятой методике. В основной группе занятия проводились по специально разработанной программе тренирующего режима, которая проведена Велоэргометром 3 раза в неделю по 1,5 ч, а также ежедневное выполнение специальные домашние задания и утреннюю гимнастику. При этом преимущественно применялись циклические и многократно повторяющиеся ациклические физические упражнения, способствующие развитию общей выносливости как основного физического качества, предъявляющего наиболее высокие требования к сердечно-сосудистой системе. В первые 8-9 недель подбиралась физическая нагрузка, вызывающая частоту сердечных сокращений (ЧСС) не более 130-140 в минуту. В дальнейшем применялись физические упражнения большой и субмаксимальной интенсивности, приводящие к ЧСС 150-170 в минуту, и две-три пиковые нагрузки, вызывающие учащие пульса до 186-190 в минуту.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали на основании данных кардиогемодинамики и результатов спироэргометрии в покое и в процессе выполнения испытуемыми ступенчато-возрастающей нагрузки на велоэргометре до произвольного отказа от работы, а также в течение 5 мин восстановительного периода. Газоанализ выдыхаемого воздуха производился на автоматическом газоанализаторе открытого типа. Мониторный контроль ЭКГ и артериального давления (АД) осуществлялся на портативном диагностическом комплексе.

При изучении реакции системы кровообращения на велоэргометрическую нагрузку в начале

Клинические аспекты терапии и педиатрии

года и через 9 месяцев установлено, что у людей основной группы к концу года достоверно увеличились ударный и минутный объемы крови, мощность пороговой нагрузки, PWC170, общее время выполнения работы, индекс восстановления, а также ЧСС и мощность нагрузки, при которых достигался порог анаэробного обмена, при одновременном снижении на высоте нагрузке индекса Чурина ЧСС, систолического и диастолического АД.

Динамика показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы в контрольной группе имела, в общем, аналогичную направленность. Однако количественные показатели деятельности системы кровообращения характеризовались менее существенными изменениями, которые было недостоверны.

У людей с ожирением, занимавшихся специальными физическими упражнениями, к концу года в состоянии покоя отмечались достоверно более низкие значения пульса, систолического и диастолического АД (соответственно $92,69 \pm 3,72$ в минуту, $123,81 \pm 3,26$ и $69,97 \pm 2,11$ мм рт. ст. в начале занятий и $82,77 \pm 3,46$ в минуту, $114,32 \pm 3,37$ и $62,13 \pm 2,48$ мм рт. ст. через 9 мес.), чем в контрольной группе ($93,61 \pm 3,43$ в минуту, $123,15 \pm 3,76$ и $69,56 \pm 2,12$ мм рт. ст. в начале занятий и $90,12 \pm 2,36$ в минуту, $117,36 \pm 3,44$ и $67,23 \pm 3,60$ мм рт. ст. через 9 мес.).

Важное значение при оценке реакции системы кровообращения на физическую нагрузку имеет выяснение характера механизмов, с помощью которых происходит приспособление к данной нагрузке. Анализ данных показал, что к концу года в основной группе частота неадекватных реакций сердечно-сосудистой системы на тестирующую нагрузку снизилась на 44% (в начале занятий 56%, через 9 мес. 12%), в то время как в контрольной группе количество дистензивных и гипертензивных реакций оставались по-прежнему на высоком уровне - в 51,4% случаев (в начале учебного года в 57,1%).

Отмеченные у людей с ожирением в основной группе к концу года положительные сдвиги в ответ на велоэргометрическую нагрузку является отражением более совершенной перестройки адаптационных механизмов, проявляющейся в более экономном и эффективном функционировании сердечно-сосудистой системы, увеличении резервных и аэробных возможностей, повышении толерантности к физической нагрузке.

Проведенные нами наблюдения позволяют положительно оценить действие физических упражнений специальной направленности на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы людей 40-50-летнего возраста с ожирением и наследственной предрасположенностью к гипертонической болезни и дают основание рекомендовать их к использованию в системе мероприятий по первичной профилактике гипертонической болезни.

Юлдашева Д.Р.

Маргиланский медицинский колледж
г.Маргилан, Узбекистан

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Старение населения - глубинный процесс, который сильно сказывается на всех сторонах жизни людей. В экономической сфере старение населения отражается на экономическом росте, накоплениях, инвестициях, потреблении, занятости, пенсионном обеспечении, налоговой политике и передаче накопленных знаний и опыта из поколения в поколение.

Методы исследования. Проводилось сплошное ретроспективное исследование населения республики Узбекистан методом статистического наблюдения (выкопировка из отчетных данных таблиц Государственного комитета Республики Узбекистан по статистике).

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что если в качестве критерия старости выбирается возраст 60 лет, то данный критерий Узбекистана находится в первом преддверии демографической старости, а если же выбирается возраст 65 лет, то население Узбекистана в настоящее время находится на пороге старости.

Следовательно, если в 1950 году 8% мирового населения было в возрасте старше 60 лет, а в 2000 году этот показатель составил - 10%. В 2050 году составит - 21% (согласно прогнозу

ООН). В Узбекистане этот показатель равняется 22,3%.

Процесс старения населения также порождает ряд экономических, социально-гигиенических и морально-этических последствий, которые по-разному рассматриваются и решаются в отдельных странах.

По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше насчитывало в 2000 году 600 миллионов человек, что почти втрое превышало численность этой возрастной группы в 1950 году (205 миллионов человек). В 2009 году она превысила 737 миллионов человек, а к 2050 году составит более 2 миллиардов человек, еще раз утроившись за период времени - 50 лет.

Старение общества - серьезная демографическая, медико-социальная и экономическая проблема. Согласно прогнозам ООН, к 2050 году 22% населения земли будет пенсионерами.

В 2009 году удельный вес населения 60 лет и старше в среднем по миру составлял 10,8%. Он был наименьшим в Катаре и ОАЭ (1,9%), а наибольшим - в Японии (29,7%).

Эта проблема требует комплексного подхода медицинского, социального, экономического и технологического характера. Развитие медицины позволяет надеяться, что возраст «активной старости», то есть состояния, когда пожилой человек может вести более-менее полноценную жизнь, будет неуклонно повышаться. Автоматизация производства позволяет работать стареющим людям с ухудшающимся физическим состоянием. Во многих сферах возможна удаленная работа, которая подходит пожилым людям.

По мнению ряда демографов и социологов, старение населения увеличивает «нагрузку» на трудоспособное население. Однако при этом следует учитывать, что материальные и культурные блага, которыми располагают и которые умножают своим трудом молодые поколения, является в определенной мере результатом труда их предшественников, сегодняшних пенсионеров.

Таким образом, необходимо отметить, что если развитые страны столкнулись с проблемой старения населения раньше всех, то к настоящему моменту процесс демографического старения населения охватил весь мир.

Крашенинникова Л.П.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ

Нейробольные представляют собой наиболее тяжелый контингент с тяжелыми текущими осложнениями, непредсказуемыми последствиями, отдаленными прогнозами, длительным сроком лечения. Нарушения двигательных функций могут быть обусловлены поражением пирамидной и экстрапирамидной систем на различных уровнях. Функциями ЦНС являются восприятие афферентных (центростремительных) импульсов, возникающих при раздражении рецепторов, расположенных во всех органах и тканях, анализ и синтез этих раздражений и формирование потоков эфферентных (центробежных) импульсов, вызывающих либо прекращающих деятельность периферических органов или поддерживающих их тонус. Тонус скелетных мышц связан с поступлением к мышце редких нервных импульсов. Принудительное движение возбуждает мышечные волокна, усиливая нервные импульсы, возникающие в мотонейронах спинного мозга, активность которых поддерживается и регулируется импульсами исходящими, как из вышележащих центров, так и с периферии от проприорецепторов («мышечных веретен»), находящихся в самих мышцах.

Нейрореабилитация в настоящее время занимает одно из приоритетных направлений в клинической медицине и ведущая роль в восстановлении двигательных расстройств принадлежит кинезитерапии, лечению движением, т.к. сохранность двигательного или функционального представительства обеспечивается эфферентным потоком от определенного органа или части тела. В основе восстановления нарушенной двигательной функции лежит механизм нейропластичности - способность нервной ткани к структурно-функциональной перестройке,

Клинические аспекты терапии и педиатрии

наступающей после ее повреждения. Механизм нейропластичности активизируется в процессе многократного целенаправленного повторения движений или длительной целенаправленной тренировки мышц. Применительно к выбору метода воздействия и объема восстановительных мероприятий двигательной реабилитации определяется степень функциональных ограничений и унифицированных качественных параметров. Определяется степень ограничения функций верхних, нижних конечностей, учитывая основные составляющие биомеханики конечностей, но при этом объективно оцениваются двигательные возможности при минимально сохранной двигательной функции. В зависимости от клинических особенностей, осложнений, определяется дифференцированная оптимальная программа целевой двигательной терапии (ЦДТ) или целевого двигательного лечения методом принудительного движения, в основе которого лежат пассивные или активно-пассивные движения в более сложных двигательных актах с внешней помощью, активные двигательные акты в принудительном исполнении, которые необходимо начинать как можно раньше, как можно активнее.

Основная функция скелетной мышцы - расслабление и сокращение, что позволяет человеку двигаться. Основная задача принудительного движения - восстановление активных движений, увеличение или восстановление функциональных двигательных навыков или выработку заместительных движений, формирование адекватного опорно-двигательного стереотипа.

По самому термину «принудительное движение» можно понять, что кто-то кого-то к чему-то принуждает. Это сложная нейрофизиологическая реакция в ответ на усиленное физическое воздействие на периферические проприорецепторы, основной механизм которого состоит в циркулирующей связи («обратной связи») между функциями афферентных и эфферентных структур мозга.

Данная методика целесообразна с патофизиологической стороны, которая моделирует пространственно-временную организацию мышечной активности. Впоследствии это является предпосылкой формирования и закрепления физиологических паттернов движения не столько на уровне спинального генератора локомоций, сколько на более высоких иерархиях ЦНС, а именно - в стволовых и полушарных центрах моторного контроля, что детерминирует стойкость достигнутой функциональной перестройки. Сущность метода заключается в соответствии с искусственным/пассивным, принудительным/ и естественным /при попытке самостоятельного, произвольного движения, усилия/, добиться возбуждения мышц в двигательном акте человека. То есть локомоции (движения) происходят в точном соответствии с естественным возбуждением и сокращением мышц на всем протяжении двигательного акта. Помимо восстановления биомеханических движений конечностей, туловища, ходьбы при принудительной двигательной активности решается нормализация работы локомоторных центров на всех вертикальных уровнях регуляции двигательной активности.

