Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук
Российская Академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Кузбасский научный центр
Кемеровская государственная медицинская академия
Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития России
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Министерства энергетики РФ

XVII Юбилейная
Всероссийская научно-практическая конференция

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

19-20 сентября 2013 г.
г.Ленинск-Кузнецкий

Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук
Российская Академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Кузбасский научный центр
Кемеровская государственная медицинская академия
Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития России
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
Министерства энергетики РФ

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ
XVII ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУчНО-ПРАКТИчЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

19-20 сентября 2013 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+004]

Многопрофильная больница: проблемы и решения: мат. XVII Юбил. Всерос. науч.-практ. конф., г.Ленинск-Кузнецкий, 19-20 сент. 2013/СО РАМН, ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». "Кемерово: ООО "Примула", 2013." - с.: 425, табл.: 1, рис.: 4.

JSBN 5-85119-098-1

Книга содержит материалы XVII Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: проблемы и решения», проходившей 19-20 сентября 2013г. в Федеральном государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агаджанян В.В.	д.м.н., профессор, директор ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Устьянцева И.М.	д.б.н., заместитель директора по клинической лабораторной диагностике ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Пронских А.А.	д.м.н., заведующий центром травматологиии и ортопедии ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Кравцов С.А.	д.м.н., заведующий центром анестезиологии и реанимации, ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Новокшонов А.В.	д.м.н., заведующий центром нейрохирургии
Семенихин В.А.	д.м.н., заведующий центром профпатологии ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Афанасьев Л.М.	д.м.н., заведующий микрохирургическим отделением ФГБЛПУ «НКЦОЗШ»
Визило Т.Л.	д.м.н., заведующая неврологическим отделением ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Милюков А.Ю.	д.м.н., заведующий отделением травматологии и ортопедии N 2 ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Хохлова О.И.	д.м.н., врач клинической лабораторной диагностики ФГБЛПУ "НКЦОЗШ"
Шаталин А.В.	д.м.н., заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Агаларян А.Х.	к.м.н., заведующий хирургическим отделением N 2 ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Яковлева Н.В.	к.м.н., заведующая гинекологическим отделением ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»

JSBN 5-85119-098-1

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ

Агаджанян В.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

20 ЛЕТ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ») в г.Ленинске-Кузнецком построен в 1993 г. и предназначен для оказания специализированной медицинской помощи работникам угольных предприятий Кузбасса и членам их семей.

Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров является крупнейшим в России медицинским учреждением, где настойчиво воплощается передовой отечественный и зарубежный опыт работы по снижению заболеваемости среди жителей угледобывающих регионов.

Это крупное многопрофильное специализированное лечебное, научное и учебное учреждение единственный в Кузбассе координационный центр, обеспечивающий реализацию медицинских, научно-исследовательских и методических программ, направленных на повышение эффективности лечения шахтеров и членов их семей, пенсионеров, всестороннюю поддержку и лечение детей, разработку и практическое внедрение новых эффективных методов и подходов в диагностике и лечении различных заболеваний, повышении профессионального уровня медицинских работников, реализации научно-исследовательских проектов

В структуре центра 26 клинических отделений на 840 коек, поликлиники для взрослых и детей на 1000 посещений, профпатологический центр, бригады постоянной готовности областного центра медицины катастроф, протезный комплекс, патологоанатомическое отделение.

В центре работают свыше 1600 человек, из них 214 врачей (11 докторов (3 - имеют научное звание профессора) и 32 кандидата медицинских наук), 675 медицинских сестры, 50 специалистов с высшим техническим образованием.

Ежегодно в поликлиниках центра регистрируется:

- более 500000 посещений, из них свыше 4000 шахтеров и более 9000 детей;
- 15000 работающих проходят периодические медицинские осмотры;
- 5000 работников угольных предприятий проходят углубленные профессиональные осмотры;
- 50 выездов на предприятия угольной промышленности, проконсультированы более 60000 шахтеров;
- достигнуто снижение показателей заболеваемости до 15%.

В стационаре пролечиваются 20000 пациентов: из них 4500 работников угольных предприятий, 6000 детей, выполняется свыше 10 000 операций, в том числе 2000 операций по высоким технологиям.

Центр является учебной базой, где действуют кафедры последипломного образования «Интегративная травматология» и «Профпатология» ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

На протяжении всего периода деятельности центра большое внимание уделяется высокому уровню технического оснащения центра. Применение передовых высоких технологий - это основной принцип работы коллектива.

С 1994 года ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» совместно с Президиумом СО РАМН и Кузбасским научным центром 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 рамках основных направлений осуществляется работа по трем комплексным фундаментально-

прикладным научно-исследовательским темам:

1. Разработка новых организационных технологий оказания медицинской помощи и эффективных способов диагностики, лечения, реабилитация при политравмах (N 01200903895 от 2009.06.18);

2. Изучение патогенетических механизмов формирования и разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний взрослого и детского населения (N 01200903894 от 2009.06.18);

3. Оптимизация системы профилактических мероприятий профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников угольной промышленности (N 01200903896 от 2009.06.18).

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

Центр успешно внедряет в повседневную практику высокие технологические методы лечения с использованием последних достижений науки и техники.

Научно-клинический центр является крупнейшим в Кузбассе медицинским учреждением, целенаправленно занимающимся разработкой системы организации специализированной медицинской помощи с учетом картированных маршрутов доставки пострадавших в лечебные многопрофильные учреждения, эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации пострадавших с политравмами.

Впервые в России на базе ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» (1996-2010 гг.) разработана и внедрена система оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмами в условиях крупного промышленного региона Сибири, включающая комплекс лечебно-диагностических мероприятий на до- и госпитальных этапах с учетом картированных маршрутов доставки пострадавших в лечебные многопрофильные учреждения, эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации.

Основные концепции медицинской помощи при политравме включают максимально быструю транспортировку пострадавших лечебно-транспортными бригадами в лечебное учреждение, где выполняются все виды диагностики, интенсивной терапии, хирургического лечения и специальная реабилитация.

При этом успехи в лечении политрамы обусловлены изменением системы организации медицинской помощи, разработкой эффективных методов оценки тяжести состояния, диагностики, лечения и реабилитации. Предложен алгоритм этапного ведения больных с политравмой.

Использование принципа срочного хирургического лечения при политравмах включало:

- первоочередное проведение оперативного лечения доминирующего повреждения, угрожающего жизни больного;
- максимально возможное проведение оперативных вмешательств при скелетной травме шокогенного характера;
- сокращение времени проведения операций.

На базе центра организованы лечебно-транспортные бригады постоянной готовности, которые входят в состав региональной службы «Медицина катастроф» и которые осуществляют один из этапов лечения пострадавших. Они принимают участие при ликвидации последствий крупных производственных катастроф на шахтах, доставляя шахтеров практически со всех аварий с обрушением кровли, завалами и взрывами газа («Ульяновской», «Юбилейной», «Распадской» и т. д.). За год бригады центра совершают более 400 выездов за пострадавшими в разные точки области.

Использование транспортировки специализированными лечебно-транспортными бригадами привело к уменьшению временного интервала доставки пациентов в специализированный центр, что позволило избежать госпитализации в больницы более низкого уровня, а также повысить эффективность догоспитального лечения.

Таким образом, впервые в ФГБЛПУ «Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров»:

- разработана и внедрена система оказания специализированной медицинской помощи по системе «больница-специализированное лечебное учреждение» («клиника-клиника») с учетом картированных маршрутов доставки лечебно-транспортными бригадами центра;
- оптимизированы и внедрены новые диагностические и лечебные мероприятия на

догоспитальном и госпитальном этапах;

- разработаны методы оценки и прогнозирования течения патологического процесса;
- проведено изучение патофизиологических механизмов развития гнойно-воспалительных и регенераторно-восстановительных процессов в посттравматическом периоде для обоснования нового методологического подхода к профилактике развития септических осложнений;
- разработаны и усовершенствованы методы хирургического лечения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
- внедрены в практическое использование малоинвазивные технологии при заболеваниях внутренних органов и травмах;
- разработаны эффективные программы реабилитационных мероприятий.

Определены показания и тактика срочного хирургического лечения пациентов в зависимости от тяжести травмы, осложнений тяжелой черепно-мозговой, респираторного дистресс-синдрома, проведения реплантаций отчлененных конечностей, эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов, а также эндопротезирование и пластика суставов кисти, пальцев.

В повседневную врачебную практику внедрены методы эндоскопической нейрохирургии, хирургические методы лечения гидроцефалии, внутричерепных кист у детей и взрослых, щадящие методы хирургического лечения при ушибах-размозжениях и сдавлениях головного мозга, патогенетический подход к закрытию дефектов черепа с использованием новых технологий, хирургия дегенеративных заболеваний и травм позвоночника и спинного мозга.

Предложенная и апробированная в Кузбассе на базе центра оптимизированная комплексная организационная и лечебно-диагностическая система оказания медицинской помощи при политравмах с внедрением новых медицинских технологий, позволила достигнуть положительных функциональных результатов в 90%, сократить сроки стационарного лечения на 20%, существенно снизить летальность от политравм в 2 раза (до 15%), уменьшить первичную инвалидность на 20%.

В рамках НИР «Новые методы диагностики и лечения, больных с политравмой» защищено 7 докторских и 18 кандидатских диссертаций, получено 39 патентов РФ, опубликовано 356 печатных работ, из них 66 в центральной и 6 в зарубежной печати. Опубликованы монографии «Политравма» (2003 г.), «Политравма. Септические осложнения» (2005 г.), «Политравма. Неотложная помощь и транспортировка» (2008 г.). Утверждено 12 методических рекомендаций. На базе ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» проведено два выездных заседания Президиума СО РАМН, посвященных проблеме политравмы (сентябрь 2008 г., апрель 2012 г.).

Изучены патогенетические механизмы развития церебро- и кардиоваскулярной патологии у лиц молодого возраста. Выявленные особенности метаболических и реологических нарушений при ишемическом инсульте и инфаркте миокарда у лиц в возрасте до 50 лет составляют основу для осуществления комплексного подхода к профилактической и терапевтической стратегии данных заболеваний.

Выделены параметры, позволяющие оценить степень тяжести и возможный функциональный исход ишемического инсульта у пациентов в возрасте до 50 лет (в первом случае - гомоцистеин, во втором случае - фибриноген и гомоцистеин). Полученные данные могут быть использованы в дальнейшем для оценки степени риска и прогноза развития церебро- и кардиоваскулярной патологии у лиц молодого возраста, а также для разработки программ индивидуальных профилактических мероприятий.

Центр профпатологии продолжает работу по наблюдению и лечению больных вибрационной болезнью, разрабатывает новые методы диагностики и лечения пылевой патологии у шахтеров.

В центре широко внедрен метод углубленных профессиональных осмотров на угольных предприятиях Кузбасса. Помимо детального изучения заболеваемости рабочих угольных предприятий, цеховая служба обеспечивает проведение комплексных медицинских осмотров горняков, страдающих различными болезнями с учетом профессиональных признаков. Бригады врачей выезжают на угольные предприятия для проведения углубленных осмотров работников. Ежегодно процент охвата периодическими медицинскими осмотрами работников угольных предприятий составил 98,8%.

Помимо углубленного изучения заболеваемости рабочих угольных предприятий, цеховая служба обеспечивает проведение комплексных медицинских осмотров с детальным исследованием контингентов лиц, страдающих различными болезнями с учетом профессиональных

признаков. При сопоставлении с аналогичными предприятиями угольной отрасли, не входящими в зону обслуживания Центра, достигнуто снижение показателей заболеваемости до 15%.

Разработана и внедрена программа обеспечения качества медицинской помощи, организован отдел экспертизы качества лечения, что позволило сократить финансовые потери по медицинским причинам с 3% по обязательному медицинскому страхованию до 0,04%, по добровольному медицинскому страхованию до 0,14%.

Разработана, внедрена и постоянно совершенствуется система персонифицированного обеспечения пациентов лекарственными средствами, что позволило контролировать использование медикаментозной терапии в соответствии с лекарственным формуляром и сэкономить 20% денежных средств.

Также значительно модернизирована информационная система центра, установлены новые системные блоки в отделениях центра, отвечающие самым современным требованиям. Наличие своего сайта дало возможность пациентам, находясь дома, получать бесплатную информацию по любым интересующим направлениям работы врачей.

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. Сертификат соответствия, регистрационный N РОСС RU.ИФ09.К00006.

На базе центра выполнены и защищены 11 докторских и 74 кандидатских диссертаций, опубликовано 6 монографий, свыше 4500 научных работ, получено 135 Патентов РФ, организованы и совместно Президиумом СО РАМН проведены 16 Всероссийских научно-практических конференций, материалы которых изданы в виде ежегодных Сборников материалов конференций (ISBN 978-5-904-430-18-4).

С 2006 года ежеквартально выходит в свет рецензируемый научно-практический журнал «Политравма». 19 февраля 2010 решением ВАК Минобразования и науки РФ журнал «Политравма» включен в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук».

Центр является учебной базой, где действуют кафедры последипломного образования «Интегративная травматология» и «Профпатология» ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, которые были созданы в 1998 г. для осуществления последипломного образования врачей РФ и СНГ по травматологии, ортопедии и смежным медицинским дисциплинам, профпатологии.

Для обучения курсантов кафедра имеет все необходимое - хорошо оснащенную клинику, опытный преподавательский состав, библиотеку.

Сотрудники кафедры являются авторами 5 монографий, 420 публикаций, 60 Патентов РФ. За время работы на кафедре прошли обучение свыше 400 врачей.

Для освещения многофункциональной лечебной, практической, научно-исследовательской, педагогической и организационной деятельности Центра активно работает и постоянно совершенствуется и обновляется информационный продукт - сайт ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» (www.mine-med.ru). Издан Проспект «ФГБ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Минэнерго РФ».

Необходимо отметить, что в обществе постоянно увеличивается число людей, желающих получать эффективную медицинскую помощь в комфортных условиях.

Нами разработана программа, направленная на улучшение пребывания пациента в стационаре: реконструкция палат, организация индивидуального питания пациентов, фирменная спецодежда, дисциплинированность персонала, соблюдение норм этики и деонтологии и т.д.

Сохранение из года в год инновационного развития науки и практики, традиций высокого уровня сервиса, постоянное стремление подняться на ступень выше прошлых достижений - эти характеристики относят центр охраны здоровье шахтеров в разряд лидирующих учреждений здравоохранения региона.

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И.
Кустовой медицинский информационно-аналитический центр (КМИАЦ)
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

ПОВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ В НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2002-2012 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на основе информации, полученной из электронной базы данных КМИАЦ «Рождаемость» (государственная регистрация N 0220711708 от 19 июля 2007 г., регистрационное свидетельство N11050) и БД «Стационар» (государственная регистрация N 0220711707 от 19 июля 2007 г., регистрационное свидетельство N 11049) за 2002-2012 гг. Наличие статистически значимого тренда в ряде данных проверялось с помощью критерия Кендалла (ф), точки смены тенденции - критерия Чоу (FChow). Были рассчитаны специальные, суммарные, повозрастные коэффициенты рождаемости. Анализ проводился в статистическом пакете IBM SPSS Statistics версия 19.0.

Результаты исследования. Первый рассматриваемый показатель - это специальный коэффициент рождаемости - число рождений в среднем на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет. Число рожениц на 1000 женщин фертильного возраста в Новокузнецке растет практически на протяжении всего анализируемого периода - выявлена статистически значимая тенденция к росту показателя ф=0,96, p<0,001. За 11 лет, с 2002 года по 2012 год, специальный коэффициент рождаемости в Новокузнецке вырос на 49%: с 32,5% в 2002 г. до 48,5% в 2012 г.

Проведен расчет возрастных коэффициентов рождаемости (повозрастной показатель рождаемости), он представляет собой отношение годового числа родившихся детей у женщин соответствующего возраста к численности всех женщин этого возраста. Суммарный коэффициент рождаемости показывает, сколько детей рожает в среднем одна женщина за всю свою жизнь с 15 до 49 лет при условии, что на всем протяжении репродуктивного периода жизни данного поколения возрастные коэффициенты рождаемости в каждой возрастной группе остаются неизменными на уровне расчетного периода.

За 2002-2012 гг. суммарный коэффициент рождаемости вырос на 28%: с 1,20 в 2002 г. до 1,54 в 2012 г., тенденция показателя к росту статистически значима ф=0,75, p=0,001. Несмотря на значимый рост, суммарный коэффициент рождаемости не достиг минимального уровня (2,10), необходимого для простого воспроизводства населения.

Максимальное число рожениц за 2002-2012 гг. зафиксировано в возрастных группах 20-24 года и 25-29 лет.

Максимальный рост числа рожениц на 1000 населения наблюдается в группе женщин 35-39 лет и 40-44 года, соответственно в 3,5 раза (с 9,1% до 32,8%, тенденция к росту статистически значима ф=0,93, p<0,001) и в 4 раза (с 1,9% до 8,2%, тенденция к росту статистически значима ф=0,75, p=0,001). Менее интенсивный, но также статистически значимый рост, выявлен в группе женщин 30-34 лет - на 96% (с 39,1% до 76,8%, тенденция к росту статистически значима ф =0,82, p<0,001) и 25-29 лет - на 43% (с 39,1% до 76,8%, тенденция к росту статистически значима ф =0,82, p<0,001).

Среди женщин 15-19 лет и 20-24 лет напротив выявлено снижение уровня рождаемости: с 30,9% до 22,8% среди девушек 15-19 лет - на 24% (тенденция к снижению статистически значима ф=-0,49, p<0,001), и с 92,2% до 70,4%; среди женщин 20-24 лет - также на 24% (тенденция к снижению статистически значима ф=-0,56, p<0,001). Явно видна тенденция к изменению возрастной модели процесса. Это также подтверждается статистически значимым изменением среднего возраста матери за 2002-2012 гг.: средний возраст матери вырос с 24,9±5,23 лет в 2002 г. до 28,1±5,33 лет в 2012 г. (U=33,29, p<0,001).