В восстановительном периоде на этапе структурно-функционального восстановления, где основным средством является целевая двигательная терапия методом принудительного движения конечностями, туловищем, самостоятельные движения в режиме сверхнапряжения в многократном повторе с внешней помощью, тренировка смены положения туловища в разных плоскостях. Этот метод «насильственно» за счет многократных повторений и сверхфизических нагрузок заставляет мышцы выполнять свою локомоторную функцию, а за счет пластичности мозга восстановить двигательные связи - в виде заместительных или реструктурированных движений, а за счет их поднимается уровень построения движений пациента.

Программа реабилитации и режим нагрузок подбирается индивидуально, в зависимости от толерантности пациентов к нагрузкам и состоянию их ЦНС.

Выводы.

1. В активизации механизмов нейропластичности ЦНС важную роль играют различные методы усиления афферентного вклада, которые составляют основу восстановительной терапии больных с двигательными нарушениями.

2. Помимо восстановления биомеханики движений конечностей, туловища, ходьбы при принудительной двигательной активности решается задача нормализации работы локомоторных центров на всех вертикальных уровнях и регуляции двигательной активности.

3. Преимуществом данного метода является создание нейрофизиологических условий для восстановления функций нервных двигательных цепей, активного сокращения поврежденных мышечных волокон и восстановления нарушенных двигательных функций при волевом

участии больного, что оптимизирует на реабилитацию и значительно ускоряет устранение функциональной двигательной недостаточности.

Крашенинникова Л.П.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ КАК ОСНОВА РАННЕЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Инсульт - это одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга, нередко приводящих к инвалидизации. Среди факторов, влияющих на исход комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт, одно из главных мест занимает метод физической реабилитации. Составляющими элементами восстановления утраченных функций являются биохимические и анатомические изменения.

В основе восстановления нарушенных функций после инсульта и других повреждений головного мозга лежат механизмы нейропластичности, под которой подразумевается способность различных отделов центральной нервной системы к реорганизации за счет, прежде всего, структурных изменений в веществе мозга. Появление новых методов диагностики открыло дополнительные возможности для изучения механизмов нейропластичности при нарушении двигательных функций после инсульта.

Считается, что реабилитационные мероприятия следует начинать в раннем периоде инсульта, сразу после подтверждения диагноза и стабилизации состояния больного. Целями ранней реабилитации являются профилактика постинсультных осложнений, минимизация имеющихся нарушений и максимальное восстановление утраченных функций. Однако оптимальное время для ее начала, как и для завершения, остается предметом дискуссий. В частности, показано, что у пациентов, которым проводились интенсивные реабилитационные мероприятия в острой фазе инсульта, восстановление двигательных функций происходит хуже, чем у больных, которым эти мероприятия не проводились. Правда, в этом случае увеличения инфарктной зоны на фоне интенсивных упражнений не выявлено. Очевидно, что для достижения наилучших результатов необходимо найти баланс между излишней пассивностью и чрезмерной высокой нагрузкой на поврежденный мозг.

На самом раннем этапе перенесенного инсульта восстановление связано с регрессом локальных повреждающих факторов и восстановлением функционирования частично поврежденных нейронов, а также улучшением кровотока в зоне пенумбры и уменьшением или полным исчезновением отека. Однако в дальнейшем структурной составляющей восстановления является пластичность головного мозга - способность к компенсации структурных и функциональных расстройств под влиянием внешних и внутренних факторов. Процессы, связанные с нейропластичностью, имеют как системный, так и локальный характер. Локализация двигательных центров не является неизменной, головной мозг даже взрослого человека сохраняет потенциал пластичности, а кортикальные связи могут ремоделироваться, задействуя в том числе и отдаленные структуры. Таким образом происходят реорганизация кортикальных отделов, увеличение эффективности функционирования сохранившихся структур и активное использование альтернативных нисходящих путей.

Факторами, действующими на исход реабилитации, считают локализацию поражения, время постинсультного периода, степень повреждения проводящих путей и активации ипсилатеральных кортико-спинальных путей, наличие генетических дефектов, старение, ятрогении и неблагоприятные воздействия внешней среды, включая хронический стресс. Между тем вследствие нестабильности состояния больных в остром периоде инсульта, необходим индивидуальный подход к назначению реабилитационных мероприятий - в противном случае высок риск осложнений.

Биологический смысл пластичности - восстановление нарушения и компенсация имеющегося дефекта. Особую роль при этом играет синаптическая пластичность. Однако не следует понимать нейропластичность как однозначно положительный для выздоровления процесс.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Хорошо известно, что активация нейропластических процессов является одним из наиболее эффективных способов лечения заболеваний нервной системы, однако гораздо менее известно то, что именно процессы нейропластичности могут лежать в основе возникновения тех или иных неврологических нарушений (спастика, эпилептические припадки, дистония).

Позитивное значение пластичности нервной системы заключается в следующем:

- 1) обеспечение нормального развития нервной системы;
- 2) адаптация в зависимости от существующей необходимости и компенсация потери какой-либо функции;
- 3) реорганизация нервной системы в условиях нарушения выполнения этой функции.

При проведении нейрореабилитационных мероприятий большое значение придается стратегиям, направленным на улучшение процессов пластичности на уровне синаптической передачи и нейрональных связей, что клинически проявляется восстановлением утраченных функций. При этом большое значение имеют процессы структурного и функционального ремоделирования нейрональных связей с участием «выживших» нейронов, которые располагаются в перинфарктной зоне и в условиях ишемии подвергаются частичному повреждению. Для этого ремоделирования необходимым условием является сохранность афферентного звена, даже существенно пострадавшего после инсульта.

Особый интерес в плане влияния на нейропластичность представляет начало реабилитации в острейший период инсульта. По данным исследования, задержка начала реабилитации даже на несколько недель приводит к значительному ухудшению функционального исхода. Считается, что в раннем периоде инсульта действуют естественные механизмы, способствующие активной реорганизации клеток головного мозга, и реабилитация способствует их реализации. Даже в тех случаях, когда в конечностях отсутствуют спонтанные движения, физическая реабилитация может благоприятно сказываться на восстановлении головного мозга. Длительная проприоцептивная стимуляция путем совершенствования пассивных движений паретичной конечности приводит к повышению активности сенсомоторной и дополнительной моторной коры.

Заключение.

Реабилитация по сути представляет собой повторное выполнение определенных заданий, целью которых является стимуляция нейропластичности. Ключевые принципы постинсультной реабилитации включают функциональный подход, частые и интенсивные тренировки, направленные на конкретные задачи, и начало в первые дни или недели после инсульта.

Понимание роли нейропластичности является критически важным для оптимизации функционального восстановления у лиц, перенесших инсульт. Природа церебральной пластичности остается неясной и связана как с изменениями в перинфарктной зоне, так и с контрлатеральной реорганизацией, зависящими от времени, прошедшего после начала инсульта, и природы когнитивного дефекта. Однако динамика и клиническое значение этих изменений требуют дальнейшего изучения. Это позволяет расширить возможности восстановительного лечения и способствовать большей эффективности процесса нейрореабилитации у пациентов после инсульта.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Джуманиязова Н.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Ургенч, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ИММУННУЮ И КРОВЕТВОРНУЮ СИСТЕМЫ ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ

Цель исследования. Изучить эффект настоев и экстрактов «филипила» и «трибулипила» на иммунную и кроветворную систему при вторичном иммунодефиците, вызванном иммунодепрессантом имураном.

Материалы и методы исследования. В опытах использовали белых беспородных мышей массой 20-22 г. Иммунодепрессант имуран вводили ежедневно внутривентриально в течение 3-х дней в дозе 50 мг/кг. Через сутки после последнего введения имурана, мышей иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 2×10^8 и еще через 5 дней определяли число антителообразующих клеток (АОК) в селезенке по методу Jerne N.R. и Nordin A.A. Кроме этого подсчитывали общее количество ядродержащих клеток селезенки (ЯКСК), в периферической крови определяли число эритроцитов и лейкоцитов. Животные были разделены на 5 групп по 7 голов.

- 1 гр. - контроль - мышам вводили ЭБ;
- 2 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ;
- 3 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + настой «филипила» в дозе 15,0 мл/кг;
- 4 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + экстракт «филипила» в дозе 50 мг/кг;
- 5 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + экстракт «трибулипила» в дозе 50 мг/кг.

Результаты исследования. У животных, получавших иммунодепрессант имуран, формируется вторичное иммунодефицитное состояние. Об этом свидетельствует существенное снижение иммунологической реактивности организма на антигенный стимул. Так, общее число АОК в селезенках уменьшается в 4,33 раза по сравнению с контрольной группой. У иммунодефицитных мышей, получавших настой «филипила», число АОК в селезенке возрастает в 3,10 раза, под действием экстракта «филипила» и экстракта «трибулипила» соответственно в 1,80 раза и 2,50 раза.

У мышей, получавших имуран, число эритроцитов достоверно снижается в 1,64 раза, а под воздействием настоев «филипила», экстракта «филипила» и экстракта «трибулипила» их число достоверно повышается в 1,33, 1,22 и 1,28 раза соответственно. Под действием имурана число лейкоцитов снижается в 1,58 раза. В группах иммунодефицитных животных, получавших настой «филипила», экстракты «филипила» и «трибулипила», количество лейкоцитов достоверно повышается соответственно в 1,31, 1,19 и 1,25 раза.

Выводы.

Настой и экстракт «филипила», экстракт «трибулипила» повышают иммунологическую реактивность у животных с имураниндуцированным иммунодефицитом, а также способствуют достоверному приросту эритроцитов и лейкоцитов в крови мышей.

Джуманиязова Н.С., Алланазаров А.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
г. Ургенч, Узбекистан

ЭФФЕКТ ФИЛИПИЛА И ТРИБУЛИПИЛА НА СИНТЕЗ АНТИТЕЛ И ОРГАНЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ИМУРАНИНДУЦИРОВАННОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ

Цель исследования. Исследовать влияние настоев и экстрактов «филипила» и «трибулипила» на антителообразование и клеточность органов иммунитета при вторичном иммунодефиците, вызванном иммунодепрессантом имураном.

Материалы и методы исследования. В опытах использовали белых беспородных мышей массой 20-22 гр. Иммунодепрессант имуран вводили ежедневно внутривентриально

Экспериментальная медицина

в течение 3-х дней в дозе 50 мг/кг. Через сутки после последнего введения имурана, мышей иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 2×10^8 и еще через 5 дней в периферической крови титр антител к ЭБ. В тимусе, костном мозге и лимфатических узлах подсчитывали общее количество клеток. Животные были разделены на 5 групп по 7 голов.

- 1 гр. - контроль - мышам вводили ЭБ (интактные мыши);
- 2 гр.- мышам вводили имуран + ЭБ;
- 3 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + настой «филипила» в дозе 15,0 мл/кг;
- 4 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + экстракт «филипила» в дозе 50 мг/кг;
- 5 гр. - мышам вводили имуран + ЭБ + экстракт «трибулипила» в дозе 50 мг/кг.

Результаты исследования. Под воздействием имурана титр антител к ЭБ в крови по сравнению с контрольными животными снижается в 1,96 раза. Все три растительные средства повышают титр антител к ЭБ в крови иммунодефицитных мышей по сравнению с не леченой группой: настой «филипила» - в 1,50 раза, экстракт «филипила» - в 1,38 раза, экстракт «трибулипила» - в 1,42 раза.

Установлено, что под воздействием имурана уровень тимоцитов достоверно снижается в 1,50 раза. При введении настоя «филипила», экстрактов «филипила» и «трибулипила» число тимоцитов по сравнению с иммунодефицитной группой достоверно повышается соответственно в 1,39, 1,22 и 1,30 раза.

У мышей, получавших имуран, данный показатель снижается в 1,79 раза. Настой «филипила» в 1,41 раза повышает число костномозговых клеток у иммунодефицитных мышей. Менее выраженный стимулирующий эффект обнаружен у экстракта «филипила»: число клеток в костном мозге повышается в 1,25 раза. Экстракт «трибулипила» в 1,33 раза повышает число клеток в костном мозге мышей, получавших имуран. Под воздействием имурана число клеток в лимфатических узлах уменьшается в 1,71 раза. В группах иммунодефицитных животных, получавших настой «филипила», экстракты «филипила» и «трибулипила», число клеток в лимфатических узлах достоверно возрастает в 1,35, 1,20, и 1,30 раза соответственно.

Выводы.

«Филипил» и «трибулипил» достоверно повышают титр антител к эритроцитам барана в крови мышей и численность клеток в центральных (тимус, костный мозг) и периферических (лимфатические узлы) органах иммунитета при вторичном иммунодефиците, вызванном имураном.

Солиева Г.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У МОЛОДЫХ КРЫС

Выдающийся ученый Ибн Сина в своем «Каноне врачебной науки» отметил что, при гипофункции щитовидной железы происходит замедление всех процессов обмена веществ, а это в свою очередь вызывает нарушения во многих органах и тканях. Несмотря на это, морфологические аспекты иммунных нарушений при гипо- или гипертиреоидных состояниях остаются недостаточно выясненными.

Гормоны щитовидной железы играют существенную роль в регуляции функциональной активности иммунной системы и отдельных популяций иммунокомпетентных клеток. Это действие осуществляется через цитоплазматические и ядерные рецепторы, наличие которых показано в иммунокомпетентных клетках. Данные о влиянии гипотиреоза на иммунный гомеостаз организма немногочисленны и разноречивы. При этом большинство исследователей отмечает снижение содержания субпопуляции Т-лимфоцитов и естественных киллеров. Механизмы нарушений иммунного гомеостаза при гипотиреозах остаются не выясненными.

Целью настоящего исследования явилось выяснение структурных аспектов тимуса в

условиях экспериментального гипотиреоза в предпубертатном периоде. Тесная взаимосвязь иммунной системы и щитовидной железы не подлежит сомнению. Тем не менее, механизмы влияния гипотиреоидного состояния на процессы иммуногенеза остаются недостаточно выясненными.

В работе исследовали влияние кратковременного и длительного гипотиреоза у молодых (препубертатных) крыс на морфометрические показатели тимуса. Опыты проведены на крысятах-самцах массой тела 70-80 гр., что соответствовало подростковому периоду развития.

В опытной группе крыс гипотиреоз вызвали ежедневным введением мерказолила в дозе 0,5 мг/100 гр. в течение 15 дней, далее до половой зрелости (масса тела 150-170 гр) вводили поддерживающую дозу мерказолила 0,25 мг/100 гр. Контролем служили животные с аналогичной массой тела, получившие стерильный физиологический раствор. По окончании экспериментов определяли массу тимуса и индекс массы по отношению к массе тела. На срезах тимуса определяли площадь долек и их зон, число и плотность расположения клеток тимуса.

По окончании опытов тимус исследовали морфологическими, морфометрическими и ультраструктурными методами.

Морфометрические исследования показали, что средняя площадь тимуса при кратковременном гипотиреозе на 10%, а при длительном гипотиреозе - на 14% уменьшается по сравнению с контролем. Уменьшение площади тимуса идет за счет только корковой зоны (Кз), а мозговая зона (Мз), напротив, относительно расширяется. При кратковременном гипотиреозе Мз составила 37%, а при длительном гипотиреозе - 40%, тогда как у контрольных животных доля Мз составляла всего 26%.

Подсчет клеток в долях тимуса показал, что у крыс с длительным гипотиреозом плотность расположения тимоцитов в Кз почти на 15% ниже контрольных животных, тогда как при кратковременном гипотиреозе уменьшение плотности расположения клеток составляет всего 7%. Плотность распределения клеток Мз тимуса у контрольных и опытных животных оставалась без особых изменений. При подсчете цитогаммы тимуса выявлено, что кратковременный гипотиреоз также оказывает определенное влияние на клеточный состав Кз и Мз тимуса. Отмечалось умеренное, но достоверное, уменьшение числа всех видов тимоцитов (лимфобластов, лимфоцитов) от 8 до 14%. Вместе с тем, в этой группе животных наблюдалось значительное (от 15 до 35%) увеличение числа моноцитов и макрофагов. Повышение количества этих клеток было наиболее высокое в корковой зоне тимуса, в Мз оно носило относительно умеренный характер.

При длительном гипотиреозе отмечалось достоверное уменьшение общей популяции клеток на единицу площади как корковых, так и мозговых зон. Число лимфобластов Кз более чем в 2 раза, а Мз - в 1,8 раза уменьшилось по сравнению с контрольными животными.

Также обнаружено уменьшение числа больших, средних и малых лимфоцитов на 15-20% во всех зонах тимуса по сравнению с контролем. Характерно, что число эпителио-ретикулярных клеток (ЭРК) в этой группе животных достоверно не изменялось, наблюдалась лишь небольшая тенденция (недостоверная) к их увеличению в Кз и уменьшению в Мз. Вместе с тем, как в корковых, так и в мозговых зонах тимуса сохранялась выраженная моноцитарно-макрофагальная реакция, проявляющаяся в виде увеличения количества моноцитов и особенно макрофагов от 25 до 40% в Кз и от 9 до 18% в Мз тимуса. Повышение числа плазматических клеток в Мз более чем на 20% по сравнению с контролем, чего не наблюдалось у животных с кратковременным гипотиреозом.

Таким образом, при экспериментальном гипотиреозе основные морфологические изменения происходят в корковой зоне тимуса, где протекают процессы иммуногенеза. Эти изменения носят относительно умеренный характер при кратковременном гипотиреозе и наиболее максимально выражены при длительном гипотиреозе.

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

Марцияш А.А., Гуляева Е.Н.
ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ, г.Кемерово, Россия

ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» В ФГБОУ ВО КЕМГМУ

В государственной политике развития медицинского здравоохранения произошли перемены, которые привели к изменению профиля, а также структуры некоторых клинических специальностей. Федеральным законом от 23.11.2011 г. N 323 ФЗ в структуре медицинской помощи были выделены самостоятельные виды - медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. В мировой медицине в 70-е годы XX в. произошла качественная переоценка содержания врачебной специальности «физиотерапия», что, в свою очередь, привело к изменению ее названия. Тесная взаимосвязь физиотерапии и медицинской реабилитации обуславливает формирование новой медицинской специальности «физическая и реабилитационная медицина» (ФРМ, Physical and Rehabilitation Medicine, PRM), получившей широкое международное признание.

В Кемеровском медицинском университете дисциплина медицинская реабилитация преподается на лечебном, педиатрическом, медико-профилактическом и стоматологическом факультетах, а также в высшем сестринском образовании. Клинической базой кафедры медицинской реабилитации является центр медицинской реабилитации (ГАУЗ КГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой).

Рабочая программа подготовки учащихся (лечебный факультет) разработана в соответствии с ФГОС ВО, уровень высшего образования «специалитет» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ N 95 от «09» февраля 2016 г., трудоемкость дисциплины 108 часов, из них лекций - 24 часа, клинических практических занятий - 48 часов и СРС - 36 часов, контрольная точка - зачет.

Целями освоения дисциплины «Медицинская реабилитация» являются содействие становлению профессиональной компетентности врача в области медицинской реабилитации через формирование целостного представления о ее современных возможностях, на основе понимания структуры и сущности реабилитационного процесса, овладению знаниями и умениями, необходимыми для решения профессиональных задач. Учебно-тематический план рабочей программы состоит из трех модулей:

- Модуль 1. Организационно-методические основы медицинской реабилитации.
- Модуль 2. Методы и средства медицинской реабилитации.
- Модуль 3. Частные вопросы медицинской реабилитации.

Изучение дисциплины «медицинская реабилитация» проводится в виде аудиторных занятий (лекций, клинических практических занятий и самостоятельной работы студентов). В реализации второго и третьего модуля нами применяется аппаратно-программный комплекс для диагностики, лечения и реабилитации методом биоуправления «БОС-Пульс» (РУ N 29/03010300/0230-00) производства ООО «Компьютерные системы биоуправления».