Суммарный коэффициент рождаемости первенцев остается стабильным на всем анализируемом периоде (ф=-0,20, p=0,392). В то время как для суммарного коэффициента рождаемости детей второй и более очередностей выявлена точка смены тенденции в 2007 г. (F_{Chow}=19,90, p=0,001), после которой наблюдается статистически значимый рост показателя (ф=1,00, p<0,001) за 2007-2012 гг. Суммарный коэффициент рождаемости детей второй и более очередностей

вырос на 81%. Здесь стоит отметить, что в 2007 году вступил федеральный закон Российской Федерации о дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей, который предполагает выплату денежного пособия за рождение второго ребенка.

Интенсивный рост суммарного коэффициента рождаемости детей второй и более очередностей говорит об эффективности принятых мер по повышению рождаемости.

Жилина Н.М.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ г.НОВОКУЗНЕЦКА ПО ИНФОРМАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА

Актуальность. Здоровье трудящегося населения - комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, отражающий состояние общества и перспективы его развития. В индустриальном и экологически загрязненном г.Новокузнецке большинство трудящихся работает на предприятиях тяжелой промышленности в проблемных условиях труда и, следовательно, вопрос о сохранении здоровья работающих является актуальным и требует детального изучения.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на основе информации выходных форм автоматизированной информационной системы «Состояние здоровья трудящихся» (АИС «СЗТ»), а также нормативно-справочного фонда Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ). Система является одной из составляющих социально-гигиенического мониторинга среды обитания и здоровья населения г.Новокузнецка. Для анализа данные о состоянии здоровья трудящихся г.Новокузнецка за пять лет (2008-2012 гг.) были переведены в формат IBM SPSS Statistics (версия 19.0). Применялись статистические критерии: $ч^2$ для анализа качественных признаков в нескольких независимых группах; z-критерий для анализа порядковых признаков в двух несвязных группах, ранговая корреляция Спирмена для исследования связи порядковых признаков, критерий тау Кендалла для проверки значимости тренда признаков в динамике. Различие признаков в группах сравнения считалось значимым при уровне значимости различия $p<0,05$. Оптимальным значением обобщенного показателя здоровья принято значение 1,0 по базовой шкале; значения ниже 0,5 характеризует низкий уровень благополучия.

Результаты исследования. За период 2008-2012 гг. численность всего населения Новокузнецка сократилась на 2,25% (с 562,2 до 549,6 тыс. человек), при этом число жителей трудоспособного возраста уменьшилось на 6,6% (с 360,5 до 336,8 тысяч).

Выявлен рост хронической заболеваемости работающих с 559,7 случаев на 1000 работающих до 596,6 на фоне снижения первичной с 704,7 до 586,4 в 2008-2012 гг. В 2012 г. показатель хронической заболеваемости на 1000 работающих впервые за ряд лет превысил показатель первичной заболеваемости. Количество случаев нетрудоспособности на 100 работающих снизилось с 35 до 24,5 случаев. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих уменьшилось с 533 до 375. Трудящие стали реже брать больничные листы, но причины этого могут быть и в боязни снижения заработка.

Выявлено снижение количественных показателей госпитализации работающих. При этом ухудшается ряд качественных показателей госпитализации: выбыло работающих всего с выздоровлением, госпитализировано работающих, направленных поликлиникой; за исследуемый период статистически значимо увеличилось число операций у работающих ($p<0,001$). По некоторым индикаторам выявлены позитивные тенденции госпитализации работающих, к ним относится снижение показателей выбывших работающих с ухудшением состояния здоровья, экстренных больных, койко-дней выбывшими экстренными.

Весьма существенное увеличение процентного уровня к 2012 году наблюдается по первой группе инвалидности (темп прироста: +133,3%), что свидетельствует об утяжелении инвалидизации работающих. Увеличение по сравнению с 2008 г. статистически значимо: $z=8,0$, уровень значимости различия $p<0,001$. Обобщенный индекс признака «процент первой группы инвалидности» показывает низкий уровень благополучия (0,47). Получена сильнейшая обратная связь между состоянием условий труда и долей первой (самой тяжелой) группы инвалидности

среди работающих: коэффициент корреляции Спирмена r=-1,0; уровень значимости p<0,001. То есть, чем хуже условия труда, тем выше доля инвалидов первой группы среди работающих.

Средний возраст умерших работающих составляет 45,7±0,9 лет за рассматриваемый период. При этом средний возраст умерших мужчин составляет в среднем за пять лет - 45,0±10 лет, а умерших женщин - 48,2±1,6 лет. Таким образом, работающие мужчины умирают в более молодом возрасте, чем женщины. Различие среднего возраста смерти в группах работающих мужчин и женщин в динамике 2008-2012 гг. проверено с помощью критерия Уилкоксона, получено статистически значимое различие: z=-2,02; p=0,043.

С 2010 гг. состояние здоровья работающих снижается. Самую низкую обобщенную оценку благополучия (0,46) имеет показатель госпитализации работающих, направленных поликлиникой. Неблагополучны показатели: процент признанных инвалидами 1 группы (0,47), процент работающих, состоящих на диспансерном учете у уролога (0,61), показатель первичной инвалидизации среди работающих (0,68), процент посещаемости хирурга по заболеванию (0,75), средний возраст умерших мужчин (0,81).

Выводы.

По ситуации в целом можно сказать, что за период 2008-2012 гг. происходит снижение показателей временной нетрудоспособности, заболеваемости, инвалидизации, смертности трудящихся г.Новокузнецка.

В то же время среди работающих г.Новокузнецка выявлен рост показателей диспансеризации по хроническим заболеваниям, рост доли первой (наиболее тяжелой) группы инвалидности, увеличение числа повторных госпитализаций трудящихся, очень низкий процент госпитализированных по направлению амбулаторно-поликлинической службы, высокий уровень экстренных госпитализаций, достаточно высокий процент суицидов.

Иванова Е.В., Сутулина И.М.
МБУЗ ДГКБ N 5
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012 ГОДУ

Одним из важнейших направлений государственной политики России является улучшение демографической ситуации в стране, повышение рождаемости, создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей. Особую актуальность приобретает проблема детской смертности, так как она отражает различные стороны социальной сферы общества и является индикатором развития системы здравоохранения в субъекте Российской Федерации. Уменьшение младенческих потерь в наибольшей степени связано со снижением показателей неонатальной смертности, которая является предметом особого внимания службы родовспоможения и детства.

На территории Кемеровской области в 2012 г. родилось живыми 37624 ребенка, что на 6,9% выше показателей рождаемости 2011 г. 6,5% составили новорожденные от преждевременных родов. Количество недоношенных детей возросло на 19,5% по сравнению с 2011 г., в 2 раза увеличилось число детей с ЭНМТ (154 ребенка), что обусловлено переходом с 01.01.2012 г. на новые критерии живорожденности.

С 2004 по 2011 гг. отмечалось стойкое снижение показателей неонатальной смертности (2004 г. - 6,2%, 2008 г. - 3,6%, 2011 г. - 3,2%). В 2012 г. отмечался прогнозируемый рост показателей неонатальной смертности: ранней - на 0,8%, поздней - на 0,5%. Показатель неонатальной составил 4,5 на 1000 родившихся живыми. В 2012 г. в возрасте от 0 до 28 дней жизни умерло 165 детей, в том числе 2 ребенка с весом менее 500 г. В раннем неонатальном периоде умерло 102 ребенка, показатель РНС составил 2,7%. В позднем неонатальном периоде - 61 ребенок, показатель ПНС равен 1,6%.

Первое место в структуре ранней неонатальной смертности заняли дыхательные нарушения (27%), на втором месте - летальные исходы от ВПР (23%), на третьем месте - инфекции, специфичные для перинатального периода (15,4%). В динамике имеет место значительное уменьшение доли смерти детей от РДС, несмотря на увеличение количества недоношенных детей, что обусловлено

своевременным проведением пренатальной профилактики РДС, улучшением реанимационной помощи в родильном зале и применением эндотрахеального введения сурфактанта. Среди летальных исходов, обусловленных ВПР (24 случая), лидируют множественные ВПР - 8 случаев, на втором месте - смерть от ВПС (5 случаев). На третьем месте - летальные исходы, обусловленные диафрагмальной грыжей (4 случая). Пренатально ВПР у плодов не были выявлены своевременно в 15 случаях (6 женщин - не наблюдались, 5 женщинам пренатальная диагностика ВПР проведена в поздние сроки, не позволяющие прервать беременность, в 4 случаях пороки не были выявлены при УЗ-диагностике). Значимыми этиологическим факторами в структуре смертности от ВУИ явились герпетическая, цитомегаловирусная, токсоплазменная и сифилитическая инфекция. Редкие причины (синдром внезапной смерти, нейробластома забрюшинного пространства, синдром аспирации желудочного содержимого, внутричерепная травма, полученная вследствие падения с высоты, иммунная водянка) наблюдались у 6 детей.

В структуре ПНС первое место занимают поражения ЦНС (15 случаев), на втором месте - инфекционные заболевания (14 случаев, из них 13 - дети с ЭНМТ), на третьем - ВПР (9 случаев).

Из 165 летальных исходов при патолого-анатомическом разборе 142 случая признаны непредотвратимыми на неонатальном этапе.

С целью снижения неонатальной смертности в Кемеровской области необходимо активизировать работу по улучшению прегравидарной подготовки женщин, осуществлению своевременного и качественного проведения пренатального УЗ-скрининга, повышению качества оказания помощи на неонатальном этапе, обеспечению отделений новорожденных современной диагностической и лечебной аппаратурой, а также по решению кадровых проблем.

Калиниченко О.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
г.Санкт-Петербург, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЛИШИВШИХСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Одним из направлений социальной политики страны на современном этапе является сокращение числа детей, лишившихся попечения родителей (ДЛПР), и совершенствование оказания им медико-социальной помощи. При разработке мероприятий, направленных на их реализацию, важное значение имеет учет мнения специалистов системы социальной защиты населения, непосредственно участвующих в оказании помощи этим детям.

Нами был проведен опрос 120 таких специалистов в одном из районов Санкт-Петербурга. Он позволил установить следующее. Почти половина (47,7%) опрошенных полагает, что в динамике происходит увеличение числа детей, лишившихся попечения родителей. Лишь 38,8% опрошенных считают оптимальной законодательную базу в области защиты ДЛПР и полагают, что требуют коррекции вопросы межведомственного взаимодействия различных структур, оказания медицинской помощи, определения социальных льгот.

Обращает на себя внимание, что довольно значительная (44,4%) часть респондентов не уверена в уровне своей профессиональной подготовки, и, хотя опрошенные используют различные формы повышения своей квалификации, они отмечают недостаток методической литературы, отсутствие постоянной систематизированной методической помощи со стороны Комитета по социальной политике, отдела социальной защиты населения.

Респонденты отмечают, что их труд отличается напряженностью (это отметили 76,9% опрошенных), часто ненормирован (средняя продолжительность рабочего дня превышает регламентированную законодательством и составляет в среднем 8,9±0,46 часов), при этом оплата труда не соответствует этим параметрам.

Лишь менее трети (30,1%) опрошенных считает, что медицинская помощь ДЛПР оказывается на должном уровне. Большинство (82,0%) опрошенных считают, что совершенствования требует и социальная помощь, включая повышение уровня материальной обеспеченности детей, улучшение качества социальной работы, повышение квалификации специалистов, совершенствование досуговой

работы с детьми.

Большинство (74,4%) респондентов не считает реальной перспективу ликвидации детских домов. В то же время специалисты отмечают наличие ряда проблем как у опекунов, так и у опекаемых детей. Главной проблемой опекунов, по их мнению, является отсутствие взаимопонимания с опекаемыми детьми, психологические проблемы детей (в т.ч. связанные с так называемым переходным возрастом). Среди приемных родителей главными проблемами являются неготовность к воспитанию чужого ребенка и отсутствие любви. У опекаемых детей имеются такие психологические проблемы, как одиночество, страх, отсутствие любви, определенная социальная дезадаптированность, отсутствие мотивированности к учебе (работе, социальной активности).

Указанное определяет необходимость реализации мер организационно-правового и нравственно-воспитательного характера, направленных на улучшение качества жизни детей, лишившихся попечения родителей и совершенствование оказания им медико-социальной помощи.

Костомарова Т.С., Артамонова Г.В.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Способность организации достойно отвечать современным вызовам государства, ориентирующим на применение инновационных систем управления, определяет ее результативность. Система менеджмента качества, соответствующая требованиям международных стандартов ИСО серии 9000, широко используемая в передовых компаниях, производствах, в сфере оказания услуг в России и за рубежом, является средством достижения установленного уровня качества и повышения эффективности деятельности.

Внедрение системы менеджмента качества (СМК) в НИИ КПССЗ СО РАМН (Институт) началось в 2010 году. По результатам внешнего аудита уполномоченной организацией NQA система управления деятельностью в Институте соответствует требованиям стандарта BS EN ISO 9001:2008.

Модель СМК института включает процессы управленческой деятельности руководства, процессы жизненного цикла, обслуживающие процессы, а также процессы измерения, анализа и улучшения. На каждый процесс определен владелец и участники, которые формируют ход процесса и готовят документацию, регламентирующую порядок управления, организуют проведение мероприятий по достижению соответствия установленным требованиям.

Развитие СМК организации достигается посредством внутренних аудитов, мониторинга показателей результативности и анализа деятельности для поиска возможностей улучшения. В 2011-2012 гг. в рамках поддержания СМК организовано и проведено 3 внутренних аудита, в процессе которых проверялась вся деятельность института. Высокое качество внутренних аудитов позволило избежать несоответствий и существенных замечаний при надзорном аудите внешней стороной. Количество несоответствий, выявляемых в процессе внутренних аудитов, сократилось до 0.

Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в течение 2011-2012 гг. устойчиво повышается. Основные заказчики продукции института (СО РАМН, РАМН, МЗ РФ) в 2012 году удовлетворены его деятельностью. Успешно завершены 2-е фундаментальные научные темы, утверждены 3 новые научные темы на 2013-2015 гг. План по медицинской помощи (стационарная медицинская помощь, в т.ч. высокотехнологичная) выполнен. Результаты научных исследований Института были представлены в отчетных докладах 2012 года председателем СО РАМН (05.12.12) и президентом РАМН (19-20.12.12). По результатам рейтинга 2011 года институт вошел в первую группу учреждений - лидеров.

Согласно данным социологического опроса сотрудников института, проведенного в 2012 году, пользу для своей работы от внедрения системы менеджмента качества видят 35% опрошенных, не видят никакого эффекта - 27%, а 12% считают, что СМК усложняет работу, 23% затруднились

ответить. В 2013 году необходимо продолжить работу по повышению информированности персонала о результатах СМК. Важно то, что основная часть руководителей (77%) считают СМК полезной, а значит, готовы принять на себя обязательства по постоянному улучшению ее результативности.

В заключение следует сказать, что в 2012 году система менеджмента качества института функционировала результативно, непрерывно и устойчиво развивалась, что позволило достичь стратегических целей в области качества. По всем процессам наблюдается улучшение. Анализ состояния системы позволил поставить стратегические цели на 2013 год для реализации принятой Политики в области качества, ориентированной на потребителя продукции (внешнего и внутреннего).

Кротов К.Ю.
Санкт-Петербургский Государственный Университет
г.Санкт-Петербург, Россия

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)

Рак предстательной железы является одной из ведущих причин смерти мужчин от онкологических заболеваний. Как и при любом другом онкологическом заболевании, залогом его успешного лечения является ранняя диагностика и своевременное лечение. Однако, несмотря на положительную динамику, процент выявления запущенных форм этой патологии продолжает оставаться значительным.

Для более углубленного анализа этого вопроса мы провели анкетирование 100 пациентов, лечившихся в городском онкологическом диспансере.

В возрастной структуре опрошенных наибольшую часть (53,2%) составили лица 70-79 лет. Ниже (29,2%) была доля лиц 60-69 лет и существенно ниже - остальных возрастных категорий. Анализ анамнестических данных пациентов показал, что лишь у 2,1% из них заболевание было выявлено не позже трех месяцев до госпитализации. У 5,2% этот период составил от 3 до 6 мес.; у 9,4% - от полугода до года; а у большинства (83,3%) пациентов был более длительным.

На вопрос о том, через какое время от появления симптомов заболевания пациенты обратились за медицинской помощью, их ответы распределились следующим образом. В течение первого месяца обратились 37,0% респондентов, от 1 до 3-х месяцев - 32,6%; в течение 4-6 месяцев - 12,0%; в более позднее время - 18,5%.

На вопрос о том, всегда ли пациенты при возникновении жалоб обращаются к врачу, их ответы распределились следующим образом. «Да» ответили 32,7% из них; «часто» - 33,7%; «изредка» - 32,6%. Отрицательно ответил один респондент (1,0%) в возрасте до 50 лет. Респондентам было также предложено указать причину, по которой они не всегда обращаются к врачу. Указали эту причину только 24,6% опрошенных. Среди ответивших на этот вопрос большинство (79,8%) в качестве причины указало личную неорганизованность, а почти каждый третий (29,2%) - наличие очередей, трудности попадания к специалистам.

Оценивая качество медицинской помощи на догоспитальном этапе, 39,4% респондентов выделили ряд негативных моментов, включая длительность обследования (отсутствие лечения), наличие очередей, а также деонтологические аспекты и неэффективность лечения.

Немаловажным моментом является и то, что 20,8% опрошенных отметили необходимость оплаты различных исследований.

Отрицательные моменты в работе стационара отметили 9,7% респондентов, в т.ч. 2,2% - нехватку лекарств, 2,4% - очереди на госпитализацию, 5,1% - прочие.

На вопрос о наличии проблем в организации медицинской помощи при данном заболевании в целом положительно ответили 64,5% опрошенных. 14,5% указали на проблемы с медикаментами; 10,6% - на недостаточную доступность консультативной помощи; наличие очередей; 25,0% - на длительный догоспитальный этап; 14,5% - на прочее.

Таким образом, для повышения уровня своевременного выявления и лечения рака

предстательной железы, с одной стороны, важное значение имеет повышение уровня медицинской грамотности пациентов, а с другой, - совершенствование организации медицинской помощи данному контингенту больных на амбулаторном и стационарном этапах, улучшение преемственности в

**Лончакова И.Ю., Попов В.А., Макаров С.А., Моисеенков Г.В.,
Артамонова Г.В., Барбараш Л.С.**
ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН, г.Кемерово, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Актуальность. Вопрос о должном обеспечении помощи больным с сосудистой артериальной патологией на амбулаторно-поликлиническом этапе далек от своего разрешения и требует дальнейших управленческих и организационных решений. Значительной части пациентов с периферическим атеросклерозом помощь продолжает оказываться общими хирургами. Ведение больных с периферическими сосудистыми поражениями на амбулаторном этапе обычно не предполагает значительных хирургических мероприятий, напротив, - оно требует глубокого знания теоретических основ патологии сосудов, необходимых для построения индивидуальных программ коррекции факторов риска, мониторинга сосудистых нарушений, адекватного патогенетически обоснованного лечения. С этой задачей во многих западных странах справляется врач-ангиолог. При отсутствии в номенклатуре в нашей стране данной специальности, наиболее адекватным координатором может быть врач-кардиолог. В г.Кемерово создана и на протяжении ряда лет функционирует организационная модель амбулаторно-поликлинической помощи больным с периферическим атеросклерозом, в которой центральное место занимает врач-кардиолог.

Цель исследования. Оценка эффективности новой модели организации амбулаторно-поликлинической помощи больным с периферическим атеросклерозом.

Результаты исследования. Результативность данной организационной модели диспансерного наблюдения была изучена в двух группах больных. Основная группа составила 320 пациентов с ОАСНК (шифр МКБ I70.2) из диспансерной группы кардиологов г.Кемерово. Контрольная - 82 пациента, наблюдаемых общими хирургами поликлиник без участия кардиологов.

Полнота охвата специальными методами исследования в основной и контрольной группе составила: по ЭХОКГ 52,1% и 33,3% (p=0,047), по дуплексному сканированию артерий нижних конечностей 37,8% и 8,9% (p=0,0005), дуплексному сканированию БЦА 55,4% и 51,1%, (p=0,65), липидный профиль исследовался у 95% и 45% пациентов соответственно (p=0,047).

За время наблюдения в первой группе мультифокальный атеросклероз выявлен у 85% пациентов против 65% второй группы (p=0,04).

Полнота использования лечебных и реабилитационных мероприятий в 1 и 2 группе соответственно составила: гипотензивная терапия 93,6% и 64,4% (p=0,0004), дезагреганты 100% и 68% (p=0,00001), назначение статинов 93,5% и 57,8% (p=0,00003), дневной стационар 62,8% и 24,4% (p=0,0002), физиолечение 15,6% и 0% (p=0,02), ЛФК 28,6% и 0% (p=0,0003), дозированная ходьба в 77,6% и 6,7% пациентов соответственно (p=0,00001).

Через 12 месяцев в первой группе пациентов уменьшение степени ишемии отмечено у 35% пациентов, у 30% пациентов - компенсация сопутствующей патологии. Во второй группе ни в одном случае не было положительной динамики, а у 37% пациентов произошло прогрессирование ишемии нижних конечностей.

Выводы.

Внедрение новой организационной формы диспансерного наблюдения за больными с ХОЗАНК свидетельствует о достижении высокого качества диагностики и адекватного лечения, что может являться основанием для тиражирования новой модели в Российской Федерации.

Необходимы управленческие решения официальной передачи этой категории больных кардиологам амбулаторно-поликлинического этапа, пересмотр стандартов обследования в условиях поликлиник и специализированных учреждений с финансовым подкреплением.

Лось Е.А., Бойко Е.А.
Лаборатория клинической биохимии ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ФСВОК В ОЦЕНКЕ ТОЧНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ И ИЗМЕРЕНИЙ

В современной лаборатории приоритетными показателями всегда остаются точность и качество проводимых исследований. Объективную оценку качества лаборатория может получить, лишь регулярно участвуя в программах внешней оценки качества. На уровне системы здравоохранения России, внешняя оценка качества лабораторных исследований в основном осуществляется Федеральной системой внешней оценки качества (ФСВОК). Участие в мероприятиях ФСВОК является обязательным для лабораторий учреждений здравоохранения и учитывается при их лицензировании. Внешняя оценка качества направлена на выявление систематических ошибок лабораторных методов, на оценку правильности и обеспечение единства измерений на всей территории страны. Федеральная система внешней оценки качества клинических лабораторных исследований (ФСВОК) действует на территории РФ с 1995 года. Оценка результатов аналитической деятельности каждой лаборатории осуществляется с помощью межлабораторных сравнений (п.5.6.4 ГОСТ Р ИСО 15189). Ежегодно на национальном уровне оценивается качество исследований лаборатории клинической биохимии ГБУЗ КОКБ, которая с 1998 г. является постоянным участником циклов ФСВОК. В лаборатории биохимии постоянно совершенствуется организация и проведение контроля качества всех биохимических и коагулологических исследований.

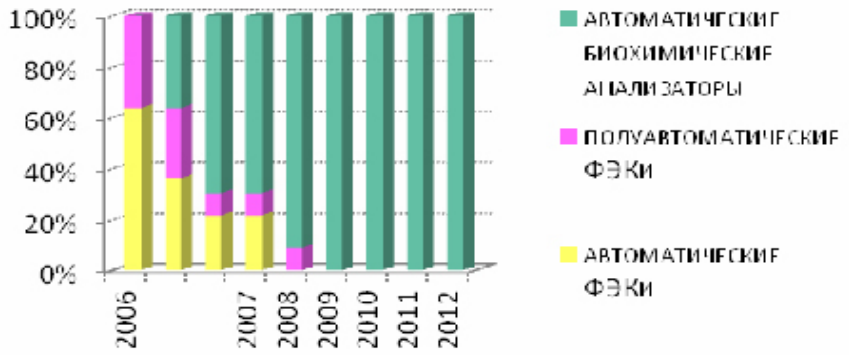


Рисунок 1. Процентная составляющая аналитического оборудования, задействованного в циклах ФСВОК в период с 2006 по 2012 гг.

Как видно из рисунка 1, начиная с 2006 г. в лаборатории осуществлялся процесс создания стабильной аналитической модели качества проводимых исследований (процесс перехода от ручных, трудоемких методов к процессу автоматического исследования аналитов). Выполнение исследований на автоматическом оборудовании максимально устранило влияние человеческого фактора на аналитический этап работы. Качество исследований стало больше зависеть от этапов преаналитики и постаналитики, а также от некоторых технических характеристик самого используемого автоматического оборудования. Выполнение лабораторной работы на этапах пре- и постаналитики тщательно контролируется персоналом лаборатории. Контроль аналитического этапа работы проводится согласно требованиям ISO 15189 - 2006, приказа МЗ РФ от 07.02.2000 N 45, ОСТ 91500.13.0001 - 2003, приказа МЗ РФ от 26.05.2003 N 220. Автоматические биохимические анализаторы, установленные в лаборатории в период с 2006 по 2012 гг., стали основополагающим фактором усовершенствования системы качества проводимых исследований (рис. 2).

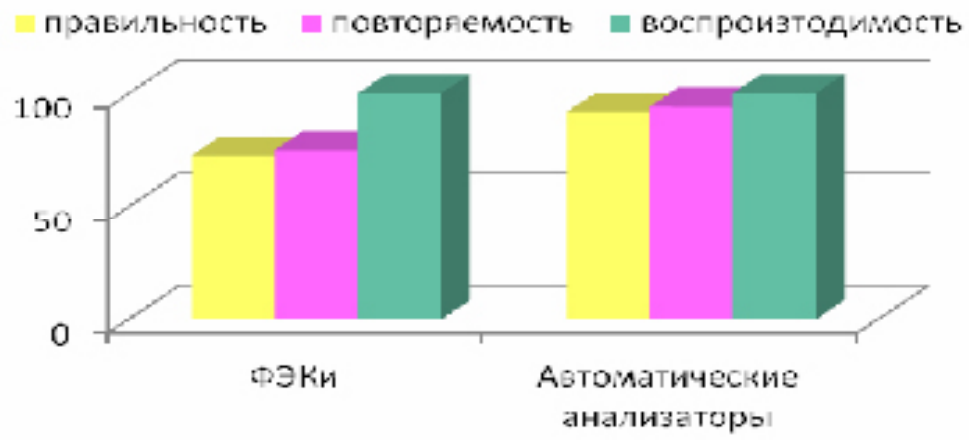


Рисунок 2. Доля результатов биохимических исследований, удовлетворяющих требованиям ФСВОК к правильности, воспроизводимости и повторяемости

Обеспечение аналитического оборудования буферными и промывочными растворами, работа с оригинальными реагентами производителя требуют значительных финансовых затрат. В целях экономии финансовых средств и обеспечения бесперебойного функционирования лаборатории, была проведена работа по адаптации на автоматические анализаторы химических реагентов других производителей. Автоматические анализаторы, установленные в лаборатории, - это открытые аналитические системы, т.е. процесс адаптации различных реагентов оказался возможен. Адаптация каждого теста и реагента проводилась под строгим контролем внутрилабораторной системы обеспечения качества. По нашим результатам, работа с «адаптированными» реагентами повлекла за собой рост процента ошибок по результатам циклов контроля качества.

Рисунок 3. Доля результатов биохимических исследований, удовлетворяющим требованиям ФСВОК к правильности

На диаграмме видно, что исследования, выполненные с применением «родных» реагентов, значительно больше соответствуют требованиям, предъявляемым ФСВОК к правильности и воспроизводимости результатов анализа. Кроме того, хочется обратить внимание на неудовлетворительную стабильность растворов «адаптированных» реагентов на борту аналитического оборудования, и связанную с этим нестабильную калибровку. Нестабильность и непредсказуемость «адаптированных» реагентов приводили к частым повторам серий тестов, выходящих за пределы точности контрольных измерений, а также к частой перекалибровке анализаторов. Все это приводило к не рациональной трате расходных средств (обслуживающие растворы, калибраторы, контроли и другие расходные материалы).

Выводы.

Стараясь экономить на приобретаемых реагентах и растворах, и приобретая реагенты, которые не рекомендованы производителем для работы на аналитическом оборудовании (в силу непредсказуемости последних), мы становимся заложниками следующей ситуации: с одной стороны - происходит процесс удорожания стоимости исследований за счет аналитических повторов, с другой стороны - не рационально расходуется рабочее время персонала, создается искусственная загруженность, в свою очередь приводящая к серьезным ошибкам в пре- и постаналитических этапах лабораторной работы. Применение в автоматических анализаторах не оригинальных реагентов производителя возможно только после тщательного анализа результатов контроля качества.

Москвитин П.Н., Григорьев Ю.А., Баран О.И.
ФБГУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В КУЗБАССЕ

Уровень ВИЧ-инфицирования населения и растущий спрос на психоактивные вещества (ПАВ) являются маркерами неразрешенных социальных и психологических проблем людей, страдающих от утраты подлинного смысла жизни. Поэтому «сдерживание поведения риска» является межведомственной и междисциплинарной областью научно-практических психогигиенических знаний и профилактических медико-социальных технологий, направленных на реализацию стратегии первичной профилактики ВИЧ-инфицирования.

Разработанная нами профилактическая медико-социальная технология может быть эффективной при сочетании трех элементов:

1) нового методического личностно-ориентированного подхода, основанного на проведении групповых экзистенциально-гуманистических тренингов с молодежью;

2) успешности усвоения социально активными субъектами, ответственными за реализацию стратегии первичной профилактики, навыков проведения такой системы групповых тренингов;

3) социального заказа и административного ресурса.

«Профилактическая психодрама» разрабатывается нами как метод первичной профилактики девиантного поведения детей и подростков. Базис метода - микродрама, каждый сценарий которой содержит описание какой-то одной актуальной проблемы. На пике конфликта в психодраме особым методическим приемом групповой психопрофилактической дискуссии отыгрываются множественные позитивно-драматические решения. Метод включает механизмы идентификации, инсайта, катарсиса, что позволяет активизировать психологические защитные реакции и копинг-механизмы, способствующие предупреждению зависимости от ПАВ у детей и подростков. Условием успешного усвоения профилактической технологии является обучающий курс тематического усовершенствования в муниципальных и региональных учреждениях дополнительного профессионального образования.

Результаты профилактического вмешательства оценивались по распространенности ВИЧ-инфицирования населения в четырех близко расположенных городах Южного Кузбасса. Но только в одном из них - Междуреченске - была реализована разработанная нами профилактическая медико-социальная технология. В 1999 г. ВИЧ-инфицированность населения отсутствовала в Междуреченске и Мысках, составляла 1,25 (на 100 тыс. населения) в Прокопьевске и 6,6 - в Новокузнецке. Через пять лет ВИЧ-инфицированность населения составила в Междуреченске 183,3, в Мысках - 994,0, в Прокопьевске - 582,2 и Новокузнецке - 424,3. Различия в показателях достигли следующих величин: 231,4% (при сравнении: Междуреченск-Новокузнецк), 317,6% (Междуреченск-Прокопьевск) и 542,3% (Междуреченск-Мыски) при высоком уровне достоверности различий. Предстоит выяснить воспроизводимость данного феномена и его устойчивость для долгосрочного прогноза показателей ВИЧ-инфицирования населения на региональном уровне.

Несмотря на масштабность произошедших изменений в стране, посткоммунистическая Россия характеризуется как общество «переходного типа». Перспективы дальнейшей эволюции нашей страны в условиях нынешней глубокой хозяйственной рецессии представляются весьма

неопределенными. В такой ситуации необходимо улучшать качество населения, его креативные и созидательные силы. Разработанный нами психопрофилактический подход полностью соответствует этим требованиям.

Обучение новому методу первичной профилактики на кафедре психотерапии Новокузнецкого ГИУВа является прецедентом научно-практического решения проблемы подготовки специалистов в учреждении послевузовского образования для профилактической работы с населением, подверженным риску ВИЧ-инфицирования. Обучение новому методу педагогов, психологов, социальных работников, а не только психотерапевтов и психиатров-наркологов, является важным условием успешной реализации межведомственной региональной модели профилактики, основанной на системе групповых тренингов с детьми и подростками в учреждениях образования.

Новокшонов А.В., Федоров М.Ю.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Проведен анализ обращений больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в приемное отделение ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ». За 2012 год в приемное отделение ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» с территории ММУ-5 (г.Ленинск-Кузнецкий, г.Полысаево, Ленинск-Кузнецкий район) в экстренном порядке бригадами ССМП доставлено 711 больных с острым нарушением мозгового кровообращения для осмотра дежурного нейрохирургом.

У 605 больных был диагностирован ишемический инсульт. Эти больные были транспортированы в дежурный терапевтический стационар или в отделение дежурной реанимации. У 106 больных был диагностирован геморрагический инсульт. Все они были госпитализированы в стационар нашего Центра. 70 человек из них были прооперированы.

Однако на территории ММУ-5 отсутствуют этапность и преемственность оказания медицинской помощи данной категории больных.

Главный принцип оказания помощи больным с инсультом и транзиторными ишемическими атаками - этапность диагностических и лечебных мероприятий. Выделяют следующие основные этапы:

1. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе.
2. Максимально ранняя госпитализация всех больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
3. Диагностика типа инсульта.
4. Уточнение патогенетического подтипа инсульта.
5. Проведение оптимальной терапии.
6. Вторичная профилактика и реабилитация.

Первые два этапа, как правило, обеспечивают бригады скорой помощи. Подтверждение диагноза инсульта, определение его подтипа и терапию в острый период заболевания проводят в условиях неврологического (ангионеврологического) отделения многопрофильного стационара. Вторичную профилактику и реабилитационные мероприятия начинают в стационаре и продолжают в реабилитационных учреждениях и амбулаторно.

Показания к госпитализации. Согласно медицинским стандартам и клиническим рекомендациям всероссийского общества неврологов, все пациенты с подозрением на инсульт и транзиторные ишемические атаки подлежат госпитализации в неврологический стационар для проведения диагностических исследований, стабилизации состояния и назначения терапии. При наличии у пациента критических нарушений дыхания и кровообращения, эпилептического статуса, психомоторного возбуждения, необходимо купировать их во время транспортировки в стационар.

Показания к консультации нейрохирурга. Экстренные: при подозрении на такие осложнения, как окклюзионная гидроцефалия при инфаркте мозжечка, вторичное кровоизлияние

в ишемизированную ткань, консультация нейрохирурга необходима для решения вопроса о дальнейшей диагностической и лечебной тактике.

Показания к госпитализации больных с субарахноидальными кровоизлияниями. Всем больным показана экстренная госпитализация в нейрохирургическое отделение для проведения инструментального обследования и решения вопроса об оперативном лечении.

Выводы.

На территории ММУ-5 отсутствует организация по оказанию медицинской помощи больным с ишемическими инсультами и транзиторными ишемическими атаками. Поэтому управлению здравоохранения ММУ-5 необходимо организовать систему оказания медицинской помощи больным с ишемическими инсультами и транзиторными ишемическими атаками согласно медицинским стандартам и клиническим рекомендациям.