Наиболее эффективным способом диагностики стрессоустойчивости, готовности к эффективному действию в ситуации соревнования является технология игрового биоуправления, где игровой соревновательный сюжет управляется физиологическими функциями тестируемого, а добиться выигрыша возможно, лишь применяя эффективные стратегии поведения, контроля и саморегуляции психоэмоционального статуса.

Игровое компьютерное биоуправление - это новая диагностическая и лечебно-реабилитационная технология на стыке медицины, физиологии, психотерапии, электроники и программирования, успешно разрабатываемая в НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН. Преодолевая противоречие между психоэмоциональной нагрузкой и необходимостью сохранять состояние спокойствия, играющий учится формировать устойчивость к стрессорирующей ситуации игры.

Таким образом, создается модель эффективного поведения - системы навыков конструктивного разрешения подобных ситуаций, препятствующих развитию стресс-индуцированных состояний и их последствий.

Тияходжаева Г.Б., Хошимова А.Е.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской
г.Фергана, Узбекистан

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

В настоящее время тенденции в медицинском образовании направлены на внедрение инновационных моделей и технологий обучения, которые должны способствовать повышению качества медицинского образования. Благодаря развитию информационных технологий в систему повышения квалификации преподавателей медицинских вузов вводятся такие методы, как электронное и смешанное обучение. Достаточно распространенным стало дистанционное обучение, которое используется в интегрированных курсах для развития самоконтрольных навыков. Дистанционное обучение новейшее обучение в системе образования.

Дистанционное обучение отличается несколькими преимущественными критериями от традиционного обучения:

1. Дистанционное обучение дает возможность обучению, не отрываясь от рабочего процесса, а так же возможность выбора времени и темпа обучения со стороны обучаемого.

Система повышения квалификации врачей централизованная система и для того чтобы пройти повышение, имеется необходимость приехать в столицу или центр Узбекистана с различных областей. Это имеет своеобразные расходы.

2. Не требует излишних средств для обучения.

3. При дистанционном обучении система работает абсолютно одинаково для различных регионов и разрабатывается одинаковый шаблон для разных преподавателей.

4. Дистанционное обучение дает возможность самооценки для всех обучающихся.

5. Одновременно обучаются несколько преподавателей, и они имеют возможность обмениваться опытом.

По анализам международного совета обучения выявилось, что на сегодняшний день по дистанционному обучению получают образования более 10 млн. студентов.

Дистанционное обучение проводится при помощи следующих ресурсов:

- Достаточное количество качественных мультимедийных, аудио и видео- материалов.

- Если требуется индивидуальное обучение - обучение проводится через интернет систему по электронной почте, голосовой почте со стороны телеучителя.

- При групповом обучении обучающиеся обмениваются личным опытом с помощью интернет-конференций организуются дебаты.

Однако, несмотря на очевидные преимущества дистанционных образовательных технологий, все еще остаются актуальными вопросы, связанные с перегрузкой информации на электронных образовательных ресурсах, контроля качества информации, ее интерпретации и уместности, а также проблема заявления авторских прав на данные ресурсы.

Таким образом, очевидным становится дистанционная образовательная технология при повышении квалификации преподавателей медицинских вузов. Лучшим вариантом для организации обучения при повышении квалификации является полноценная электронная среда, в которой обучающийся будет чувствовать себя комфортно и активно участвовать в образовательном процессе наравне с другими участниками.

Однако если на данный момент вуз или преподаватели не обладают необходимыми ресурсами для создания подобной электронной среды, тогда первым шагом может стать разработка электронной версии программы по повышению квалификации.

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И ИНТЕРНЕТ**

Абдуманов А.А.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии
г.Фергана, Узбекистан

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ПРИНЯТИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Растущие объемы информации, появление новейших диагностических и лечебных технологий требуют принципиально иных подходов к обработке и интерпретации медицинских данных, возможности накопления, хранения и использования опыта квалифицированных специалистов. При этом практическая медицина все еще остается трудно формализуемой областью человеческой деятельности, в которой специалисты при принятии решений зачастую исходят из предыдущего профессионального опыта и собственной интуиции, а не из анализа объективных данных и знаний.

Необходимо выделить три главные цели использования МИС в клинике: увеличение эффективности лечения, снижение числа врачебных ошибок, оптимизация расходов ресурсов на лечение. Внедрение МИС, должно оперативно обеспечить врача достоверной информацией для правильной постановки диагноза и определения эффективной тактики лечения.

Для достижения любой из перечисленных целей требуется поддержка принятия решений медперсоналом в реальном времени. Очень часто для принятия медицинских решений характерны недостаточность знаний, ограниченность временных ресурсов, отсутствие возможностей привлечения компетентных экспертов, неполнота информации о состоянии больного. Указанные факторы являются причинами врачебных ошибок, которые могут привести к дальнейшей потере здоровья пациента.

Применение МИС для оказания помощи врачам в процессе лечения и диагностики с использованием новых знаний и интеллектуальных технологий является эффективным решением этой важнейшей проблемы.

Для функционирования МИС необходимо обеспечить как наличие средств генерации данных, так и средства их анализа. Проблема эта становится чрезвычайно важной и в связи с лавинообразным возрастанием объема информации и увеличением требований к ИС по производительности - сегодня успех в организации и управлении ЛДП во многом определяется оперативностью принятия решений, данные для которых и предоставляет МИС.

Из вышесказанного следует, что наиболее актуальной и сложной задачей разработки МИС является разработка систем поддержки принятия решений врача (СППВР), которые являются информационными системами, функционирующими автономно либо в составе МИС. Система поддержки принятия решений позволяет эффективно использовать полученные данные и имеющиеся достижения медицины, и в режиме реального времени обеспечивает интеллектуальную поддержку принятия медперсоналом решений.

СППВР могут включать в себя средства многомерного анализа данных и прочие инструменты анализа и позволить моделировать правила и стратегии ЛДП и иметь интеллектуальный доступ к неструктурированной информации. Используемые на этом уровне специальные математические методы позволяют прогнозировать динамику различных показателей, анализировать оптимальности различных видов деятельности, прогнозирование, нахождение зависимостей между данными для проведения анализа типа «что если»;

Выбранный нами технология СППВР предусматривает функционирование в нем специальных БД и БЗ, структура и содержание которых должны отражать современный уровень медицинской науки и клинической практики в конкретных его направлениях, т.е. необходимо выбрать предметную область, в котором СППВР должна функционировать.

Отметим, что нашей целью является уточнение основных показателей медицинских технологических процессов, обеспечивающие реализации планируемых ЛДП, на их основе разработать их модели и создание алгоритмов и технологии информационной и интеллектуальной поддержки врачебных решений, обеспечивающих необходимых лечебно-диагностических результатов. Для достижения целей в качестве пути уточнения основных понятий, нами приняты

Информационные технологии и интернет

пути их постепенной формализации - от простых конструкций, ко все более сложным.

Статистический анализ нозологической структуры больных нашего стационара за последней 10 лет показал, что значительно большее их количество - это пациенты с острой абдоминальной хирургической патологией, которые представляют наиболее высокую степен угрозы для их жизни. Этим и связана, требование к врачам хирургам - оперативного принятия решения по достоверной диагностики и выбора эффективных лечебных действий. Можно утверждать, что именно в этих ситуациях ощущаются наибольшие потребности врачей, не только в информационной, но и в интеллектуальной поддержке. Этим и обусловлен наш выбор в экстренной абдоминальной хирургии как предметной области для создаваемого нами СППВР. Разработан, в соответствии с этим, алгоритмы автоматизированной технологии СППВР для интеллектуальной поддержки организации ЛДП, структура, содержания его БД и БЗ, а также их программно-математические обеспечения.

Чеченин Г.И., Жилина Н.М., Якушева О.Н.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
г.Новокузнецк, Россия

О ГОСУДАРСТВЕННОМ ПРОЕКТЕ «ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Проект «Электронное здравоохранение» это один из важных государственных проектов на современном этапе, утвержденный Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию приоритетных проектов (протокол N 9 от 25.10 2016 г.). Проект предусматривает совершенствование организации и управления на основе информационных технологий, обеспечивающих повышение доступности и качества медицинской помощи.

В настоящее время в стране имеются все объективные предпосылки к практической реализации проекта «Электронное здравоохранение», позволяющие существенно повысить результативность и эффективность системы охраны здоровья населения. Однако это можно достигнуть при хорошо продуманной системной проработке (системного исследования) в процессе проектирования Единой государственной медицинской информационной системы (ЕГМИС), где ведущее место должны занять медицинские (клинические) информационные технологии на всех этапах лечебно-профилактического процесса, а также прямо или косвенно задействованы все субъекты, принимающие участие в этом процессе.

Процесс принятия решения можно оптимизировать путем применения алгоритмов действия и таблиц принятия решений, экспертных систем, моделирования и т.п.

Наш более чем 40-летний опыт функционирования АСУ «Горздрав» в г.Новокузнецк показывает правильность такого методического подхода, когда содержательная сущность и реализуемые функции АСУ без существенных ресурсных затрат переводились и адаптировались на новые технические и программные средства. Темпы совершенствования вычислительной техники значительно превосходят развитие функциональных возможностей МИС за исключением приборно-аппаратных диагностических и лечебных систем. В связи с этим постановка задач, адекватных целям, и полный комплект проектной документации на ЕГМИС, выполненный в соответствии с современными стандартами является определенным гарантом эффективности.

В многолетней информатизации здравоохранения в разные временные периоды были подъемы и спады, которые конгруэнтны в целом, как социально-экономическому развитию страны, так и организационно-управленческим аспектам в сфере охраны здоровья.