Орлов А.Е.
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница N 1 им. Н.И. Пирогова»
г.Самара, Россия

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ВСЕОБЩЕГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В России за последние годы наметилась позитивная тенденция в подходах к обеспечению качества медицинской помощи. Она проявляется в постепенной трансформации представлений и реальных действий в области качества: от формирования системы мер по его контролю к созданию условий для всеобщего управления (TQM). Однако путь этой трансформации достаточно долог и предполагает создание целого ряда предпосылок: разработку нормативно-правовой базы, организационно-методических документов, изменение структуры управления качеством на уровне отдельных ЛПУ, обучение и воспитание персонала, формирование принципиально новой идеологии по обеспечению качества, создание мощной информационной базы и др.

В Самарской городской клинической больнице N 1 на настоящий период времени пройдена значительная часть этого пути и, в частности, сформирована четкая политика и стратегия; разработаны все основные документы; все традиционные структуры, участвующие в контроле качества, преобразованы в новую единую службу; разработана и реализуется на практике система интегральных критериев результативности (с учетом которой определяется уровень оплаты труда в каждом из подразделений стационара); существенно изменена система непрерывного обучения (повышения, квалификации) кадров; проводится постоянный мониторинг мнения пациентов.

На первом этапе формирования данной системы мы определили миссию больницы, сформулировав ее следующим образом: обеспечение высокого качества предоставляемых медицинских услуг в соответствии с потребностями личности, общества и государства.

Главным направлением политики в области менеджмента качества мы считаем максимальное удовлетворение требований потребителей медицинских услуг, а основой для непрерывного улучшения качества лечебного, научного и инновационного процессов - эффективную обратную связь с пациентами. Принципиальным аспектом является то, что данная политика реализуется на всех уровнях управления, и каждый сотрудник больницы несет персональную ответственность в пределах своей компетенции за качество своей работы. Для реализации указанной политики необходимыми условиями являются:

- постоянный учет потребностей общества и индивидуумов в различных видах квалифицированной медицинской помощи; своевременное и адекватное реагирование на изменение потребностей рынка медицинских услуг на основе прогнозирования их востребованности и тенденций развития медицинской науки;
- введение инновационных методов диагностики и лечения, гарантирующих высокое качество оказываемых медицинских услуг;
- обеспечение эффективного функционирования системы менеджмента качества;
- обеспечение наиболее благоприятных условий труда сотрудников, предоставление возможности обучения и совершенствования, вовлечение сотрудников в деятельность по реализации Политики.

Необходимо отметить, что реализация данной политики в больнице на протяжении последних пяти лет позволила добиться улучшения всех основных показателей качества: начиная со статистических критериев (снижение уровня больничной летальности, процента расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов и пр.) и заканчивая субъективными данными (результаты мониторинга мнений пациентов, число их жалоб). Поэтому данная система может быть рекомендована к внедрению в работу других ЛПУ.

Пелеганчук В.А.
Барнаульский филиал ФГБУ «ННИИТО» Минздрава России
г.Барнаул, Россия

АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

В настоящее время в СФО, как и в целом в РФ, дорожно-транспортные происшествия и связанный с ними травматизм является крайне важной проблемой. Актуальность проблемы обусловлена тем, что среди всех видов травматизма дорожно-транспортный составляет до 75,0%, причем на пострадавших в ДТП приходится более 60,0% общего количества тяжелых механических травм. Автотранспорт наиболее потенциально опасное средство передвижения: на него приходится подавляющая часть транспортных происшествий 98,8-99,2% общего количества. При этом темпы автомобилизации в СФО имеют постоянную тенденцию к росту, и обеспеченность автомобилями в 2011 году составила 0,3 на 1 человека. Статистика показывает, что всего в 2011 году в СФО зарегистрировано 5190 838 автомобилей. Почти пятая часть автомобилей - 19,0% - имеется в Красноярском крае, в Кемеровской области - 16,0%, в Алтайском крае и Иркутской области по 15,0%, минимальная доля в Республике Алтай - 1,0%.

По информации главных ортопедов-травматологов субъектов СФО, за период с 2007 года по 2011 год на территории округа число дорожно-транспортных происшествий составило 124097. В среднем ежегодно регистрируется 24819 ДТП. Всего за 5 лет пострадало 152756 человек, погибло 16693 человека. Ежегодно в среднем в СФО пострадавших в ДТП 30551 человек, погибших - 3339.

Динамика ДТП с особо тяжкими последствиями, к которым относятся 5 и более погибших или 10 и более пострадавших, из числа погибших в них в СФО имеет нисходящую позитивную направленность со среднегодовым темпом снижения 3,4% количества ДТП с особо тяжкими последствиями, и среднегодовым темпом снижения 7,4% числа погибших в них.

В структуре ДТП с особо тяжкими последствиями по территориям первые ранговые места (рассчитаны суммарные показатели за период с 2007 года по 2011 год) занимает Республика Алтай (26,0%); второе - Бурятия (15,0%); третье - Красноярский край - 14,0%. Самый низкий показатель 2,0% в Республике Хакасия.

В большинстве субъектов СФО 70,0-80,0% всех дорожно-транспортных происшествий происходят в городах и на территориальных дорогах. В то же время на федеральных дорогах протяженность которых составляет около 4,0% от общей протяженности, в 2011 году произошло 7,0% ДТП.

Согласно результатам исследования, более двух третьих ДТП, от общего числа происшествий зарегистрированных в городах и на территориальных дорогах, совершены в административных центрах субъектов Федерации, с разбросом показателя от 27,4% в г.Кемерово до 75,0% в г.Чите. Необходимо отметить, что в крупных городах - республиканского, краевого и областного значения, - тяжесть последствий составила в среднем 8,3 погибших на 100 пострадавших.

Согласно динамике числа пострадавших в ДТП крупных городов СФО за период 2007-2011 годов, наиболее неблагополучное положение сложилось в г.Иркутске, г.Омске, г.Красноярске и г.Барнауле, где отмечаются максимальные уровни дорожного травматизма.

К ведущим причинам роста дорожно-транспортных травм со смертельным исходом относится несовершенство организации неотложной медицинской помощи и отсутствие у населения навыков оказания первой помощи пострадавшим. При анализе структуры умерших при ДТП установлено, что в большинстве субъектов СФО удельный вес умерших на месте происшествия составляет до 80,0%, в лечебно-профилактических учреждениях до 20,0%.

Петрова Н.Г., Комличенко Э.В., Иванов А.В., Тептин С.Е.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
г.Санкт-Петербург, Россия

О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Проблема повышения уровня рождаемости в стране не может быть решена без существенного улучшения здоровья женского населения вообще и репродуктивного в частности. Хорошее здоровье женщины - это не только важный фактор сокращения инфертильности, но и залог хорошего здоровья рожденных ею детей.

Анализ репродуктивного здоровья женщин Санкт-Петербурга, который проводился на основании официальных отчетных документов, по данным профилактических осмотров и по результатам самооценки выявил ряд неблагоприятных тенденций. Увеличивается гинекологическая заболеваемость подростков, женщин репродуктивного и климактерического возраста. По данным профилактического осмотра, та или иная гинекологическая патология были выявлена у половины (50,3%) осмотренных, в т.ч. у 40,6% - одно заболевание; у 9,3% - два; у 0,4% - три и более. При проведении анкетирования на наличие в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний указали 55,7% опрошенных, в т.ч. 27,1% - на перенесенные инфекции; 1,4% - на опухолевые процессы; 2,9% - на эрозию шейки матки; 7,1% - на синдром склерокистозных яичников и 17,4% - на прочую патологию.

В связи с указанным, нельзя не отметить следующее обстоятельство. Начали половую жизнь в возрасте до 15 лет 14,9% опрошенных женщин; в 15-16 лет - 14,6%; в 17-19 лет - 59,8%; в 20 лет и старше - 20,7%. Нельзя не подчеркнуть тот факт, что указали на начало половой жизни в возрасте до 17 лет 40% женщин моложе 20 лет; 26,6% - 20-29 лет; 7,9% - 30-39 лет; 7% - 50-59 лет и никто из числа женщин 40-49 и 60 лет и старше. То есть, имеет место изменение стереотипов поведения, проявляющееся в более раннем начале половой жизни. Лишь 21,2% опрошенных женщин отметили, что имели в течение жизни одного полового партнера; 28,8% указали на наличие двух-трех партнеров; 9,1% - 4-5; 40,9% - шести и более. У 47,6% женщин в анамнезе были аборты. Среди этой совокупности один аборт имел место в 42,5% случаев; два - в 12,5%; три - в 17,5%; более трех - в 27,5%. Среднее число абортов составило 2,78±0,37. Важное влияние на состояние репродуктивного здоровья оказывают перенесенные инфекции, передающиеся половым путем. Их наличие в анамнезе отметили 21,3% опрошенных женщин.

Для оценки уровня санитарной помощи женщин, им был задан вопрос о кратности посещения женской консультации. Лишь 10,6% опрошенных посещали врача 2 раза в год и еще 16,5% - ежегодно; 7,1% - 1 раз в 2-3 года; 57,6% - по мере необходимости; 8,2% - «редко».

Таким образом, изменение социально-экономических условий в стране, связанное с ним изменение менталитета, нравственных ориентиров и представлений, среди прочего, привело к «раскрепощению» сексуальных взаимоотношений, что является важным фактором ухудшения репродуктивного здоровья женщин. Кроме того, изменилась и организация работы медицинских учреждений, в т.ч. сократился объем профилактической работы, связанной с вопросами планирования семьи, снизилась доступность гинекологической помощи. В связи с этим достаточно актуальной является проблема своевременности обращаемости женщин (в т.ч. с профилактическими целями).

В целом же решение проблемы улучшения репродуктивного здоровья требует мер системного характера (включая государственный, общественный, региональный уровень, уровень отдельных ЛПУ и индивидуальный).

Погосян С.Г., Чаусова Ю.В.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОПРОСАХ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА

Главным направлением работы любого руководителя является создание предпосылок для высокого уровня мотивированности кадров к высококачественной работе. Это достигается путем оптимизации системы оплаты труда, создания благоприятных условий труда (соответствующая оснащенность, соблюдение требований эргономики, хороший социально-психологический климат, удобный график работы и т.д.), наличием возможностей для профессионального роста и самосовершенствования.

Нами в одной из хирургических университетских клиник был проведен опрос среднего медицинского персонала с целью определить, насколько главная медицинская сестра учитывает и реализует на практике перечисленные аспекты кадрового менеджмента.

Он показал, что большинство (74,5%) опрошенных медицинских сестер не удовлетворено уровнем эргономичности своего рабочего места, оснащенностью своего труда (что в целом является достаточно «острой» проблемой для здравоохранения вообще, и характеристики условий труда среднего медперсонала в частности). Нельзя не отметить и тот факт, что 65,1% респондентов считал неудовлетворительной систему организации труда в клинике (как хорошую оценили ее 9,9% опрошенных, удовлетворительную - 25,0%).

Оптимизации трудовой деятельности способствует рациональное составление графиков работы, которое требует учета множества факторов, необходимых для координации деятельности медицинского персонала: наличие (или отсутствие) вредных условий труда; уровень профессиональной подготовки отдельных сотрудников и уровень их психологической совместимости; наличие каких-либо правовых ограничений в работе (беременные женщины; женщины, имеющие малолетних детей и детей-инвалидов; лица, совмещающие работу с учебой в профессиональных образовательных учреждениях) и пр. Отметим в частности, что среди изученного контингента медицинских сестер почти треть (30,2%) имела одного ребенка, а 45,5% - двоих и более детей. Как положительный можно отметить тот факт, что большая часть (70,1%) опрошенных была удовлетворена графиком работы.

Хотя большинство (75,0%) респондентов считало благоприятным психологический климат в коллективе, нельзя не учитывать то обстоятельство (требующее постоянного внимания руководителя), что каждый четвертый оценил его как неблагоприятный. Это тем более важно, что возможности материального стимулирования в учреждениях здравоохранения достаточно скромны. Подавляющее большинство (84,9%) респондентов оценило уровень своего дохода как низкий, а треть (31,4%) считала неудовлетворительным свое материальное положение.

Опрошенные сотрудники высказали и целый ряд конкретных пожеланий по оптимизации своего труда, которые в обобщенном виде сводятся к следующему:

- увеличение численности младшего медицинского персонала,
- совершенствование оплаты труда и увеличение числа видов и объема социальной помощи,
- улучшение оснащенности трудового процесса,
- улучшение системы документооборота,
- совершенствование системы обучения сотрудников (в т.ч. путем «наставничества»).

Анкетирование позволило также выявить ряд «узких» мест в организации труда, которые требуют усиления контроля со стороны руководителей сестринских служб. На наш взгляд, периодический анализ мнения персонала по вышеперечисленным аспектам является важной задачей любого руководителя, реализация которой позволит его принимать более обоснованные управленческие решения и осуществлять на практике важнейший принцип менеджмента качества - «вовлеченность персонала».

Полюкова М.В., Петрова Н.Г., Федорова Л.А.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ В СОЗДАНИИ ОПТИМАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МИКРОКЛИМАТА

В работе любого учреждения весьма важен психологический микроклимат, являющийся одним из критериев уровня организации работы в учреждении. Благоприятный социально - психологический климат коллектива обеспечивает работоспособность его членов, взаимную поддержку в достижении целей организации, сплоченность коллектива. Психологический климат формирует множество факторов:

- характер выполняемой деятельности,
- организация совместной деятельности,
- интерес к работе, ее разнообразие,
- соответствие профессиональному уровню работника,
- возможность профессионального/карьерного роста.

Взаимозависимость задач, нечеткое распределение функциональных обязанностей, несоответствие сотрудника его профессиональной роли, психологическая несовместимость участников совместной деятельности повышают напряженность отношений в группе и могут стать источником конфликтов. Формирование этого климата, создание нормальных взаимоотношений - одна из основных задач руководителя.

Учитывая это, нами было проведено изучение микроклимата в медицинском коллективе и факторов, на него влияющих, на базе одной из городских поликлиник г.Санкт-Петербурга, в котором приняли участие 120 респондентов.

Проведенное исследование показало, что большинство (71%) сотрудников считает взаимоотношения в коллективе хорошими. В то же время, соответственно, почти каждый третий респондент не вполне удовлетворен ими, что требует дополнительного анализа в подразделениях и целенаправленной работы линейных руководителей. Удовлетворенность работника, его настроение и характер взаимоотношений во многом определяются и уровнем удовлетворенности характером выполняемой работы. В целом как достаточно положительный можно оценить тот факт, что большинству (63,3%) опрошенных нравится их работа. Остальные же высказали неполную удовлетворенность и неудовлетворенность, связанную с рядом факторов объективного и субъективного характера. Среди отметивших их большинство было не удовлетворено уровнем оплаты труда (82% врачей и 80% медицинских сестер). Также респондентами были отмечены значительные эмоциональные нагрузки (которые подчеркнули 14% и 11% респондентов соответственно), низкий социальный статус профессии (3% и 5%), а также риск инфицирования гемоконтактными инфекциями (1% врачей и 4% медсестер).

Респондентам было предложено указать, какие факторы преимущественно определяют их психологическую комфортность на рабочем месте. Для 71,7% респондентов основным фактором являются отношения с ближайшими коллегами, для 15% - удовлетворительные отношения с администрацией. Кроме того, указывались: гибкий график работы (который был важен для 9% опрошенных) и рациональная организация труда (что отметили 7,3% респондентов).

Таким образом, проведенное исследование доказало важность для сотрудников медицинского учреждения такого фактора как наличие благоприятного психологического климата. Наряду с уровнем оплаты труда, он играет мотивирующую роль в привлечении, закреплении в ЛПУ сотрудников, обеспечении их высокоэффективной работы. Хотя в его создании участвуют все члены коллектива, но тон задает руководитель, лидер. Уважительное отношение к каждому сотруднику, создание возможностей для самореализации позволяет работнику чувствовать себя комфортно и уверенно. Поэтому факторы психологического характера обязательно должны учитываться руководителями при принятии любого рода управленческих решений.

**Попов А.А., Ростовцев С.И., Попова М.А., Чикун В.И., Попова Е.А.
Любченко А.А., Тараканова Е.В., Хританкова А.А.**
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
г.Красноярск, Россия

УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Актуальность. За период 2004-2012 гг. на территории Красноярского края произошло 44211 ДТП, при этом пострадало 54802 человека, число погибших на дорогах Красноярского края остается самым высоким в Сибирском Федеральном округе, особенно среди молодых людей и женщин.

Цель исследования. Провести анализ дорожно-транспортного травматизма и оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе для повышения эффективности последней.

Материалы и методы исследования. Гипотеза исследования заключается в том, что в настоящее время модель скорой медицинской помощи в Красноярском крае имеет резервы для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на трассах федерального и регионального подчинения, путем внесения в нее научно-обоснованных структурно-организационных изменений.

Результаты и их обсуждение. На территории Красноярского края проходят две федеральные трассы М - 53 и М - 54, также расположены оживленные региональные трассы: Красноярск-Енисейск-Северо-Енисейск (К-01), Ачинск-Шарыпово-Ужур (К-22), Дудинка-Норильск и т.д.

Особенностями находящихся на территории региона автомобильных дорог являются:

1. Ландшафтная разнообразность - равнины и высокогорье, степи, тайга и тундра, и как результат - сложность дорожных профилей;
2. Изобилие опасных поворотов, подъемов и спусков, ограничивающих видимость;
3. Большое количество естественных водоемов, участков заболоченной местности, множество рек (Енисей, Чулым, Кан и т.д.);
4. Среднегодовые и среднесуточные перепады температур.

В Красноярском крае произошло резкое увеличение количества личных автомобилей, по сравнению с 2000 годом в 2 раза, а с 1970 почти в 50 раз. Регион занимает второе место по данному показателю в Сибирском Федеральном округе после республики Хакасия.

За прошедший год на территории края произошло свыше 5 тысяч ДТП, что почти в 1,5 раза превосходит показатели идущего на втором месте Забайкальского края. Однако при этом число погибших на дорогах Красноярского края (620) превышает количество жертв ДТП Кемеровской области на 58 человек. Наиболее безопасным регионом Сибири, по итогам года, является Омская область.

Многие авторы полагают, что судьбу пострадавшего во многом определяет своевременность и качество оказания медицинской помощи. Безусловно, лица, получившие травмы в результате транспортных несчастных случаев, произошедших на территории населенного пункта, имеют больше шансов на своевременное прибытие бригады скорой помощи, чем пострадавшие в результате ДТП на трассах, удаленных от населенных пунктов. Однако проведенный нами анализ показал, что ранговая корреляция между смертностью населения от ДТП и расстоянием до районной больницы не достигала уровня статистической значимости по всем территориям Красноярского края ($r=0,156$; $p>0,2$). Детальный анализ 10 районов с самой высокой смертностью от ДТП показал, что только в Ермаковском и Северо-Енисейском районах наблюдалась прямая корреляция, но на указанных территориях плечо доезда составляло более 100 км. Хотелось бы обратить внимание на тот факт, что на территориях, где скорая медицинская помощь оказывается самостоятельными станциями, смертность из года в год меньше ($r= -0,685$; $p<0,05$), чем там, где находятся отделения СМП при ЦРБ ($r= 0,505$; $p<0,002$). При этом данная картина сохраняется как на федеральных, так и на краевых трассах.

Выводы.

1. Для Красноярского края характерны общие для страны закономерности дорожно-транспортного травматизма, т.е. резкое увеличение количества автомобилей, неудовлетворительное состояние дорог, низкая культура вождения являются основными причинами дорожно-транспортных происшествий.

2. Судьбу пострадавшего во многом определяет своевременность и качество оказания медицинской помощи. Безусловно, лица, получившие травмы в результате транспортных несчастных случаев, произошедших на территории крупного города, имеют больше шансов на своевременное прибытие бригады скорой помощи, чем пострадавшие в ДТП на трассах, удаленных от крупных городов.

Присухин Е.Н., Титов В.В., Титов В.М., Череватенко К.В., Шауэрман Б.А.
МБУЗ Городская больница N 1
г Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Мировой опыт выполнения лапароскопических операций насчитывает уже более 60 лет, а первой и наиболее массовой (выполняемой с 1991) видеоэндохирургической операцией в России стала холецистэктомия. Накопленные знания международной хирургии натолкнули на переосмысление ряда хирургических канонов - от максимализма к минимализму.

Так с появления в МБУЗ ГБ N 1 в 2001 году лапароскопического хирургического комплекса и аппарата «мини-ассистент», до 72,5% холецистэктомий выполняется с применением малоинвазивных технологий. Снизилась доля необоснованных лапаротомий. С 2010 года выполняются видеоассистированые аппендэктомии, а с 2013 года внедряются видеоэндоскопические аппендэктомии (19,23%).

Несмотря на то, что применение эндоскопических операций имеет ряд преимуществ:

- снижение травматичности операции;
- снижение частоты и тяжести осложнений;
- снижение послеоперационных сроков госпитализации, и вследствие, увеличение «амортизации койки»;
- снижение сроков утраты временной нетрудоспособности;
- косметический эффект от операций;
- снижение стоимости медикаментозного лечения.

Внедрение новых технологий в практическое здравоохранение остается привилегией отдельных клиник и специалистов.

Проблемы повсеместного внедрения и расширения объема эндохирургических вмешательств можно разделить на следующие группы:

- технический компонент (высокий износ материально-технической базы, частичная неукомплектованность оборудования и т.п.);
- финансовый компонент (плохая стимуляция медицинского персонала, неадекватные тарифы на выполнение малоинвазивных операций и т.п.);
- кадровый компонент (отсутствие желания обучаться и внедрять что-то новое, кадровый дефицит и т.п.);
- административный компонент (низкая заинтересованность ряда руководящих должностей в развитии малоинвазивных технологий в ургентной хирургии и т.п.).

И для решения этих проблем необходим комплексный подход с учетом потребности региона.

Сабаев А.В., Полубоярцев С.И., Коробейникова А.Г.
БУЗ Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1»
г.Омск, Россия

ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОМСКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ В 2012 ГОДУ

Как объект научного анализа и практической деятельности органов законодательной и исполнительной власти, заболеваемость представляет собой сложное и многоплановое по своей структуре и взаимосвязям явление. В формировании и развитии важнейших социально значимых заболеваний огромную роль играют факторы риска образа жизни и среды обитания, которые, в отличие от непосредственных причин заболеваний, действуют опосредованно, нарушая устойчивость механизмов регуляции и создавая, таким образом, благоприятный фон для возникновения и развития болезней.

Неотложная медицинская помощь взрослому населению (от 15 лет и старше) города Омска оказывается в единственном специализированном центре острых отравлений, расположенном на базе БУЗ Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1».

По результатам 2012 года нами проведен анализ числа случаев госпитализации взрослого населения города Омска в результате острых химических отравлений. Так уровень госпитализированной заболеваемости взрослого населения в 2012 году составил 251,0±5,0 случая на 100 тыс. населения. Среди мужчин уровень госпитализированной заболеваемости составил 383,2±9,2 случая на 100 тыс. населения, среди женщин данный показатель составил 136,2±4,9 случая на 100 тыс. населения (t=23,7, p=0,0000). Среди мужчин самый высокий показатель госпитализированной заболеваемости отмечался в возрастной группе 30-39 лет - 581,0±25,5 случая на 100 тыс. населения, среди женщин в возрастной группе 15-19 лет - 285,1±28,3 случая на 100 тыс. населения.

Наиболее частым поводом для госпитализации выступали острые лекарственные отравления - 114,5±3,4 случая на 100 тыс. населения, острые алкогольные отравления - 49,7±2,2 случая на 100 тыс. населения, острые наркотические отравления - 35,5±1,9 случая на 100 тыс. населения. Обращает на себя внимание впервые за многие годы наблюдения в списке токсикантов появление острых отравлений веществами на основе амфетамина. Заболеваемость при данной патологии в 2012 году составила 13,7±1,1 случая на 100 тыс. населения.

По данным проведенного исследования следует сделать вывод о токсикологическом неблагополучии в городе Омске, характерном для молодого трудоспособного населения, основу которого составляют виды химических травм на фоне наркологических заболеваний. Данный факт свидетельствует о необходимости детального изучения динамики госпитализированной заболеваемости при данной патологии с целью формирования адекватных межведомственных управленческих решений в свете химической и наркологической безопасности в регионе.

Сабаев А.В., Гуров А.И., Мецлер В.Д.
БУЗ Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1»
г.Омск, Россия

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ В 2012 ГОДУ

Изучение уровня и структуры смертности дает наиболее полное представление о состоянии здоровья населения, отражает эффективность мероприятий, проводимых органами и учреждениями здравоохранения и государства в целом по оздоровлению населения. Острые экзогенные отравления включены в класс XIX МКБ-10, объединяющий большое число нозологических форм, из которых в России лишь небольшая часть подлежит государственной регистрации. В частности,

статистической формой С-51 предусмотрены сведения об умерших по причине случайного отравления алкоголем (рубрика 163) и «прочих случайных отравлений (рубрика 164). Вместе с тем по данным литературы и официальной статистики трудно получить истинное представление о распространенности острых отравлений и смертности в результате данного вида травм из-за отсутствия четкого учета.

В 2012 году коэффициент смертности населения Омской области в результате острых химических отравлений составил 42,0±1,4 случая на 100 тыс. населения, являясь за последние десять лет самым низким. Так смертность городского населения региона в результате данной патологии составила 39,0±1,6 случая на 100 тыс. населения, сельского населения - 49,0±2,9 случая на 100 тыс. населения (t=3,0, p=0,0027).

В 2012 году, как и на протяжении многих лет, традиционно основу летальных исходов при отравлениях составляют алкогольные отравления (17,9±0,9 случаев на 100 тыс. населения) и отравления вредными парами и газами, представленными преимущественно оксидом углерода - 10,6±0,7 случая на 100 тыс. населения. Тем не менее, в 2012 году показатели смертности в результате отравлений вышеуказанными токсикантами самые низкие за последние десять лет.

Занимающие вторые позиции в 2006-2007 гг. по уровню коэффициента смертности острые наркотические отравления в минувшем году занимают третью позицию, достигнув уровня 6,0±0,5 случая на 100 тыс. населения, что в 3-4 раза ниже, чем пятью годами ранее.

Таким образом, в Омской области сформировалась положительная тенденция, связанная с вкладом острой химической патологии в медико-демографическую составляющую развития региона.

Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им.акад. Г.А. Иллизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ЦЕНТР ИЛИЗАРОВА - ГОЛОВНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА

Летом 2012 г. врачи стран СНГ поставили перед минздравами и правительствами своих стран вопрос о необходимости признания, что остеопороз - социально значимая болезнь. В РФ вначале вопрос рассмотрен в комитете по пожилым людям ГД, затем представлен в правительство. Постановление подписано. Поэтому нам следует решить, кто же возглавит исполнение этих решений. Несомненно, что на протяжении прошедших 38 лет в рамках этой проблемы целеустремленно и с полным напряжением сил работает центр Илизарова. Именно здесь опубликованы монографии:

Свешников А.А. «Минеральная плотность костей скелета, масса мышц и проблемы профилактики переломов», 2013. М.: РАЕ. 356 с. ISBN 978-5-91327-216-4;

Свешников А.А. «Основные закономерности изменения минеральной плотности костей скелета после травм и уравнивания длины конечностей методом чрескостного остеосинтеза», 2012. М.: РАЕ. 205 с. ISBN 978-5-91327-185-3;

Хвостова С.А. «Психофизиология стрессовых состояний при травмах опорно-двигательной системы», 2012. М.: РАЕ. 179 с. ISBN 978-5-91327-184-6.

Во время Всемирной декады костей и суставов (2001-2010 гг.) работу в России возглавлял чл.-корр. В.И.Шевцов, он провел Всероссийский симпозиум «Возрастные изменения минеральной плотности костей скелета и проблемы профилактики переломов», Курган, 2002;

VI Всероссийскую научно-практическую конференцию «Гипербарическая физиология и медицина», Курган, 2002;

Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием «Остеопороз и остеоартроз» - проблема XXI века» (Курган, 2009).

За 38 лет в Центре Илизарова сформирована научная школа «Минеральная плотность костей скелета», где подготовлено 20 кандидатов и 8 докторов наук. Руководителем школы, профессором Свешниковым А.А. опубликовано 1100 научных работ и 300 публицистических о жизни института.

Какие же задачи необходимо решать Центру в свете Постановления? Они четко

сформулированы в решении Бюро профилактической медицины РАМН 14.04.2009 г. Вот эти решения:

Постановление Бюро профилактической медицины РАМН от 14.04.2009 г.

1. Одобрить и считать актуальными исследования, проводимые во ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ» по проблемам ранней диагностики, профилактики и лечению остеопороза.

2. Рекомендовать ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ» продолжить работу по следующим приоритетным направлениям:

- создание и функционирование региональных баз данных о возрастных изменениях минеральной плотности костей скелета, массе мышц, соединительной и жировой тканей;
- изучение частоты встречаемости остеопении у школьников и студентов, создание профилактических программ на основе комбинации кальция и витамина D3, что будет способствовать уменьшению частоты встречаемости низкой минеральной плотности и остеопороза у взрослых;
- решение задач ранней диагностики, профилактики и лечения остеопении и остеопороза на уровне первичного звена здравоохранения;
- совершенствование способов лечения переломов у больных остеопорозом;
- составление программы профилактики травматизма при остеопорозе;
- разработка единого протокола порядка диспансеризации и ведения больных с переломами и после эндопротезирования, стандарта объема и качества обследования больных в этих группах риска в условиях поликлиники;
- расширение уровня знаний врачей первичного звена по проблеме остеопороза, организация тематического обучения в Кургане умению назначить фармакологическую терапию, организовать профилактику остеопении и остеопороза;
- создание концепции четкой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи больным остеопорозом;
- решение вопроса о том, врач какой специальности должен заниматься профилактикой и лечением больных остеопорозом путем комплексного и многопланового подхода;
- разработка документов по созданию единого координационного центра и регистра больных с переломами, как симптомами остеопороза.

Таковы наши задачи, и мы должны их решать последовательно и целеустремленно. Другого учреждения, которому могли быть поручены для исполнения эти задачи, нет, хотя попытки такие делались. Как говорят в таких случаях, без энтузиаста никакие вопросы не решаются.

А какие задачи решены? Во-первых, следует сказать, что те должностные лица, которые знали об этом постановлении, сразу же его спрятали, чтобы коллектив Центра не знал о них. Поэтому эти годы проф. Свешников А.А. работал с преподавателями школ и ВУЗов, собирая с их помощью сведения о том, сколько же получают кальция с пищей школьники, студенты, работники техникумов и ВУЗов.

Тавлуева Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения РАМН
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер»
г.Кемерово, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В КУЗБАССЕ (КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ)

Актуальность. Одним из важных условий для сокращения смертности населения России от острых сосудистых катастроф явилось внедрение в различных регионах страны системы первичных (ПСО) и региональных (РСЦ) сосудистых центров, главная задача которых сводится к повышению эффективности диагностических и лечебных подходов при остром коронарном и цереброваскулярном синдромах.

Материалы и методы исследования. В январе 2011 г. РСЦ был развернут на базе Кемеровского кардиологического диспансера (МБУЗ «ККД»). В настоящем исследовании

проанализированы пациенты, транспортированные в РСЦ по поводу острого инфаркта миокарда (ИМ) в течение 2012 г. Всего с января по декабрь 2012 г. из ЛПУ Кемеровской области в РСЦ было переведено 488 пациентов. ЧКВ с имплантацией стента без лекарственного покрытия выполняли до 24 часов от начала болевого приступа с элевацией сегмента ST или вновь возникшей полной блокадой левой ножки пучка (аппарат Phillips). Если же период времени от начала болевого синдрома до доставки пациента в РСЦ превышал 24 часа, то реперфузия миокарда, при наличии показаний, проводилась бригадой скорой медицинской помощи или врачом ЛПУ методом тромболитической терапии (ТЛТ). В последующем возможен был перевод пациента в РСЦ при условии: ИМ, осложненный жизнеугрожающими нарушениями ритма или проводимости; ИМ, осложненный ранней постинфарктной стенокардией; пациенты после ТЛТ.

Результаты и их обсуждение. За 2012 г. в РСЦ было переведено из ПСО 119 (24,4%) пациентов, из других ЛПУ Кемеровской области 369 (75,6%) пациентов с осложненными формами течения острого коронарного синдрома (ОКС). Правильно организованные маршруты движения пациентов с ИМ из ЛПУ Кемеровской области в РСЦ для проведения первичного ЧКВ имеют первостепенное значение. Однако, в силу удаленности территорий, далеко не все ЛПУ имеют возможность быстрой транспортировки пациента с острым ИМ в ЧКВ-центр. В результате только 127 (26%) пациентам, доставленным в РСЦ за 2012 г., была выполнена реперфузия миокарда методом ЧКВ. Всего за период госпитализации 326 (67%) больных подверглись коронароангиографии (КАГ). Причинами невыполнения КАГ явились: наличие противопоказаний или декомпенсированной сопутствующей патологии; отказ пациента. Среди пациентов, которым была выполнена КАГ, 251 (77%) человек нуждался в последующем оперативном лечении. Из них 45 (14%) больных были направлены на ЧКВ со стентированием коронарных артерий в плановом порядке, 24 (75) пациента нуждались в проведении аорто-коронарного шунтирования (АКШ) по неотложным показаниям, 55 (175) больным было рекомедовано АКШ в плановом порядке.

Выводы.

Сосудистая программа - это прорыв на пути организации качественной кардиологической медицинской помощи жителям Кемеровской области. В настоящей программе активно участвуют не только первичные сосудистые центры, но и другие ЛПУ Кемеровской области. Однако сегодня первичное ЧКВ остается малодоступным методом лечения острого инфаркта миокарда для жителей Кузбасса.

**Тания С.Ш., Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Куршакова И.В., Багдасарьянц В.Г.
Иванов А.В., Ашраф Н.Д., Ганин А.С.**

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
г.Санкт-Петербург, Россия

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ

Отрицательный прогноз для жизни имеют около 60% пациентов с сочетанной травмой, сопровождающейся шоком III степени. Особенностями рассматриваемой категории пострадавших являются наибольшая тяжесть и множественность сочетанных повреждений с количеством баллов по шкале ISS более 35, массивная кровопотеря, необходимость применения хирургической тактики Damage Control, высокая частота повторных операций, неизбежность развития реперфузионного синдрома, вторичного иммунодефицита и не менее 3 системных и локальных гнойно-инфекционных осложнений (у отдельных пострадавших - до 10), а также значительная продолжительность лечения.

До недавнего времени при такой патологии в остром периоде травматической болезни (ТБ) производили только экстренные оперативные вмешательства по жизненным показаниям на внутренних органах груди и живота, голове, сосудах, а при переломах длинных трубчатых костей предпочтение отдавали консервативным методам лечения. Однако при таком подходе продолжительность и стоимость лечения были чрезвычайно велики, а эффективность низка.

Разработанная нами более совершенная стратегия оказания помощи пострадавшим с прогнозируемым летальным исходом ТБ включает следующие принципы:

1. Полноценность, перманентность и преемственность проводимых лечебно-диагностических

мероприятий на всех этапах ведения пациентов: реанимационно-хирургическая бригада скорой помощи, противошоковая операционная, отделение хирургической реанимации, отделение сочетанной травмы, поликлиника, реабилитационных центр.

2. Проведение всех оперативных вмешательств в строгом соответствии со схемой лечебно-тактического прогнозирования их исходов по критерию ±Т. Вначале производятся неотложные операции для устранения доминирующих и конкурирующих угрожающих жизни повреждений и используются упрощенные схемы фиксации переломов костей. После стабилизации витальных функций и расчета показателей динамического прогноза характер и объем вмешательств расширяются.