Любые нововведения, разработка и внедрение комплексных и целевых программ и проектов, в том числе программы информатизации в сфере охраны здоровья должны создаваться и разрабатываться на принципах системного подхода. Здесь помимо основных разработчиков, важная роль должна принадлежать пользователям систем, потребуются их активное участие при разработке проектной документации, особенно на этапе постановки задач; безусловно, с учетом пожеланий специалистов органов управления всех уровней. Разработка программно-технической документации ЕГМИС, опытная эксплуатация, а также научное и программно-техническое сопровождение реализуется в централизованном

порядке на Федеральном уровне. В тоже время, не исключается возможность подключения к созданию отдельных блоков ЕГМИС специалистов регионов РФ, путем выделения отдельных грантов и проведения конкурсов, с последующей разработкой полного комплекта проектной документации в соответствии с утвержденными Федеральными стандартами на всех этапах проектирования и приемкой систем в эксплуатацию Государственной комиссией, утверждение актов приемки на Федеральном уровне.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдулкина Н.Г. 195
 Абдулхакимов А.Р. 157
 Абдулхакимова Э.Б. 157
 Абдуманонов А.А. 269
 Авдалян А.М. 59
 Авдонченко Т.А. 199
 Агаджанян В.В. 5, 34, 45, 46, 59
 Агаджанян К.В. 148, 149
 Агаларян А.Х. 79
 Агафонова Н.В. 47, 242
 Адамович В.А. 158
 Азизова Н.Н. 159
 Азимова М.К. 160
 Аксененко А.В. 161
 Алексеева Л.И. 56
 Алланазаров А.Х. 259
 Альшулер Е.М. 105, 106, 107
 Амирджанова В.Н. 73
 Амренова К.Ш. 184
 Андреев И.М. 69
 Анешина И.И. 186
 Аникеенко А.А. 122
 Анисимова А.В. 7, 162
 Анфиногенова О.Б. 229, 248
 Апарина Н.Ф. 8
 Ардашев И.П. 93
 Ардашева Е.И. 93
 Арипбаева А.Н. 27, 184
 Артамонова О.Н. 7, 162
 Асанов М.Р. 157
 Асин Б.А. 73
 Астанакулов Д.Й. 163, 164
 Астахова И.М. 166
 Афанасьев Л.М. 49, 50
 Афонина Т.А. 129
 Ахмедова М.М. 167
 Ахтямов И.Ф. 75, 84, 85
 Ашурова М.Д. 9, 168

Б

Бабаджанов Ж.К. 108, 109
 Бакирова Х.К. 110
 Барабаш Л.В. 195
 Баран О.И. 10, 11, 13
 Баранов А.И. 129

Барашов А.Ю. 51
 Барашова Л.П. 110
 Батанина И.А. 169
 Батискин С.А. 111, 125
 Беглова А.Ю. 112
 Белошапкина А.В. 200, 231
 Белых В.И. 133, 170, 220
 Беляев А.М. 113
 Беляев М.К. 113
 Бердовская А.Н. 171, 172
 Берсимбекова Г.Б. 184
 Беспалова О.В. 170
 Беспальчук А.П. 55
 Бибик О.И. 173, 216
 Бобина И.В. 174, 247
 Бобро Л.Н. 175
 Богданов А.В. 38
 Богданов С.В. 46
 Богук Г.А. 170
 Болгова И.В. 122
 Болотова С.Н. 114
 Бондарев О.И. 127
 Бондаренко А.В. 52
 Бордуков Г.Г. 67, 68, 69
 Борецкая Е.А. 94
 Боровков Я.О. 32
 Боровская О.С. 55
 Бочкова Т.А. 189, 196
 Брежнев Е.В. 105
 Бритвина О.П. 7, 162
 Букатов А.К. 60
 Булдаков В.Ф. 115, 116, 117
 Бурков А.Н. 110
 Бурова О.С. 119
 Бутов О.В. 28
 Бялик В.Е. 56, 72
 Бялик Е.И. 56, 72

В

Ванеева Л.С. 149
 Варфоломеев В.Н. 176
 Варюшкина Е.В. 224
 Веретенникова Л.С. 170
 Власов С.В. 39, 57, 83
 Власова Е.М. 177
 Власова И.В. 39, 57, 178

Авторский указатель

Воевода М.И. 179
Волженин В.В. 107
Волкова Е.С. 170
Воробьев Р.И. 247
Воробьева А.А. 180
Воробьева Е.Н. 169
Выговский Н.В. 58, 72
Вьюн Т.И. 181

Г

Гаврилов А.В. 115, 116, 117
Галиев Ш.Ш. 128, 146, 182
Галиева Г.Ю. 243
Галятина Е.А. 115, 116, 117
Гарипова А.З. 17
Гарифуллин Т.Ю. 98
Гарифуллов Г.Г. 84
Гатин В.Р. 95, 96
Геворгян Г.С. 243
Гилев Я.Х. 83
Гирш А.О. 23, 24, 25
Гнедь М.А. 105
Голомидова Т.В. 183
Голошумов Н.П. 34
Горовой П.А. 126
Гребенникова В.В. 231
Гребенщиков В.М. 216
Гречкина Е.В. 170
Григорьев Е.В. 28
Григорьев Ю.А. 11, 12, 13
Григорьева Т.А. 208
Громакина Е.В. 161
Гуляева Е.Н. 265
Гусева Г.Н. 115, 116, 117
Гусельников С.С. 49
Гусельникова Т.Л. 15

Д

Давыдов Д.А. 59
Давыдов С.О. 71
Давыдова А.Я. 221, 222
Данилов А.В. 25
Данильченко И.Ю. 139
Демидов Д.Г. 107
Демьянова Т.Н. 114
Джуманиязова Н.С. 259
Довгаль Д.А. 45
Додонов М.В. 216
Додонова Г.Х. 114
Дунаева М.П. 231

Дюсупов А.А. 60, 61, 76, 77
Дюсупов А.З. 26, 60, 76, 77
Дюсупова А.А. 26, 27, 184
Дюсупова Б.Б. 26

Е

Елагин С.В. 95, 96
Елгина С.И. 112, 118, 119, 121
Ерошко Г.Д. 64
Еспенбетова М.Ж. 184

Ж

Жданов В.В. 28
Жданов Р.В. 28
Жилина Н.М. 270
Жогов К.Ю. 64
Жуков Д.В. 72
Жуманазаров Э.М. 218
Жуманбаева Ж.М. 184

З

Завальников В.А. 72
Загриценко Н.Д. 15
Заздравнов А.А. 185
Заикин С.И. 120, 144, 145
Заикина И.В. 148
Затеева Т.Н. 186
Захаров И.С. 114, 193
Захарова Ю.В. 187
Зиновьев С.В. 34
Золоев Г.К. 125
Золоторевская О.С. 119, 121

И

Иванова Н.М. 169
Ивлев Е.В. 28
Игисинов Д.К. 27, 184
Игишева Л.Н. 122, 246
Идельбаева Ф.М. 16
Ильин И.Б. 34
Ильина О.П. 208
Исаков Э.З. 188
Истратова Т.И. 208

К

Казарезов М.В. 62, 63
Казачек Т.М. 64, 208
Казимова С.Б. 123
Калаева Г.Ю. 189
Каллаев Н.О. 65, 66

Каменева Е.А.	32
Канапиянова Г.Б.	184
Кареева А.И.	190
Каримова Н.В.	170
Кармалитова Т.В.	7
Касьянов Д.В.	107
Каткова М.А.	93
Каттаханова Р.Ю.	124, 143
Качурина Е.Н.	190
Ким Л.Б.	191, 192
Кирилович Е.А.	232
Кирсанов В.А.	67, 68, 69
Кобякова О.В.	224
Ковалев В.А.	67, 68, 69
Коваль О.А.	111, 125
Ковзик Л.Д.	166
Коков А.Н.	190
Колмыкова Е.В.	64, 208
Колотов Е.Б.	95, 96
Колотова Е.В.	95, 96
Колпинская Т.Д.	93
Колпинский Г.И.	193
Конев С.В.	47, 99, 242
Конюх Е.А.	158, 194
Корнев В.П.	105
Королева А.М.	62, 63
Королева Е.А.	14
Костяков Д.В.	131
Котова О.А.	224
Котовщикова Е.Ф.	133, 220
Кравцов С.А.	30, 36, 37, 38, 79, 144
Кравченко Л.В.	15
Красильников Г.П.	126
Краснова Р.Ф.	15
Кратовский А.Ю.	121
Крашенинникова Л.П.	251, 253
Кремено С.В.	195
Круглыхин И.В.	52
Крылов В.А.	34, 35
Крючков А.Б.	126
Кудашова О.В.	196
Кудрявцев А.И.	75
Кузнецова Н.А.	224
Кузьмин А.И.	95, 96
Кулемзина Т.В.	197
Кунгуров М.Н.	230
Куприенко О.А.	70
Куприянова С.В.	93
Курнапегова Н.В.	198

Л

Лазарева С.В.	199
Ластаев Т.В.	97
Левченко Т.В.	59, 178
Леденева И.В.	200
Леонов Г.В.	23
Лешкова И.В.	202
Лещишин Я.М.	136, 139
Лихачев А.Г.	127
Лихачева В.В.	127
Логунов А.Л.	73

М

Мазеев Д.В.	83
Макаров Д.Н.	32
Макаров М.А.	72, 73, 86
Макаров С.А.	56, 72, 73, 86
Максимишин С.В.	24
Малев В.А.	30, 79
Малик Н.В.	203
Малиновский В.А.	119
Мальцева Н.А.	204
Мамаризаев Х.О.	205
Маматкулова М.Т.	128
Манарбеков Е.М.	61
Марковская А.А.	207
Мартынов А.А.	129
Марцияш А.А.	64, 208, 265
Матхошимов Н.С.	209
Маханова.	184
Махмудова М.А.	211, 212, 213
Машарипова С.О.	167, 244
Мещеряков С.А.	80
Миклаш Н.В.	194
Милюков А.Ю.	39, 57, 83
Мироманов А.М.	71
Мирютова Н.Ф.	195
Михайлов С.Н.	228
Мищенко Д.В.	176
Могучая О.В.	98
Мозгунова А.Б.	170
Моноенко В.В.	58
Мочалов С.В.	113
Мясников С.А.	71

Н

Нагорнова Н.А.	224
Найданова Л.В.	215
Настаева М.В.	34
Начева Л.В.	173, 216

Авторский указатель

Нестеренко В.А.	72
Нигомаев В.Г.	230
Никулина Е.Н.	118
Нитиевская Г.А.	170
Нишонбоева Д.Д.	130
Новиков Д.В.	217
Новокшонов А.В.	97, 99
Норматова Ш.А.	218
Носков В.П.	93
Нохрин А.В.	122
Нурмухаметов М.Р.	72