3. Широкое использование современных лучевых (УЗИ, СКТ, С-дуга) и малоинвазивных лечебно-диагностических (лапароцентез, видеолапароскопия, торакоцентез, дренирование плевральной полости, видеоторакоскопия, чрезкостный остеосинтез и др.) методов.

4. Превентивная терапия сепсиса с использованием комплекса антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов, современная антибактериальная химиотерапия развившегося сепсиса.

5. Проведение ранних восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате при благоприятном прогнозе через 24 часа после травмы, отсутствии необходимости инотропной поддержки, тяжести состояния по шкале SOFA - 0 баллов и прокальцитониновом тесте $\leq$ 0,5 нг/мл.

Данная стратегия использована при лечении более 300 чел. Повреждения головы и лица имели 79,2% пострадавших, конечностей - 58,5%, затем груди - 43,1%, живота - 21,9%, таза - 21,3%, позвоночника - 8,5%. У $^3/_4$ пациентов выявлены различные доминирующие повреждения, у остальных - различные конкурирующие. Доминирующие и конкурирующие повреждения конечностей наблюдались в 56% случаев, груди - в 45%, живота - в 27%, головы и лица - в 26%, таза - в 13%, позвоночника - в 5,5%. На одного пострадавшего приходилось в среднем 2, 3 повреждения. Прогноз определяли по способу Ю.Н. Цибина. Течение ТБ у таких пациентов неизбежно сопровождалось развитием различных осложнений: пневмонии - у 100 %, тяжелого сепсиса - у 37 %, энцефалопатии смешанного генеза - у 68%, гнойных осложнений в зоне повреждений и хирургических доступов - у 12 %, и др.

Благодаря данной стратегии в последние годы частоту гнойных осложнений при проведении ранних реконструктивно-восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате удалось снизить с 23% до 5,6% ($p< 0,001$), а общую летальность при сочетанной травме с отрицательным прогнозом - с 97,5% до 63% ($p<0,01$).

Тодышева Е.Н., Жилина Н.М., Чеченин Г.И.

Кустовой медицинский информационно-аналитический центр
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г.НОВОКУЗНЕЦКА ЗА 2004-2012 ГГ. ПО ИНФОРМАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ БАЗ ДАННЫХ

Материалы и методы исследования. Основным материалом исследования является персонифицированная база данных (БД) «Учет и анализ смертности» Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ) г.Новокузнецка, зарегистрированная в Научно-техническом центре «Информрегистр» Федерального агентства по информационным технологиям. Для проведения анализа информация БД переведена в формат статистического пакета IBM SPSS Statistics - 19.0. Число смертей представлено в абсолютных (зарегистрированное число случаев) и относительных (в пересчете на 1000 населения соответствующего возраста) показателях. Изучена поло-возрастная структура смертности по причинам (в процентных показателях, процент рассчитан от общего числа за рассматриваемый период).

Для сравнения качественных признаков в независимых группах применен статистический критерий $ч^2$, сравнение признаков в динамике за ряд лет выполнено с помощью критерия Фридмана. Для выявления статистически значимых тенденций изменения показателей в динамике за ряд лет применен критерий Тау (ф) Кендала. Критическим уровнем статистической значимости различия признака в группах сравнения (p) выбран 0,05. Критерии вычислены в программе IBM SPSS

Statistics - 19.0. Среднегодовые показатели приводятся со стандартным (среднеквадратичным) отклонением от среднего.

В настоящем исследовании проанализирована смертность населения г.Новокузнецка с 2004 по 2012 г. без учета жителей города, умерших на других территориях.

Основные результаты. Выявлено, что в среднем за год в рассматриваемом периоде число смертей в абсолютных показателях 8626,4±743,8 человек, из них число смертей мужчин составляет 4743,8±531,0, а женщин 3882,7±216,4 человек. В относительных показателях (на тысячу населения города) в среднем за год в рассматриваемом периоде число общей смертности составляет 15,4±1,2%, из них в среднем смертность мужчин составляет 18,8±1,9%, а женщин 12,6±0,7%.

Общая смертность населения (число смертей в пересчете на 1000 населения) г.Новокузнецка значимо снижается за весь период на 10,7%, выявлена статистически значимая тенденция к снижению смертности городских жителей: ф= -0,833 p=0,002.

При сравнении показателей по полу, выяснено, что смертность статистически значимо выше среди мужчин, чем среди женщин $ч_г^2$=9,00, p=0,003, в среднем на 33%. Смертность взрослого населения в среднем составляет 18,9‰, детей до 14 лет 1,0‰, детей от 15 до 17 лет 0,9‰. В каждой возрастной группе уровень смертности мужского населения превышает уровень смертности женского населения: в группе детей до 14 лет средний относительный показатель мальчиков выше показателя девочек, на 37,5%; у детей от 15 лет до 17 лет уровень смертности выше у юношей, на 140%; во взрослой группе средний показатель смертности мужчин превышает смертность женщин на 56,6%.

Самой распространенной причиной смерти населения являются болезни системы кровообращения - 49,8%, на втором месте - травмы 15,9%, и следующая ведущая причина смерти - новообразования - 15,1%.

Коэффициент смертности мужчин трудоспособного возраста статистически значимо снижается, за весь период на 33,3%, ф=-0,930, p=0,001. Так же прослеживается положительная тенденция к снижению коэффициента смертности женщин трудоспособного возраста (снижение на 26,7%), изменение статистически значимо: ф=-0,743, p=0,006.

Основными причинами смертности мужского населения в трудоспособном возрасте в г.Новокузнецке являются травмы (38,4±3,4%) и болезни системы кровообращения (23,5±0,7%). За ними следуют новообразования (9,3±1,4%), инфекционные и паразитарные болезни (6,8±1,3), болезни органов дыхания (6,5±0,7%), болезни, выявленные при клинических исследованиях (6,2±1,6%) и органов пищеварения (5,6±1,1%).

Статистически значимая тенденция к увеличению показателя смертности мужчин трудоспособного возраста г.Новокузнецка за весь анализируемый период наблюдается по причинам инфекционных и паразитарных болезней - на 55,9% (ф=0,761, p=0,005), новообразований - на 33,8% (ф=0,833, p=0,002), и болезней, органов пищеварения на 42,2% (ф=0,556, p=0,037). А статистически значимая тенденция к снижению смертности наблюдается только в классе травм и отравлений - на 16,4% (ф=-0,667, p=0,012). По остальным классам заболеваний показатели смертности мужчин трудоспособного возраста за период 2004-2012 гг. остаются стабильными.

У женщин, так же как и у мужчин трудоспособного возраста, основной причиной смерти являются травмы и отравления (28,0±3,0%), на втором месте болезни системы кровообращения (20,7±2,3%), далее новообразования (16,7±3,2%), болезни органов пищеварения (10,1±1,8%), инфекционные и паразитарные (8,2±1,7%), органов дыхания (5,5±1,3%), и болезни выявленные при клинических исследованиях (4,7±1,7%).

Статистически значимая тенденция к росту смертности женщин трудоспособного возраста г.Новокузнецка за весь анализируемый период наблюдается в классе новообразований - на 59,6% (ф=0,611, p=0,022). А статистически значимая тенденция к снижению смертности наблюдается в классах болезней системы кровообращения - на 26,4% (ф=-0,778, p=0,004), в классе травм и отравлений - 26,6% (ф=-0,667, p=0,012).

В результате стандартизации структуры населения по районам г.Новокузнецка выявлено, что самый низкий стандартизованный показатель смертности, как у мужчин, так и у женщин выявлен в Новоильинском районе (соответственно 14,7 и 10,5‰), самый высокий - в Куйбышевском районе города (19,0 и 15,1‰).

Выводы.

Таким образом, за исследуемый период выявлена благоприятная тенденция к снижению

общей смертности населения г.Новокузнецка, при этом уровень смертности остается достаточно высоким и превышает рождаемость. Выявлены зоны риска основных причин смерти мужчин и женщин трудоспособного возраста, а также классы заболеваний, по которым смертность продолжает расти.

Тулупов А.Н., Закарян А.А., Чикин А.Е., Тания С.Ш.
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
г.Санкт-Петербург, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

По данным ГИБДД, в 2011 г. в г.Москве на 100 тыс. населения количество ДТП составило 98,5, погибших в них - 6,4, пострадавших - 113,4, а в г.Санкт-Петербурге - соответственно 149,0, погибших - 9,4 и пострадавших - 172,3, что в 1,5 раза больше. За 9 месяцев 2012 г. в северной столице эти показатели увеличились более чем на 10%. Все это свидетельствует об особой актуальности проблемы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Такая помощь в Санкт-Петербурге организована в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2009г. N 991н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком» и Распоряжением Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга от 16.02.2012 г. N 73-р «О совершенствовании в Санкт-Петербурге организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком».

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной шокогенной травмой в г.Санкт-Петербурге оказывается в 6 травмоцентрах I уровня и 3 травмоцентрах II уровня.

Травмоцентры I уровня развернуты на базе многопрофильных стационаров скорой медицинской помощи, традиционно занимающихся диагностикой и лечением тяжелой механической травмы. К ним относятся СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Александровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница N 26», СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. В их структуре имеются противошоковая операционная, специализированное реанимационное отделение или пост для пострадавших с сочетанной травмой и отделение сочетанной травмы.

Травмоцентры II уровня организованы в составе менее крупных стационаров: СПб ГБУЗ «Городская больница N 33», СПб ГБУЗ «Николаевская больница» и СПб ГБУЗ «Городская больница N 40». В них обследование и лечение пострадавших осуществляется в противошоковой операционной, обычных отделении реанимации, хирургическом и травматологическом отделениях.

Травмоцентры достаточно хорошо укомплектованы высококвалифицированными специалистами и, в соответствии с государственными и муниципальными программами по модернизации здравоохранения и обеспечению безопасности дорожного движения, оснащены современной лечебно-диагностической аппаратурой. За всеми травмоцентрами закреплены территориальные зоны ответственности. Доставка пациентов производится, минуя приемные отделения, непосредственно в противошоковые операционные с предварительным оповещением дежурных бригад службой скорой помощи. Подавляющее большинство пострадавших доставляется в стационары в течение 1,5 ч после травмы.

Ежегодно в травмоцентрах города получают лечение около 50 тыс. (около 4 тыс. в месяц) пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными закрытыми травмами и ранениями. Частота сочетанных травм составляет 12,5%, доля сочетанных травм, сопровождающихся шоком - 56,3%, доля закрытых сочетанных травм - 68,2%. У 77% пациентов травма возникла вследствие ДТП. В каждом из 6 травмоцентров I уровня в год обследуются и получают лечение в среднем около 600 пациентов, в каждом из 3 травмоцентров II уровня - на порядок меньше. В другие стационары города доставляется около 300 пострадавших в год. Летальность при тяжелой механической травме в травмоцентрах I уровня составляет около

15%, в травмоцентрах II уровня - около 20%, а в других (неспециализированных в отношении шокогенной травмы) - 37%. Летальность при тяжелой сочетанной травме в течение первых 2 суток в значительной степени зависит от догоспитального лечения. При использовании реанимационно-хирургических бригад (РХБ) скорой медицинской помощи она в 1,5-2 раза ниже, чем при выезде обычных линейных. В Санкт-Петербурге круглосуточно работают 8 РХБ: 5 - по всему городу от подстанции N 12 и по 1-й - в пригородах Колпине, Пушкине и Сестрорецке. С учетом того, что в сутки в городе госпитализируется в среднем 14 пострадавших с сочетанной травмой, то на 1 РХБ в сутки приходится менее 2 вызовов. В то же время в 2012 г. этими бригадами было обеспечено лишь 57% пациентов. Остальные 41% доставлены линейными бригадами, а 2% поступили «самотеком». К числу проблем, требующих решения для улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в ближайшее время, относятся следующие: принятие и реализация программы «Комплексные меры по обеспечению безопасности дорожного движения в Санкт-Петербурге на 2013-2016 гг.», оптимизация доставки пострадавших в травмоцентры и догоспитального лечения, совершенствование медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, оптимизация статистического инструментария учета таких травм, разработка и внедрение системы мониторинга оказания медицинской помощи в травмоцентрах города, увеличение доступности современных малоинвазивных диагностических и лечебных технологий. Наш опыт убедительно свидетельствует о правильности современной концепции создания в мегаполисах страны системы травмоцентров и необходимости использования РХБ скорой помощи.

Шатохин В.Д.
Самарская областная клиническая больница
г.Самара, Россия

ОПЫТ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Организация лечения с использованием возможностей амбулаторных центров хирургии или стационаров кратковременного пребывания - перспективное направление развития хирургической помощи.

Цель исследования. Изучение опыта организации и условий эффективной работы центров амбулаторной хирургии по лечению больных ортопедо-травматологического профиля.

Материалы и методы исследования. Наш материал основывается на опыте, принципах организации и результатах лечения больных ортопедо-травматологического и хирургического профиля в амбулаторных условиях.

В сообщении использован опыт и результаты работы научно-поликлинического отделения КНИИЭКОТа г.Курган и Центра амбулаторной хирургии ВАЗа г.Тольятти.

Первый и значительный опыт организации амбулаторного центра лечения больных ортопедо-травматологического профиля, в котором основным методом лечения был хирургический, принадлежит гениальному ученому и организатору - Г.А. Илизарову.

Для эффективной работы таких центров необходимо было соблюсти ряд условий:

1. Тщательный отбор пациентов на проведение операций в амбулаторных условиях.
2. Наличие достаточной материально-технической базы и нормативных документов.
3. Перечень оптимальных методик хирургического лечения. Основным требованием к ним является малая травматичность вмешательства.
4. Профессиональная подготовка специалистов.
5. Этапность внедрения новых технологий.

Для внедрения данных методов лечения необходим стационар кратковременного пребывания, где больные наблюдались после операции от нескольких часов до 3-х дней.

Соблюдение перечисленных выше условий лечения позволило сконцентрировать значительный контингент больных в амбулаторном центре института. Одновременно, а лечилось более 200-х больных, в год выполнялось до 1500 операций. Ни в одном случае за время работы отделения мы не отметили серьезных осложнений и летальных исходов. Общий процент осложнений не превышал 1,5%.

Лечение больных в условиях поликлиники наряду с высокой экономической эффективностью (лечение больного в условиях поликлиники дешевле в 2 раза, по сравнению со стационаром) имеет еще большой психологический эффект, так как больной сохраняет домашнюю обстановку, нормальный психологический климат.

Для организации данной работы было разработано и утверждено адаптированное к данной работе штатное расписание.

Центры амбулаторной хирургии и травматологии позволяют разгрузить круглосуточные стационары, значительно сократить затраты на лечение больных. Объединение под одной крышей специалистов, использующих, малотравматичные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, позволяет создавать мобильные, легко трансформируемые структуры, которые в зависимости от потребности в различных видах хирургической помощи имеют возможность изменять объем и профиль оказания помощи (гинекологи, хирурги, травматологи).

Высокая эффективность работы таких центров и новых организационных форм была примером для других территорий. В г.Тольятти был организован центр амбулаторной хирургии ОАО АвтоВАЗа. В его структуре работали 3 отделения, основным методом лечения был эндоскопический - были организованы отделения эндоскопической хирургии, гинекологии, травматологии и ортопедии. Он был размещен в одном из пустующих зданий детского сада, был в нем также организован лечебно- диагностический центр, что значительно облегчило вопросы диагностики и реабилитации.

Стационар временного пребывания был развернут на 20 коек, средняя длительность пребывания больных в палатах временного пребывания составила 1,2 дня.

После проведения операции в амбулаторном центре пациент продолжал лечение у оперировавшего его хирурга. Самым существенным фактором успеха при решении данной проблемы является ее комплексность и настойчивость. Выделение задачи хирургического лечения больных ортопедо-травматологического профиля в самостоятельный процесс позволяет добиться определенных организационных и лечебных результатов.

Шелякина О.В., Тоцкая Е.Г.
АНО «Клиника НИИТО»
г.Новосибирск, Россия

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Актуализированная в последние годы значимость вопросов реабилитации в комплексе оказываемых медицинских услуг в отечественной системе здравоохранения обострила проблемы, существующие в организации данных видов помощи: отсутствие системности и структурированности при реализации реабилитационных программ, преемственности, единых организационных и методологических подходов в реабилитации больных, подготовке специалистов-реабилитологов. Создание целостной системы реабилитации для пациентов травматолого-ортопедического и неврологического профилей, и в здравоохранении в целом, имеет огромное значение для государства и общества.

Цель исследования. Обоснование принципов и методических подходов к организации реабилитационной службы при оказании специализированной медицинской помощи травматолого-ортопедического и неврологического профилей на базе Новосибирского НИИТО.

Задачи исследования. Анализ имеющихся ресурсов, структурной организации и методов управления реабилитационным блоком в исследуемом учреждении, разработку принципиальных подходов к организации и оснащению реабилитационной службы, стандартов восстановительного лечения и алгоритмов оказания реабилитационной помощи в травматологии и ортопедии.