О

Обухов С.Ю.	45, 79, 80
Овсянникова Н.С.	221
Одинцева О.В.	230
Оленев Е.А.	58, 72
Омарова Г.С.	27, 184
Ооржак О.В.	134
Османов К.Ф.	131
Оспанова А.Е.	27, 184

П

Павленко В.В.	114
Павлов В.П.	73, 86
Панасенко С.И.	131, 132
Панчишина О.А.	208
Парфенов П.Г.	139
Пасиешвили Л.М.	219
Перевалова Н.В.	122
Переверзева О.В.	170
Перегудова И.Г.	133, 220
Петриков А.С.	133, 170, 220
Петрич Л.Н.	114
Плетнев В.В.	67, 68, 69
Погорелов Ю.Г.	230
Подолужный В.И.	134
Половинко В.В.	67, 68, 69
Полянцева Л.А.	243
Помыткина Н.Ю.	199
Помыткина Т.Е.	221, 222
Пономарева Т.А.	223
Попко И.А.	172
Попкова С.С.	161
Попова Т.А.	224
Попонина Ю.Н.	225
Порошина Н.В.	226
Потехин К.В.	136
Поткина Т.Н.	74
Пронских А.А.	46

Прохоренко В.М.	58
Проценко С.В.	46
Пугачев С.В.	32
Путятин А.Н.	191, 192
Пьянкова Е.Э.	224

Р

Разумова В.А.	121
Раудина С.Н.	226
Рахмонов Б.Б.	249
Рахмонова К.А.	138
Речкунова О.А.	228
Ровенских Д.Н.	179
Роскидайло А.А.	73
Рублевский В.П.	127
Рудаева Е.Г.	229
Русских Г.С.	191, 192
Рыбкин Л.И.	16, 17
Рыбников А.В.	86

С

Савостьянов И.В.	139
Садкова Н.А.	8
Саид Ф.М.	75, 85
Самосюк Н.С.	171
Сафин Р.Р.	84
Сафронов А.А.	228
Сафронова А.Б.	230
Сеиткабылов А.С.	76, 77
Семенihin В.А.	226, 230
Серикбаев А.С.	76, 77
Сибгатуллина А.Ф.	16
Сизова И.Н.	122
Силантьева Е.В.	186
Синельникова Л.М.	170
Синица Н.С.	45, 79, 80
Скопинцев Д.А.	36
Смирнов М.В.	51
Смирнова Л.В.	231
Соколова Г.Г.	247
Солиева Г.А.	260
Соловьева Н.В.	245
Стариков В.Н.	34
Старцева И.В.	186
Старых В.С.	15, 74
Степанова М.Г.	216
Стражников В.Н.	208
Стуканов М.М.	23
Сунцова Е.Г.	32
Суслина Т.В.	64

Суслова О.В. 169
 Сычева С.В. 232
 Сюльжина Е.Н. 170

Т

Тарасова И.Н. 170
 Тендрякова С.Ю. 177
 Тешабаева Ш.М. 233
 Тияходжаева Г.Б. 266
 Тимершин Р.Р. 17
 Титова А.Н. 234, 235
 Титова Я.А. 139
 Тиунова М.И. 236
 Ткачев Е.В. 34
 Торгунаков А.П. 139, 141
 Троегубов Д.В. 126
 Турдиев Ш.М. 237, 239, 240, 241
 Тухтасинов Х. 81, 82

У

Уринбоев Б.К. 143
 Усов С.А. 179
 Устьянцев Д.Д. 83
 Устьянцева И.М. 34, 59

Ф

Фадеев Б.М. 65
 Федоров К.К. 113
 Федоров М.Ю. 36
 Федорова Т.А. 245
 Федорович М.А. 242
 Федосеева И.Ф. 243
 Фетищева Л.Е. 114
 Фролов П.А. 120, 144, 145

Х

Хайдарова Б.А. 167, 244
 Хайрединова О.П. 178, 224
 Хань Х.Ч. 84, 85
 Хело М.Д. 75, 85
 Хисметова А.М. 184
 Хоменко Н.П. 208
 Хомидов Э.И. 249
 Хорохордина К.Н. 245
 Хохлова О.И. 34, 189
 Хошимова А.Е. 266
 Храмов А.Э. 86
 Хренников Я.Б. 72

Ц

Цигельникова Л.В. 246
 Цой Е.Г. 246
 Цоколов А.В. 34, 35
 Цюрюпа В.Н. 57

Ч

Черникова О.Н. 230
 Чернышова А.В. 94
 Чеченин Г.И. 270

Ш

Шабалдин С.С. 178
 Шабалина О.В. 134
 Шабанова Г.В. 35
 Шакурин С.В. 117
 Шарифова Э.А. 146
 Шарлаева Е.А. 174, 247
 Шаталин А.В. 30, 36, 37, 38
 Шебалина А.О. 248
 Шерман С.В. 115, 116, 117
 Шерматов Р.М. 81, 82, 147, 249
 Шестова Е.С. 39, 83
 Шкурупий В.А. 192
 Шмакова О.В. 229
 Шойхет Я.Н. 133, 220
 Шурыгина Т.С. 170

Щ

Щедренко В.В. 98
 Щербакова Е.В. 94

Э

Экимбай А. 184

Ю

Юлдашева Д.Р. 250
 Юмаев Р.Х. 34

Я

Ягудин Р.Х. 16, 17
 Яковлева Н.В. 148, 149
 Якушева О.Н. 270
 Якушин О.А. 97, 99
 Яроцкая В.В. 171

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ	3
Агаджанян В.В. 25 ЛЕТ ГАУЗ КО «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ».....	5
Анисимова А.В., Кармалитова Т.В., Бритвина О.П., Артамонова О.Н. ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	7
Апарина Н.Ф., Садкова Н.А. ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	8
Ашурова М.Д. ПРОБЛЕМА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	9
Баран О.И. ВЗАИМОСВЯЗЬ КУРЕНИЯ ТАБАКА ЖЕНЩИНАМИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	10
Григорьев Ю.А., Баран О.И. НАСКОЛЬКО УСТОЙЧИВ РОСТ РОЖДАЕМОСТИ В СИБИРИ?	11
Григорьев Ю.А. ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (2005-2016 ГГ.)	12
Григорьев Ю.А., Баран О.И. ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В СФО И КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	13
Королева Е.А. РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В КДЛ	14
Старых В.С., Краснова Р.Ф., Гусельникова Т.Л., Кравченко Л.В. Загриценко Н.Д. ЭФФЕКТИВНЫЙ ПУТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	15
Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Сибгатуллина А.Ф., Идельбаева Ф.М. ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЕ ПУНКТЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ	16
Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Тимершин Р.Р., Гарипова А.З. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО	

Содержание

НАСЕЛЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, 2001-2016 ГГ.)	17
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ	21
Гирш А.О., Стуканов М.М., Леонов Г.В. МОДЕРНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ	23
Гирш А.О., Максимишин С.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРИАНТОВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ	24
Гирш А.О., Данилов А.В. ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТАВОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ	25
Дюсупов А.З., Дюсупова А.А., Дюсупова Б.Б. ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИХ	26
Дюсупова А.А., Игисинов Д.К., Арипбаева А.Н., Оспанова А.Е., Омарова Г.С. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ	27
Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов В.В., Жданов Р.В., Бутов О.В. МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ АДЕНОТОМИЯХ И ТОНЗИЛЛОТОМИЯХ	28
Кравцов С.А., Шаталин А.В., Малев В.А. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ	30
Макаров Д.Н., Сунцова Е.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	32
Пугачев С.В., Каменева Е.А., Боровков Я.О. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ	32
Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Голошумов Н.П., Агаджанян В.В. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА	34
Цоколов А.В., Ильин И.Б., Ткачев Е.В., Настаева М.В., Крылов В.А. Стариков В.Н., Зиновьев С.В., Юмаев Р.Х. ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА И ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ (АМАТОКСИНОМ)	34

Шабанова Г.В., Цоколов А.В., Крылов В.А. «КРОВЯНОЙ ХИМЕРИЗМ» И ДЕКСТРАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	35
Шаталин А.В., Кравцов С.А., Скопинцев Д.А., Федоров М.Ю. ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	36
Шаталин А.В., Кравцов С.А. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ	37
Шаталин А.В., Кравцов С.А., Богданов А.В. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ ...	38
Шестова Е.С., Власов С.В., Власова И.В., Милюков А.Ю. ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ	39
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	43
Агаджанян В.В., Сеница Н.С., Довгаль Д.А., Обухов С.Ю. ЛЕЧЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	45
Агаджанян В.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Проценко С.В. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	46
Агафонова Н.В., Конев С.В. ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	47
Афанасьев Л.М., Гусельников С.С. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РЕПЛАНТАЦИЙ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	49
Афанасьев Л.М. АЛЬТЕРНАТИВА ПЛАСТИКИ НЕРВА: ДВУХЭТАПНЫЙ ШОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ	50
Барашов А.Ю., Смирнов М.В. ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРЕ II УРОВНЯ	51
Бондаренко А.В., Круглыхин И.В. МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА ...	52
Боровская О.С., Беспальчук А.П. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ И ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	53

Содержание

Бялик В.Е., Макаров С.А., Алексеева Л.И., Бялик Е.И. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА, МАССЫ ТЕЛА, ВЕЛИЧИНЫ УГЛА КОРРЕКЦИИ И СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКОЙ ТИБИАЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИИ	56
Власова И.В., Власов С.В., Цюрюпа В.Н., Милуков А.Ю. ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА	57
Выговский Н.В., Прохоренко В.М., Моноенко В.В., Оленев Е.А. ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОМЕТАЛЛОСИНТЕЗА (ОМС) ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И ПОСЛЕДУЮЩИХ УДАЛЕНИЙ ИМПЛАНТОВ (НА ПРИМЕРЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ)	58
Давыдов Д.А., Устьянцева И.М., Авдалян А.М., Агаджанян В.В., Левченко Т.В. МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕЙ ГОЛОВКИ БЕДРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ КОКСАРТРОЗА	59
Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Букатов А.К. ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ОДНОПЛОСКОСТНЫМ ЧРЕСКОСТНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ	60
Дюсупов А.А., Манарбеков Е.М. ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА	61
Казарезов М.В., Королева А.М. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТКАНЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ	62
Казарезов М.В., Королева А.М. СПОСОБ МИНИИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ	63
Казачек Т.М., Колмыкова Е.В., Суслина Т.В., Жогов К.Ю., Ерошко Г.Д. Марцияш А.А. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ	64
Каллаев Н.О., Фадеев Б.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКТИКИ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ	65
Каллаев Н.О. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ DAMAGECONTROL ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПОЛИТРАВМАХ	66
Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г. АУТОЛОГИЧНАЯ ПЛАЗМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА	67

Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г. К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА	68
Кирсанов В.А., Плетнев В.В., Ковалев В.А., Половинко В.В., Бордуков Г.Г. Андреев И.М. НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ	69
Куприенко О.А. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ И ПЛАНТАРНОГО ФАСЦИИТА УДАРНО- ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ	70
Мироманов А.М., Давыдов С.О., Мясников С.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	71
Нурмухаметов М.Р., Макаров М.А., Макаров С.А., Бялик Е.И. Хренников Я.Б., Бялик В.Е., Нестеренко В.А. АУТОЛОГИЧНЫЙ МАТРИКС-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ХОНДРОГЕНЕЗ (АМИС) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С HALLUXRIGIDUS	72
Оленев Е.А., Жуков Д.В., Выговский Н.В., Завальников В.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ (ГРУДЬ, ЖИВОТ) И КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЫ В ТРАВМАЦЕНТРЕ II УРОВНЯ ЗА ПЕРИОД 2016 ГГ.	72
Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А., Логунов А.А., Роскидайло А.А. Макаров М.А., Амирджанова В.Н. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА	73
Поткина Т.Н., Старых В.С. ЭТИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЗМА ОТ УКУСОВ ЖИВОТНЫХ И ПРОФИЛАКТИКА ЕГО	74
Саид Ф.М., Ахтямов И.Ф., Кудрявцев А.И., Хело М.Д. ЛЕЧЕНИЕ АРТРОЗА ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО СУСТАВА МЕТОДОМ ПЛАСТИКА МЕДИАЛЬНОЙ ПАТЕЛЛО-ФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ	75
Серикбаев А.С., Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Сеиткабылов А.С. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТРАНСАРТИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ СТОПЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК	76
Серикбаев А.С., Дюсупов А.А., Дюсупов А.З., Сеиткабылов А.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСАРТИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ СТОПЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК	77
Синица Н.С., Кравцов С.А., Агаларян А.Х., Обухов С.Ю., Малев В.А. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ (Клинический пример)	79

Содержание

Синица Н.С., Мещеряков С.А., Обухов С.Ю. ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	80
Тухтасинов Х., Шерматов Р.М. СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ПРОНАЦИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С ПОДВЫВИХОМ СТОПЫ	81
Тухтасинов Х., Шерматов Р.М. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА	82
Устьянцев Д.Д., Милюков А.Ю., Власов С.В., Гилев Я.Х., Шестова Е.С. Мазеев Д.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ	83
Хань Х.Ч., Ахтямов И.Ф., Сафин Р.Р., Гарифуллов Г.Г. СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	84
Хело М.Д., Ахтямов И.Ф., Саид Ф.М., Хань Х.Ч. ОСОБЕННОСТИ АРТРОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	85
Храмов А.Э., Макаров М.А., Макаров С.А., Павлов В.П., Рыбников А.В. ЧАСТОТА ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	86
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ	91
Ардашев И.П., Носков В.П., Ардашева Е.И., Каткова М.А., Колпинская Т.Д. Куприянова С.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА	93
Борецкая Е.А., Щербакова Е.В., Чернышова А.В. TNF- α У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА	94
Колотов Е.Б., Гатин В.Р., Елагин С.В., Колотова Е.В., Кузьмин А.И. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕКОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ	95
Колотов Е.Б., Гатин В.Р., Елагин С.В., Колотова Е.В., Кузьмин А.И. ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ПОЗВОНОЧНИКА	96
Ластаев Т.В., Новокшенов А.В., Якушин О.А. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	97

Могучая О.В., Щедренок В.В., Гарифуллин Т.Ю. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ: ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ	98
Якушин О.А., Новокшенов А.В., Конев С.В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	99
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ	103
Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В., Гнедь М.А., Корнев В.П. СУБФАСЦИАЛЬНАЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ЭЛЕКТРООЖОГАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПЛАСТИКОЙ ЛОСКУТАМИ С ОСЕВЫМ КРОВОТОКОМ	105
Альтшулер Е.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ РАН	106
Альтшулер Е.М., Демидов Д.Г., Волженин В.В., Касьянов Д.В. ПРОФИЛАКТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ	107
Бабаджанов Ж.К. ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПЕ У ДЕТЕЙ	108
Бабаджанов Ж.К. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОДСЛИЗИСТОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ СПЛЕТЕНИЙ	109
Бакирова Х.К. ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	110
Барашова Л.П., Бурков А.Н. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ	110
Батискин С.А., Коваль О.А. ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА НА ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	111
Беглова А.Ю., Елгина С.И. ФЕРТИЛЬНОСТЬ И СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	112
Беляев М.К., Федоров К.К., Мочалов С.В., Беляев А.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ	113
Болотова С.Н., Захаров И.С., Демьянова Т.Н., Фетищева Л.Е., Петрич Л.Н. Додонова Г.Х., Павленко В.В. ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН - НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ	114

Содержание

Гаврилов А.В., Шерман С.В., Галятина Е.А., Булдаков В.Ф., Гусева Г.Н. ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ	115
Галятина Е.А., Шерман С.В., Гаврилов А.В., Булдаков В.Ф., Гусева Г.Н. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НА ФОНЕ НЕЗАВЕРШЕННОГО ПОВОРОТА КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	116
Галятина Е.А., Шерман С.В., Гаврилов А.В., Шакурин С.В., Булдаков В.Ф. Гусева Г.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПЕРЕКРУТОВ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ	117
Елгина С.И., Никулина Е.Н. «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ СЛЕД» В СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ	118
Елгина С.И., Бурова О.С., Малиновский В.А., Золоторевская О.С. ВОЗМОЖНОСТИ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ	119
Заикин С.И., Фролов П.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ	120
Золоторевская О.С., Елгина С.И., Разумова В.А., Кратовский А.Ю. ПРЕИМУЩЕСТВА ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ	121
Игишева Л.Н., Аникеенко А.А., Болгова И.В., Нохрин А.В., Сизова И.Н. Первалова Н.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОТ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	122
Казимова С.Б. ПРОБЛЕМЫ НАЛИЧИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	123
Каттаханова Р.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ	124
Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Г.К. РЕЗУЛЬТАТЫ АМПУТАЦИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ	125
Красильников Г.П., Горовой П.А. ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	126

Красильников Г.П., Крючков А.Б., Троегубов Д.В. СПОНТАННЫЙ ОТРЫВ АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ	126
Лихачев А.Г., Бондарев О.И., Рублевский В.П., Лихачева В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	127
Маматкулова М.Т., Галиев Ш.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ	128
Мартынов А.А., Баранов А.И., Афонина Т.А. ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ, КАК КРИТЕРИЙ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОБШИРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ	129
Нишонбоева Д.Д. БОРЬБА СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	130
Османов К.Ф., Костяков Д.В. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТИПОВЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РАНАХ ПОСЛЕ ОТБОРА РАСШЕПЛЕННЫХ КОЖНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ	131
Панасенко С.И. АНАЛИЗ ТОРАКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ	131
Панасенко С.И. АНАЛИЗ АБДОМИНАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ	132
Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г. ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОЙ ГРУППЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	133
Подолужный В.И., Шабалина О.В., Ооржак О.В. ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N1 ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО	134
Потехин К.В., Лещицин Я.М. ПЕРИТОНИТ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	136
Рахмонова К.А. МЕХАНИЗМЫ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	138
Савостьянов И.В., Данильченко И.Ю., Лещицин Я.М. ПОПЕРЕЧНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	139

Содержание

Торгунаков А.П., Титова Я.А., Парфенов П.Г. РОЛЬ ДРЕМЛЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ В ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	139
Торгунаков А.П. ОЦЕНКА СИМПТОМА КОХЕРА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ	141
Уринбоев Б.К., Каттаханова Р.Ю. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ	143
Фролов П.А., Заикин С.И., Кравцов С.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИБРОТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ (ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ)	144
Фролов П.А., Заикин С.И. ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 0,2% ИНДИГОКАРМИНА В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ	145
Шарифова Э.А., Галиев Ш.Ш. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ ПОДРАСТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	146
Шерматов Р.М. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОСОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ	147
Яковлева Н.В., Заикина И.В., Агаджанян К.В. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ	148
Яковлева Н.В., Ванеева Л.С., Агаджанян К.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	149
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ	155
Абдулхакимов А.Р., Асанов М.Р., Абдулхакимова Э.Б. ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ В МИРЕ	157
Абдулхакимов А.Р., Асанов М.Р., Абдулхакимова Э.Б. РОЛЬ ЗНАНИЙ ИБН СИНЫ В РАЗВИТИИ ФИЗИЧЕСКИХ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ КУЛЬТУР	157
Адамович В.А., Конюх Е.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	158

Азизова Н.Н. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	159
Азимова М.К. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ КАНЦЕРОГЕННЫХ АГЕНТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОПУХОЛЕЙ	160
Аксененко А.В., Громакина Е.В., Попкова С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ШАХТЕРОВ РАЗНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП	161
Анисимова А.В., Бритвина О.П., Артамонова О.Н. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ	162
Астанакулов Д.Й. БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	163
Астанакулов Д.Й. СТРУКТУРА И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРВЫХ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА	164
Астахова И.М., Ковзик Л.Д. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И РЕЦИДИВОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ	166
Ахмедова М.М., Хайдарова Б.А., Машарипова С.О. ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ	167
Ашурова М.Д. ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТАЮЩИХ ЗАВОДОВ МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ	168
Батанина И.А., Сулова О.В., Воробьева Е.Н. СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА	169
Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Иванова Н.М. АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ <i>NEISOBACTER PYLORI</i> -ИНФЕКЦИИ	169
Белых В.И., Петриков А.С., Сюльжина Е.Н., Беспалова О.В., Волкова Е.С. Гречкина Е.В., Веретенникова Л.С., Мозгунова А.Б., Нитиевская Г.А. Шурыгина Т.С., Переверзева О.В., Тарасова И.Н., Синельникова Л.М. Богук Г.А., Каримова Н.В. ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И АЛЛЕЛЬНЫМ ПОЛИМОРФИЗМОМ ФИБРИНОГЕНА β	170
Бердовская А.Н., Яроцкая В.В., Самосюк Н.С. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ	171

Содержание

Бердовская А.Н., Попко И.А. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	172
Бибик О.И., Начева Л.В. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ФАСЦИОЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА ТРИКЛАБЕНДАЗОЛОМ	173
Бобина И.В., Шарлаева Е.А. РОЛЬ АБИОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	174
Бобро Л.Н. ПРИМЕНЕНИЕ «БЫСТРЫХ ФЕКАЛЬНЫХ ТЕСТОВ» ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИССЛЕДОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	175
Варфоломеев В.Н., Мищенко Д.В. КОРРЕКЦИЯ БИОАНТИОКСИДАНТАМИ ЯВЛЕНИЙ МЕМБРАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ МЕХАНОАКУСТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ	176
Власова Е.М., Тендрякова С.Ю. ЖЕНСКИЙ ТРУД В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА	177
Власова И.В., Шабалдин С.С., Левченко Т.В., Хайрединова О.П. ДИАГНОСТИКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ	178
Воевода М.И., Усов С.А., Ровенских Д.Н. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ФАКТОР РИСКА ПЕРВИЧНОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	179
Воробьева А.А. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ	180
Вьюн Т.И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТАРТРАТРЕЗИСТЕНТНОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	181
Галиев Ш.Ш. ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	182
Голомидова Т.В. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	183
Дюсупова А.А., Игисинов Д.К., Арипбаева А.Н., Оспанова А.Е., Омарова Г.С. Экимбай А., Маханова. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.СЕМЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЕГО РАЗВИТИЯ	184

Еспенбетова М.Ж., Жуманбаева Ж.М., Амренова К.Ш., Хисметова А.М. Канапиянова Г.Б., Берсимбекова Г.Б. ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭТАНОЛОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	184
Заздравнов А.А. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СИМПТОМАТИКИ ЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА	185
Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В., Старцева И.В. ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ	186
Захарова Ю.В. АССОЦИИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРОСИМБИОНТОВ КИШЕЧНИКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	187
Исаков Э.З. АНАЛИЗ ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	188
Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Бочкова Т.А. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ	189
Кареева А.И., Коков А.Н., Качурина Е.Н. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	190
Ким Л.Б., Русских Г.С., Путятин А.Н. СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО И СВОБОДНОГО ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН В ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ	191
Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятин А.Н., Русских Г.С. ВЛИЯНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-НАНОСОМАЛЬНОЙ КОМПОЗИЦИИ С ДЕКСТРАЗИДОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ТИМП-1 И ТИМП-2 В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ С БЦЖ-ИНДУЦИРОВАННЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ	192
Колпинский Г.И., Захаров И.С. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	193
Конюх Е.А., Миклаш Н.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА НА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ	194
Кремено С.В., Барабаш Л.В., Мирютова Н.Ф., Абдулкина Н.Г. СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У РАБОТНИКОВ ВНУТРЕННЕГО ВОДНОГО ТРАНСПОРТА	195

Содержание

Кудашова О.В., Бочкова Т.А. НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО-НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	196
Кулемзина Т.В. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШАХТНОЙ ТРАВМОЙ	197
Курнапегова Н.В. ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГА	198
Лазарева С.В., Авдонченко Т.А., Помыткина Н.Ю. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОГО СИНДРОМА	199
Леденева И.В., Белошапкина А.В. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	200
Лешкова И.В. РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЭКСПОЗИЦИИ АКРИЛОНИТРИЛА	202
Малик Н.В. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ДОЛГОСРОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧОМ	203
Мальцева Н.А. ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)	204
Мамаризаев Х.О. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	205
Марковская А.А. СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ ...	207
Марцияш А.А., Казачек Т.М., Колмыкова Е.В., Панчишина О.А. Истратова Т.И., Ильина О.П., Хоменко Н.П., Григорьева Т.А. Стражников В.Н. НАЛИЧИЕ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСУЛЬТА	208
Матхошимов Н.С. УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	209
Махмудова М.А. ДИНАМИКА ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	211

Махмудова М.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	212
Махмудова М.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ	212
Махмудова М.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	213
Найданова Л.В. ИЗМЕНЕНИЯ СВОЙСТВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ИССЛЕДУЕМЫХ ПОКОЛЕНИЯХ .	215
Начева Л.В., Додонов М.В., Бибик О.И., Гребенщиков В.М., Степанова М.Г. КОМБИНАТИВНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ КАК ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРЕМАТОЗОВ ЧЕЛОВЕКА	216
Новиков Д.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ (ЗНО) ЗА ПЕРИОД С 2011-2016 ГГ. В Г.ЛЕНИНСКЕ-КУЗНЕЦКОМ С ОБЛАСТНЫМИ И РОССИЙСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ...	217
Норматова Ш.А., Жуманазаров Э.М. РОЛЬ МИЗАДЖА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И БЛЮД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ	218
Пасиешвили Л.М. ВЗАИМООТЯГОЩАЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	219
Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г. О НЕОБХОДИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	220
Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРОБИОТИКА В СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ	221
Помыткина Т.Е., Овсянникова Н.С. ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	221
Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО И ДИСПЕПСИЧЕСКОГО СИНДРОМОВ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТРА ОДДИ	222
Пономарева Т.А. АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕ ХРОМОВЫХ РУД	223

Содержание

Попова Т.А., Хайрединова О.П., Котова О.А., Нагорнова Н.А., Пьянкова Е.Э. Кузнецова Н.А., Варюшкина Е.В., Кобякова О.В. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	224
Попонина Ю.Н. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ	225
Раудина С.Н., Семенихин В.А., Порошина Н.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА	226
Речкунова О.А., Сафронов А.А., Михайлов. С.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ДДЗ)	228
Рудаева Е.Г., Анфиногенова О.Б., Шмакова О.В. КОМПЛЕКСНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ	229
Семенихин В.А., Одинцева О.В., Черникова О.Н., Сафронова А.Б. Погорелов Ю.Г., Нигомаев В.Г., Кунгуров М.Н. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ	230
Смирнова Л.В., Дунаева М.П., Гребенникова В.В., Белошапкина А.В. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА «АРТРОМОТ»	231
Сычева С.В., Кирилович Е.А. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ БАКТЕРИЙ РОДА ENTEROCOCCUS, ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	232
Тешабаева Ш.М. СОВРЕМЕННЫЕ СОСТОЯНИЕ ДИНАМИКИ РОЖДАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	233
Титова А.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА»РОТА-СТИК» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ	234
Титова А.Н. К ВОПРОСУ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ НА ТЕРРИТОРИИ Г.ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО, ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКОГО РАЙОНА И Г.ПОЛЫСАЕВО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	235
Тиунова М.И. ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ У РАБОТАЮЩИХ В ПОДЗЕМНЫХ	

УСЛОВИЯ ТРУДА	236
Турдиев Ш.М. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	237
Турдиев Ш.М. ДИНАМИКА УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ	239
Турдиев Ш.М. ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	240
Турдиев Ш.М. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ДЕТЕЙ	241
Федорович М.А., Агафонова Н.В., Конев С.В. МСКТ - АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ	242
Федосеева И.Ф., Полянцева Л.А., Галиева Г.Ю., Геворгян Г.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА ТИП А/В У РЕБЕНКА 2-Х ЛЕТ ...	243
Хайдарова Б.А., Машарипова С.О. ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	244
Хорохордина К.Н., Федорова Т.А., Соловьева Н.В. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ, ПО ДАННЫМ ГОСРЕГИСТРА СД ЗА 2017Г. В ГАУЗ КО ОКЦОЗШ	245
Цигельникова Л.В., Цой Е.Г., Игишева Л.Н. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВСКАРМЛИВАНИЮ ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ	246
Шарлаева Е.А., Воробьев Р.И., Бобина И.В., Соколова Г.Г. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЖИТЕЛЕЙ Г.БАРНАУЛА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	247
Шебалина А.О., Анфиногенова О.Б. ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	248
Шерматов Р.М., Хомидов Э.И., Рахмонов Б.Б. ВЛИЯНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	249

Содержание

Юлдашева Д.Р. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ	250
Крашенинникова Л.П. ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ	251
Крашенинникова Л.П. НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ КАК ОСНОВА РАННЕЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	253
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	257
Джуманиязова Н.С. ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ИММУННУЮ И КРОВЕТВОРНУЮ СИСТЕМЫ ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ	259
Джуманиязова Н.С., Алланазаров А.Х. ЭФФЕКТ ФИЛИПИЛА И ТРИБУЛИПИЛА НА СИНТЕЗ АНТИТЕЛ И ОРГАНЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ИМУРАНИНДУЦИРОВАННОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ	259
Солиева Г.А. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИМУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У МОЛОДЫХ КРЫС	260
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	263
Марцияш А.А., Гуляева Е.Н. ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» В ФГБОУ ВО КЕМГМУ	265
Тияходжаева Г.Б., Хошимова А.Е. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	266
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ	267
Абдуманонов А.А. СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ПРИНЯТИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РЕШЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ	269
Чеченин Г.И., Жилина Н.М., Якушева О.Н. О ГОСУДАРСТВЕННОМ ПРОЕКТЕ «ЭЛЕКТРОННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	270
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	273
СОДЕРЖАНИЕ	279

«МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ»

МАТЕРИАЛЫ XXI ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
25-26 МАЯ 2018, г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ

Редактор Устьянцева И.М.
Технический редактор Сидельникова Е.Н.
Операторы электронной верстки Фофонова Е.Н.
Оператор печатных машин Жерздева И.А.

Подписано в печать 3 апреля 2018 г. Бумага белая, мелованная.
Формат 84x108/16. Гарнитура «AG_Futura». Тираж 200.

ООО «ПРИМУЛА»
650065, г.Кемерово, пр. Ленинградский, 28а, 121
E-mail: primulaprint@mail.ru