Существенное увеличение объема хирургической деятельности по специализированным и высокотехнологичным видам помощи в Новосибирском НИИТО способствовало интенсификации работы хирургической койки и потребовало пересмотра подходов в организации восстановительного лечения пациентов в ранний послеоперационный период. Сформировался комплекс предпосылок для организации реабилитационной службы как элемента замкнутого цикла оказания специализированной медицинской помощи пациентам травматолого-ортопедического и неврологического профилей. За короткий временной период (с 2008 по 2012 годы) была осуществлена структурно-функциональная

реорганизация с формированием реабилитационной службы, объединившей подразделения НИИТО, реабилитационные базы и консультативно-реабилитационные отделения поликлиник фирм-партнеров. Модернизации подверглись материально-техническая база, служба управления кадрами и контроля качества, научно-производственная сфера. Инновационные подходы к управлению реабилитационной службой позволили выделить ключевые звенья реабилитационного процесса: амбулаторное - госпитальное - специализированные реабилитационные центры (технологическая цепочка комплексного оказания помощи в травматологии и ортопедии). Единая управленческая доктрина и технологии организации лечебно-диагностического процесса от первого обращения пациента до завершающего этапа реабилитации позволяют координировать все звенья данной технологической цепочки. Инновационные подходы к организационно-кадровому обеспечению позволили внедрить принципы цикличного обучения и усовершенствования, что отразилось на эффективности деятельности реабилитационной службы в целом. Единая информационная база данных, в которую поступает информация от всех подразделений учреждения, позволяет строить программы лечения и оценивать их эффективность, осуществлять преемственность и контроль на разных звеньях реабилитационного процесса. В группе компаний-партнеров НИИТО функционирует производственная база, разрабатывающая и выпускающая широкий спектр ортопедических изделий. Реабилитационная служба формирует заказ на разработку новых ортопедических продуктов и технологий с учетом потребностей пациентов.

Выводы.

Предложенная модель организации реабилитационной службы является оптимальной для реализации замкнутого цикла оказания комплексной специализированной медицинской помощи в травматологии и ортопедии. Внедрение подобной медико-организационной технологии позволяет в полной мере реализовать принципы, весьма актуальные для отечественного здравоохранения на современном этапе.

Шумкин А.А., Чеченин Г.И., Михайлюк Н.В.
МБЛПУ «Станция скорой медицинской помощи»
МБУ ЗОТ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр»
г.Новокузнецк, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ АЛГОРИТМОВ РЕГИСТРАЦИИ ВЫЗОВОВ К ЛИЦАМ В НАРКОТИЧЕСКОМ ОПЬЯНЕНИИ И С ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ ОПИАТОВ ЗА ПЕРИОДЫ 2003-2005 ГГ. (ДО ВНЕДРЕНИЯ) И 2009-2011 ГГ. (ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ)

Цель исследования. Максимальное удовлетворение потребностей населения в анестезиолого-реанимационных видах скорой медицинской помощи (СМП) необходимого качества путем оптимизации деятельности анестезиолого-реанимационных бригад (АРБ).

Задачи исследования. Провести анализ и дать оценку работы оптимизированной системы регистрации вызовов и выбора профильности направляемой бригады.

Материалы и методы исследования. Персонифицированная компьютерная база данных станции СМП г.Новокузнецка за периоды 2003-2005 и 2009-2011 гг. Критериями отбора случаев для исследования были вызовы, обслуженные бригадами всех профилей с поводами «наркотическое опьянение» и «передозировка опиатов». Объем выборки за периоды 2003-2005 и 2009-2011 гг. составил 7589 и 6536 случаев, соответственно. Анализ проводился путем сравнительной оценки показателей обслуживания лиц в наркотическом опьянении и с передозировкой опиатов за два периода: 2003-2005 гг. - до внедрения оптимизированной системы регистрации вызовов реанимационного профиля, и 2009-2011 гг. - после внедрения системы, с применением методов математической статистики (Z-критерий).

Результаты исследования. За 2003-2005 гг. бригадами СМП обслужено 7589 вызовов (в среднем за год 2530±633,6), за 2009-2011 гг. - 6536 вызовов (в среднем за год 2179±559,6 вызовов, то есть среднегодовое значение на 13,9% меньше чем за предыдущий период). На наш взгляд, это обусловлено снижением использования населением наркотических веществ опиатного действия в сторону все большего применения энтеральных синтетических наркотиков («соль» и прочие). Это подтверждает следующий факт: средний возраст пациентов в первом периоде

составил 26±7 лет, во втором - 29±8 лет, то есть у пациентов с наркотическим опьянением и передозировкой опиатов средний возраст стал на 3 года выше во втором периоде в сравнении с первым, что, учитывая снижение к ним числа вызовов, косвенно говорит о снижении прироста числа наркозависимых от опиатов в Новокузнецком Городском округе. При этом доля мужчин среди пациентов за оба периода исследования значительно превалирует над женским полом (86,8% за первый период и 84,4% за второй, соответственно).

Произошло увеличение доли обслуженных вызовов бригадами других профилей (БДП) после внедрения оптимизированной системы регистрации вызовов относительно показателя исходного периода с 54,6% (4146 вызовов за 2003-2005 гг.), до 73,5% (4807 вызовов за период 2009-2011 гг.), при улучшении качественных показателей результатов работы бригад СМП.

При обслуживании вызовов БДП в период 2009-2011 гг., в сравнении с периодом 2003-2005 гг., отмечается:

- снижение доли направленных на госпитализацию больных с 7,9% до 2,5% (P=0,064), при увеличении доли оставленных после оказания помощи на месте вызова с 73% до 89% (то есть на 16%, при $p \leq 0,001$);
- снижение почти в 3,5 раза показателя вызова «на себя» АРБ (в случае необходимости) бригадами других профилей (с 3,8% до 1,1%, при P=0,619), что говорит о том, что БДП с данной категорией пациентов справляются своими силами;
- доля случаев смерти в присутствии (в машине) бригады СМП сократилась в 10 раз (с 0,2% до 0,02%, при $p \leq 0,001$);
- доля случаев смерти до прибытия бригады СМП уменьшилась более чем в 1,5 раза (p=0,316);
- в 5 раз реже БДП стали передавать больных для дообслуживания другим бригадам СМП (с 0,3% до 0,06%, при $p \leq 0,001$).

Выводы.

1. Доля обратившихся лиц с диагнозами «наркотическое опьянение» и «передозировка опиатов» на станцию СМП в периоде 2009-2011 гг. в сравнении с периодом 2003-2005 гг. уменьшилась в среднегодовом значении на 13,9%, что, учитывая увеличение их среднего возраста на 3 года, косвенно говорит о снижении прироста числа наркозависимых от опиатов в Новокузнецком Городском округе.

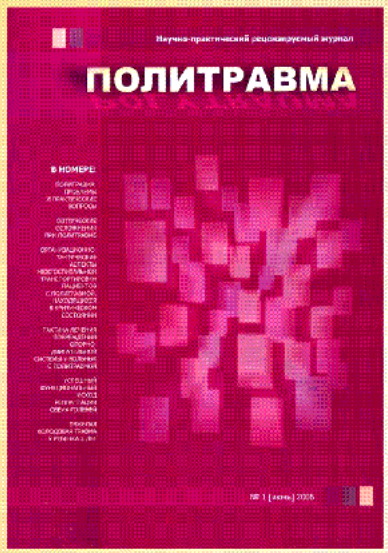
2. К периоду 2009-2011 гг., в сравнении с периодом 2003-2005 гг. у показателей БДП отмечается снижение доли направленных на госпитализацию больных с 7,9% до 2,5% (p=0,064), снижение почти в 3,5 раза показателя вызова «на себя» АРБ с 3,8% до 1,1% (p=0,619), сокращение в 10 раз (с 0,2% до 0,02%, при $p \leq 0,001$) доли случаев смерти в присутствии бригады СМП и уменьшение доли случаев смерти до прибытия бригады СМП более чем в 1,5 раза (p=0,316), что подтверждают эффективность работы оптимизированных алгоритмов регистрации вызовов к лицам, находящимся в наркотическом опьянении или в состоянии передозировки опиатов.

ВНИМАНИЕ!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА

научно-практический рецензируемый ежеквартальный журнал «ПОЛИТРАВМА»

ПИ N ФС 12-0644 от 15.12.2005г.



Тематика: фундаментальные и прикладные теоретические, клинические и экспериментальные исследования, заметки из практики, дискуссии, обзоры литературы, информационные материалы.

Предназначен для клиницистов, научных работников и руководителей органов здравоохранения.

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

Журнал рекомендован ВАК Министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук. Все статьи публикуются бесплатно.

Архив полнотекстовой верстки журналов в свободном доступе (http://www.mine-med.ru/polytrauma/polnotekstovyie-versii-jurnala-politravma.php).

В феврале 2008 года журнал был награжден Знаком отличия Юбилейной международной профессиональной выставки "Пресса-2008" "Золотой фонд прессы".

Подписка на журнал

на почте по каталогам

-агентства ОАО "Роспечать", индекс подписки - 36675
-"Пресса России", индекс подписки - 42358
-"Почта России", индекс подписки - 54714

интернет-сайт

http://www.mine-med.ru/polytrauma/

Адрес редакции:

652509, Россия, Кемеровская область, г. Ленинск-Кузнецкий, микрорайон 7, № 9
"Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"
E-mail: irmaust@gnkc.kuzbass.net, pressa@gnkc.kuzbass.net
Интернет-сайт: www.mine-med.ru
Тел: (384-56) 2-38-88; FAX: (384-56) 2-40-50

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ

Введенский В.П.
ГБКУЗ ЯО N 2
г.Ярославль, Россия

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ АСПИРАЦИИ

Проблема лечения бронхо-легочной аспирации далека от своего разрешения. Новые перспективы в этом направлении открывает применение высокочастотной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ), проводимой с использованием фибробронхоскопов.

Цель исследования. Определить эффективность визуально контролируемой высокочастотной вентиляции легких при лечении бронхо-легочной аспирации у пострадавших с тяжелыми сочетанными повреждениями.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты лечения 419 больных с сочетанными травмами (мужчин - 339, женщин - 80, возраст от 16 до 79 лет, APACHE II - 17,02±0,11 балла, ISS - 23,45±0,27 балла). Во всех наблюдениях эндоскопически выявлена аспирация в нижние дыхательные пути крови и/или жидкого желудочного содержимого. Для определения эффективности использования фиброоптической ВЧ ИВЛ при восстановлении бронхиальной проходимости, при лечении острых химических пневмонитов и аспирационных пневмоний исследовали динамику клинических, лабораторных и рентгенологических симптомов респираторной дисфункции.

После деблокации пораженных бронхов констатированы достоверно значимые положительные изменения в клиническом статусе (уменьшение хрипов в легких и улучшение проведения дыхания), показателях кислородного статуса (PaO_2, SaO_2), рентгенологической картине (улучшение пневматизации легочной ткани), в частоте встречаемости эндоскопических симптомов реобструкции. Это свидетельствовало о преимуществах использования фиброоптической ВЧ ИВЛ (n=186) в режиме экспульсии (f=300 ц/мин, I:E=3:1, $P_{раб}$=1,5 атм) перед визуально контролируемым трахеобронхиальным лаважем физиологическим раствором (n=233).

При лечении острых химических пневмонитов и аспирационных пневмоний применяли высокочастотную вентиляцию легких в перемежающих режимах. Инвертированный режим (f=300 ц/мин, I:E=2:1-3:1, $P_{раб}$=1,5 атм) сменяли на режим импульсии (f=300 ц/мин, I:E=1:3, $P_{раб}$=1,5 атм), которому предшествовала фиброоптическая инстилляция перфторана (суточная доза - не более 0,25 мл/кг) в сегментарные бронхи пораженных отделов легкого. Начало комплексной терапии с ВЧ ИВЛ - с первых часов манифестации легочной патологии.

Положительная динамика течения химических пневмонитов и отсутствие признаков их трансформации в бактериальную пневмонию, согласно параметрам Clinical Pulmonary Infection Score, при использовании фибробронхоскопии в сочетании с высокочастотной вентиляции легких (n=62 - 56,88%) встречались чаще, чем на фоне базовой интенсивной терапии без вентиляционной составляющей (n=38 - 32,76%) (p<0,001).

Положительный эффект от применения ВЧ ИВЛ в лечении аспирационных пневмоний, с учетом критериев Clinical Pulmonary Infection Score, констатирован в 68 (64,76%) наблюдениях, при традиционном подходе с неинвазивной тактикой ведения больных - в 26 (36,62%) (p<0,001).

Таким образом, фиброоптическая высокочастотная вентиляция легких является эффективным методом лечения нарушений бронхиальной проходимости, острых химических пневмонитов и бактериальных пневмоний, обусловленных бронхо-легочной аспирацией жидкого субстрата. При ее использовании не отмечено манифестации или прогрессирования патологических изменений трахеобронхиального дерева, не выявлено отрицательной динамики в течение легочной патологии и рентгенологических признаков ателектазирования легких.

Власов С.В., Власова И.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Причиной гибели пациентов с политравмой во многих случаях является тромбоэмболия легочной артерии, возникающая в результате острых венозных тромбозов (ОВТ) в бассейне нижней полой вены, частота которых достигает 70-80%.

Цель исследования. Выявление интегральных показателей, имеющих прогностическую ценность для развития тромботических осложнений у пациентов с политравмой.

Материалы и методы иследования. Ретроспективно была исследована группа из 196 пациентов с политравмой, (34,8±13,7 лет, мужчин 152). У 62 пациентов был выявлен ОВТ, 134 пациента составили группу без тромботических осложнений. Статистическая обработка проводилась в программе «STATISTICA» 6,1.

Результаты исследования. Для комплексного анализа показателей, которые могли бы влиять на патогенез ОВТ, изучения связи между ними, а также для получения интегральных параметров был проведен факторный анализ (ФА). В ФА были включены 15 показателей: 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, количество и длительность операций у одного пациента, объем кровопотери, вариант ее восполнения: использование донорской крови или аппаратная реинфузия аутокрови (0-1), медикаментозная гепаринопрофилактика (0-1). В результате ФА было выделено восемь факторов (Ф), описывающих 82,69% общей дисперсии изучаемых переменных. В Ф1 оказалось больше всего взаимосвязанных показателей с высокой нагрузкой. Это тяжесть травмы по шкале ISS (факторная нагрузка 0,9) и тяжесть состояния по шкале APACHE (0,8), количество оперативных вмешательств (0,65) и их длительность (0,78), напрямую зависящие от тяжести и характера повреждения, а также связанная с ними массивная кровопотеря (0,59), локализация травмы таз/живот (0,37). При этой локализации развивается массивное внутреннее кровотечение, а также наружное кровотечение во время репозиции костных отломков и при остеосинтезе. Эти патогенетические факторы играют ведущую роль в развитии осложнений при политравме, в том числе тромбообразования. В Ф2 с высокой нагрузкой вошли показатели локализации травмы таз/живот (0,78) и позвоночник (0,7), при этом они были связаны с массивной кровопотерей (0,48). Можно предположить, что этот Ф существенно изменил развитие заболевания именно во время оперативного вмешательства и был связан с массивной кровопотерей. В остальных Ф присутствовало по одному показателю с высокой нагрузкой, то есть они являлись независимыми Ф в развитии политравмы. Рассчитав значения Ф у всех пациентов, сравнили показатели наблюдаемых двух групп. Статистически значимое различие было только по Ф1 (p=0,00001). У пациентов с ОВТ значение Ф1 было выше, следовательно состояние пациентов, связанное с тяжестью травмы, кровопотерей, необходимостью более радикальных операций в этой подгруппе играло существенную роль в развитии венозных тромбозов.

Таким образом, методом ФА был выделен интегральный показатель, включающий оценку тяжести травмы и состояния пациентов, количество и длительность проводимых им оперативных вмешательств, объем кровопотери, который имел прогностическую значимость в оценке риска развития тромбозов.

Власов С.В., Власова И.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

По некоторым данным частота острых венозных тромбозов (ОВТ) при политравме составляет 70-80%. Многие клиницисты недооценивают опасность ОВТ, поскольку для него характерно скрытое, либо малосимптомное течение. В связи с этим важнейшей задачей следует признать профилактику и оценку степени риска тромбоэмболических осложнений

Цель исследования. Выявление интегральных показателей, определяющих риск возникновения тромботических осложнений у пациентов с политравмой.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно была исследована группа из 196 пациентов с политравмой (34,8±13,7 лет, мужчин 152). Из них у 134 пациентов не было тромботических осложнений, у 62 был диагностирован ОВТ. Статистическая обработка результатов проводилась в программе «STATISTICA» версия 6,1.

Результаты и их обсуждение. Для комплексного анализа показателей, которые могли влиять на развитие ОВТ, для изучения связи между ними и получения интегральных параметров был проведен факторный анализ. В анализ были включены 15 показателей: пол, возраст, тяжесть состояния пациентов 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, количество и длительность операций у одного пациента, объем кровопотери, вариант ее восполнения: использование донорской крови или аппаратная реинфузия аутокрови (0-1), медикаментозная гепаринопрофилактика (0-1). В результате факторного анализа из восьми факторов (Ф) структурно выделялся первый Ф, с помощью которого можно было описать четвертую часть дисперсии переменных. Именно в структуру Ф1 вошли с высокими нагрузочными коэффициентами такие важные показатели, как баллы по шкале APACHE, ISS, количество и длительность операций, а также массивная кровопотеря, связанная с локализацией таз/живот. По значениям Ф1 группы с тромбозом и без него статистически значимо различались. Все это позволило считать, что интегральный показатель Ф1 имеет прогностическую значимость в оценке риска наступления ОВТ. Для изучения зависимости вероятности наступления ОВТ от значения Ф1 была построена предельная модель логистической регрессии. По шкале абсцисс были отложены значения Ф1 всех наблюдаемых случаев. По шкале ординат определяли вероятность наступления события от 0 (нет тромбоза) до 1,0 (тромбоз), или от 0 до 100%. Процент верности предсказанного события для группы без тромбоза составил 94,03%, для группы с наступившим тромбозом 85,48%. При значении Ф1 от - 2,0 до - 0,25 значение вероятности наступления тромбоза было низким (менее 10%). То есть, вероятность отсутствия события была более 90%. Такой же процент вероятности наступления тромбоза (более 90%) был при значениях Ф1 от 1,25 до 3,0. Значения Ф1 от - 0,25 до 1,25 являлись промежуточными. По имеющейся формуле, коэффициентам, средним значениям и стандартным отклонениям показателей, составляющих Ф, имеется возможность произвести расчет Ф у каждого пациента с политравмой и определить вероятность развития ОВТ, используя имеющуюся модель логистической регрессии.

Выводы.

При использовании интегрального показателя оценки состояния пациентов с политравмой создана модель логистической регрессии для определения вероятности развития у них венозного тромбоза.

Евтушенко А.Я., Будаев А.В., Этенко А.И.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России МСЧ МВД России по Кемеровской области
г.Кемерово, Россия

КРИТИЧЕСКИЕ УРОВНИ МОЗГОВОЙ ПЕРФУЗИИ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕАНИМАЦИИ

Проблема постреанимационных энцефалопатий остается важнейшей в современной реаниматологии. Их генез связан не только с развитием недостаточности кровообращения, но и с интенсивной перфузией на начальном этапе восстановления гемоциркуляции. Обнаружен и количественно оценен феномен ранней постреанимационной централизации кровообращения (Евтушенко А.Я. и соавт., 1985), сущность которого заключается в перераспределении потоков крови с преимущественным кровоснабжением мозга (Будаев А.В., 2006) на фоне увеличенного сердечного выброса гипер- или нормоволемии, сниженного периферического сопротивления.

Цель исследования. Изучение значения обнаруженного феномена для процессов восстановления жизнедеятельности и исходов реанимации.

Эксперименты выполнены на 228 беспородных кошках в соответствии с требованиями приказов (N 267 МЗ РФ от 19.06.2003), принципами Европейской конвенции (Страсбург, 1986), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном обращении с животными (1996).

Использованы модели 5-минутной клинической смерти от острой одномоментной артериальной кровопотери; пролонгированной кровопотери (смертельное обескровливание после предварительной геморрагической гипотензии до АД 50 мм рт. ст., в течение 30 мин); пролонгированной кровопотери в сочетании с вдыханием угарного газа (0,68% воздушно-газовая смесь, во время геморрагической гипотензии); компрессии грудной клетки.

Реанимационные мероприятия при кровопотере включали в себя внутриартериальное введение выпущенной крови и искусственное дыхание в режиме умеренной гипервентиляции. При компрессии проводили непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию. В течение 3-х часов после оживления регистрировали мозговой кровоток (водородный клиренс), сердечный выброс (СВ), его распределение (термодилюция), среднее артериальное и центральное венозное давление, частоту сердечных сокращений. Нейровегетативный статус оценивали с помощью расчетных индексов: Кердо, Робинсона, Хильдебранта. Животных наблюдали в течение 10 суток после восстановления кровотока.

Установлено, что независимо от причины и продолжительности умирания постреанимационные изменения мозгового кровотока имеют закономерный фазный характер. Первоначальная кратковременная гиперперфузия сменяется относительной нормализацией мозгового кровотока с последующим развитием гипоперфузии. С увеличением продолжительности умирания от кровопотери увеличивается продолжительность гиперперфузии головного мозга - с 10 минут при одномоментной до 20 мин при пролонгированной кровопотере, тогда как ее интенсивность не изменяется - мозговой кровоток увеличивается в 1,3-2,0 раза от исходных показателей. При отягощении пролонгированной кровопотери вдыханием угарного газа уменьшается интенсивность и продолжительность гиперперфузии - увеличение мозгового кровотока в среднем на 30% продолжается не более 5 минут. При умирании от компрессии грудной клетки постреанимационная перфузия головного мозга характеризуется умеренным увеличением в 1,5 раза, продолжительностью не более 10 минут.

Изменения мозгового кровотока связаны с динамикой СВ и особенностями его распределения. Гиперперфузия головного мозга обусловленная увеличением СВ и его наддиафрагмальной фракции, а последующее уменьшение мозгового кровотока - падением СВ и децентрализацией кровообращения.

Для оценки значения интенсивности мозгового кровотока для процессов восстановления и исходов реанимации выполнены эксперименты с его модификацией.

Ограничение избыточной гиперперфузии осуществляли разгрузкой сосудистого русла сразу после возобновления кровообращения с помощью артериального гемобаростат Уиггерса (системное АД 100 мм рт. ст. в течение 30 мин). Установлено, что в этих условиях

происходит уменьшение системной и мозговой гиперперфузии как по интенсивности, так и по продолжительности. Увеличивается продолжительность периода относительной нормализации гемодинамики, а последующий гипопрефузионный синдром формируется позже, спустя 2 часа после оживления. Постреанимационная летальность снижается с 65% (при обычном ведении постреанимационного периода) до 37%. При этом у всех выживших животных достоверно быстрее происходит восстановление функций ЦНС - к пятым суткам полностью отсутствовал неврологический дефицит. При обычном ведении постреанимационного периода у 7 из 23 выживших животных неврологический дефицит к 10 суткам составил 14,0±0,4 балла.

Эксперименты с увеличением объемной перфузии в первые минуты после возобновления сердечных сокращений путем инфузии норадреналина или частичной коарктации поддиафрагмального отдела аорты однозначно заканчивались развитием грубых неврологических нарушений и гибелью животных в течение 3 суток.

Выводы.

Анализ всех выполненных экспериментов показал, что существуют два критических уровня гемоциркуляции на начальном (первые десять мин) этапе реанимации. Первый связан с недостаточной и непродолжительной гиперперфузией, второй - с избыточным кровоснабжением мозга. Адаптивный диапазон начальной гиперперфузии для изученных моделей характеризуется увеличением в 1,3-1,6 раза, продолжительностью от 5 до 10 мин. Прогностически неблагоприятными признаками нарушения неврологического восстановления в последующем и неблагоприятных исходов реанимации служит возрастание вегетативных индексов Кердо и Хильдебранта.

Жданов В.В., Григорьев Е.В., Ивлев Е.В., Жданов Р.В., Ахапкин С.М. Рубан Е.Э.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница г.Кемерово, Россия

ВЫБОР МЕТОДА ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ключевым аспектом выбора метода индукции анестезиологического обеспечения является прогнозирование возможных трудностей с обеспечением проходимости дыхательных путей. Согласно современным представлениям, расщелины верхней губы относятся к предикторам трудных дыхательных путей. Тем не менее, единых стандартов выбора метода индукции анестезии у детей с орофациальными расщелинами в возрасте до 1 года на сегодняшний день не существует. Дети с расщелинами верхней губы, оперируемые в возрасте до 1 года, зачастую становятся проблемной категорией пациентов с точки зрения выбора, как метода индукции анестезии, так и способа обеспечения проходимости дыхательных путей. Авторами была предложена шкала прогноза трудности интубации трахеи у детей с орофациальными расщелинами в возрасте до 1 года. В основу шкалы легли отечественные и зарубежные клинико-морфологические классификации орофациальных расщелин.

Цель исследования. Обосновать целесообразность дифференцированного подхода к выбору метода индукции анестезии при анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств у детей с расщелинами верхней губы в возрасте до 1 года и разработать алгоритм выбора метода индукции анестезии у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. Исследовалась оценка по Cormack-Lehane у детей в возрасте до 1 года, оперированных по поводу расщелины верхней губы. Все пациенты (n=26) были разделены на 2 группы согласно шкале прогноза трудности интубации трахеи.

- Первую группу (n=11) составили пациенты, отнесенные к I степени (интубация возможна) по шкале прогноза трудности интубации трахеи.
- Во вторую группу (n=15) вошли пациенты, отнесенные ко II степени (интубация крайне затруднена) по шкале прогноза трудности интубации трахеи.

Результаты и обсуждение. В первой группе средняя оценка по Cormack-Lehane составила 1,27±0,39, в то время как во второй группе средняя оценка по Cormack-Lehane - 2,06±0,37. Средняя оценка в группах соотносится с прогнозом трудности интубации трахеи.

Выводы.

Применение шкалы прогноза интубации трахеи у пациентов в возрасте до 1 года с расщелинами верхней губы позволит с высокой степенью вероятности предсказать развитие трудного дыхательного пути. Выявление пациентов с высоким риском возникновения трудных дыхательных путей оптимизирует стратегию выбора метода индукции анестезии и способа обеспечения проходимости дыхательных путей.

**Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов В.В., Жданов Р.В., Тихонюк В.П.
Бойко Е.А., Рубан Е.Э.**

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) является одним из наиболее частых осложнений первых суток послеоперационного периода в ЛОР хирургии у детей. При отоларингологических операциях на внутреннем ухе частота ПОТР возрастает до 80-90%. ПОТР существенно ухудшает течение послеоперационного периода, усиливает проявление болевых ощущений, ведет к возникновению электролитных нарушений, способствует повышению внутригрудного и внутричерепного давления, увеличивает риск возникновения аспирации, значительно ухудшает «качество жизни» пациентов в ранний послеоперационный период.

Для профилактики развития ПОТР у детей в ЛОР хирургии использовали введение дексаметазона 0,2 мг/кг в/в (максимально 8 мг), метоклопрамида 0,15 мг/кг в/в (максимально 10 мг), индукцию и поддержание анестезии пропофолом, фентанилом, анестезию закисно-кислородной смесью N_2O+O_2 в соотношении 2:1. После экстубации проводят оксигенацию кислородом через лицевую маску 3-4 л/мин в течение 3-5 минут.

В группу исследования были включены 23 ребенка в возрасте от 3 до 16 лет со степенью анестезиологического риска по ASA 1-2 степени, перенесших операции умеренной травматичности, продолжительностью не менее 30 минут в отоларингологической хирургии. Операции в полости носа и в придаточных пазухах носа: подслизистая резекция носовой перегородки - 9, гайморотомия - 6, операции на внутреннем ухе - 8. Длительность операций 52,73±23,92 мин. Возраст 9,3±3,4 лет, вес 31,7±11,4. Степень анестезиологического риска оценивалась по шкале ASA. 12 пациентов имели 1 степень анестезиологического риска, 11 пациентов имели 2 степень. Проходимость дыхательных путей обеспечивалось у 12 пациентов интубационной трубкой, в 11 случаев ларингеальной маской.

В раннем послеоперационном периоде тошнота отмечалась у одного пациента (4,3%), рвоты в раннем послеоперационном периоде не отмечалось.

Дексаметазон воздействует на глюкокортикоидные рецепторы, находящиеся в ядрах солитарного тракта, raphe nucleus и area postrema. Эти ядра имеют значительную нейронную активность в регуляции тошноты и рвотного рефлекса. Пропофол в качестве анестетика оказывает значительный антиэмитический эффект. Введение метоклопрамида блокирует допаминовые (D_2) рецепторы, а также серотониновые (5-HT3) рецепторы. Проводя дополнительную оксигенацию кислорода в потоке 3-4 л/мин, в течение 3-5 минут через лицевую маску, профилактируют гипоксию, развивающуюся вследствие постнаркозного угнетения дыхания, вследствие чего устраняется одна из причин ПОТР - послеоперационная гипоксия. Таким образом, данный способ блокирует практически все причины развития ПОТР.

Каиров Г.Т., Ананьев И.С., Шписман М.Н.
ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России
г.Томск, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРОДЛЕННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕИНФУЗИЕЙ АУТОЭРИТРОЦИТОВ, ИНКУБИРОВАННЫХ С КСЕФОКАМОМ

Цель исследования. Оценить длительность, эффективность послеоперационного обезболивания, влияние на агрегационную функцию тромбоцитов, гемодинамику больных и стоимость различных способов профилактики болевого синдрома после хирургических вмешательств на органах малого таза.

Материалы и методы исследования. У 60 женщин в возрасте 46-58 лет, обследованных в период с 2010-2011 годы, выполнено одномоментное сравнительное исследование до- и после хирургического вмешательства в объеме ампутации матки в условиях эпидуральной анестезии. Критерии включения в исследование: женщины в возрасте от 46 до 58 лет; отсутствие инфекционных, гематологических, онкологических, психических заболеваний и соматической патологии; обязательное наличие письменного «информированного согласия» от каждой женщины.

Критерии исключения: несоответствие критериям включения; участие в других клинических исследованиях в течение последних 30 дней; одновременное участие в другом клиническом исследовании; злоупотребление алкоголем, лекарственная или наркотическая зависимость; применение лекарственных препаратов без назначения врача - исследователя; идиосинкразия к НПВС и аспирину.

Дизайн исследования. 30 женщинам за 15 минут до начала операции выполнялась реинфузия аутологичных эритроцитов, инкубированных с 16 мг ксефокама (лорноксикама), без применения нейроаксильных методов обезболивания в постоперационном периоде (основная группа). 30 больным, сопоставимых по возрасту, послеоперационное обезболивание выполнялось с помощью продленной эпидуральной анестезии наропином (ПЭА). Интра- и постоперационная инфузионная терапия проводилась всем обследованным ГЭК 130/04 - 400 мл и 0,9% раствор хлорида натрия - 500 мл.

Эффективность, длительность и экономическая составляющая профилактики послеоперационного болевого синдрома в условиях ПЭА наропином и предоперационного введения ксефокама (лорноксикама) на аутоэритроцитах изучалась по данным визуально - аналоговой шкалы боли, максимальной агрегационной активности тромбоцитов, двигательной активности пациенток, интегральных показателей гемодинамики, уровню кортизола и гликемии, стоимости лекарственных сред и оборудования.

Статистическая обработка результатов исследования. Проверка нормальности распределения количественных показателей в группах проводилась критерием согласия Колмогорова-Смирнова и с помощью W-критерия Вилкоксона. Относительную величину, характеризующую структуру совокупности, рассчитывали в процентах как отношение объема части совокупности к абсолютной величине всей совокупности.

Результаты исследования. Предоперационная внутривенная реинфузия аутоэритроцитов, инкубированных с 16 мг ксефокама, обеспечивает эффективную послеоперационную анальгезию после хирургических вмешательств на органах малого таза на 11 часов, незначительно влияет на агрегационную активность тромбоцитов, существенно снижает нагрузку на средний медицинский персонал и экономическую составляющую создания безболевого комфорта для больной.

Наряду с этим, ПЭА блокирует болевую импульсацию после операции на органах малого таза в среднем только на 2,5 часа и неизбежно сопровождается снижением двигательной активности пациентки, что значительно повышает риск клинической реализации тромботических осложнений. Кроме того, методика ПЭА требует использования специального оборудования (перфузоры), неоднократного введения наропина, динамического контроля за гемодинамикой больной, профилактики гипотонии и инфекционных осложнений, что увеличивает нагрузку на средний медицинский персонал отделения и существенно повышает финансовое бремя медицинского учреждения.

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А., Подкорытова А.Ю.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России МБЛПУ «ГКБ N1
г.Новокузнецк, Россия

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Цель исследования. Оценить влияние совместного применения перфторана и реамберина на состояние системы микроциркуляции при критических состояниях, обусловленных тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пострадавших в критическом состоянии, вызванном тяжелой сочетанной травмой, которые были разделены на 2 группы: основная - 48 больных, и 12 - группа вмешательства, в комплексе интенсивной терапии которых применялась целенаправленная коррекция нарушений микроциркуляции. Средний возраст составил 41,96±2,83 лет и 42,54±3,01 лет соответственно. Контрольную группу составили 35 практически здоровых человек, средний возраст 40,1±2,1 лет. Состояние микроциркуляторного русла оценивалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-02) отечественного производства (НПО «ЛАЗМА», РФ. Исследования проводились ежедневно на протяжении 7 суток на коже наружной нижней трети плеча на обеих руках, при температуре помещения 20-24°С. В ходе исследования регистрировались: среднее значение индекса микроциркуляции (ИМ) - величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации; среднее квадратичное отклонение амплитуды колебаний кровотока от среднего арифметического значения (СКО) - характеризует временную изменчивость перфузии и отражает среднюю модуляцию кровотока во всех частотных диапазонах; коэффициент вариации (КВ) - соотношение между флаксом и средней перфузией в зондируемой области, указывает на процентный вклад активных факторов регуляции в общую модуляцию тканевого кровотока, эти показатели дают общую оценку состояния микроциркуляции; с помощью вейвлет-преобразования регистрировались: нейрогенный тонус (НТ), миогенный тонус (МТ), и показатель шунтирования (ПШ). В группе здоровых добровольцев ИМ составил 3,96±0,38 перф.ед, СКО - 1,06±0,1 перф.ед, КВ - 28,08±1,61%, ИЭМ - 1,37±0,06, НТ - 1,67±0,10 мм.рт.ст/перф.ед, МТ- 1,79±0,10 мм.рт.ст/перф.ед, ПШ - 1,06±0,04 которые были приняты за норму. Статистическая обработка данных проводилась путем вычисления среднего значения исследуемых величин (М), средней ошибки (m) для каждого показателя. Оценка достоверности межгрупповых различий полученных данных проводилась с использованием критерия парных сравнений U-теста Манна-Уитни, внутригрупповых различий - с помощью критерия Вилкоксона. Внутри- и межгрупповые различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пострадавших основной группы в 1-е сутки посттравматического периода определялась гипоперфузия тканей, которая сопровождалась увеличением регулирующих влияний со стороны активных модуляторов микрокровотока, о чем свидетельствовало достоверное повышение МТ и НТ, развивался «спазм микроциркуляции», что подтверждалось снижением СКО и КВ, при этом увеличения шунтирующего кровотока не наблюдалось (ПШ определялся в диапазоне контрольных значений). Начиная с 3-их суток и до конца исследования ИМ достигал данных контрольной группы на фоне сохраняющегося вазоспазма (СКО и КВ сохранялись на низких значениях) за счет как нейрогенного, так и миогенного компонентов регуляции сосудистого тонуса.

В связи с выявленными нарушениями микроциркуляции в комплекс интенсивной терапии были включены перфторан в дозе 2-3 мл/кг/сут. в течение 2-3-ех дней и реамберин 400-800 мл в сутки в течение 7 дней, целью применения которых служило увеличение уровня перфузии тканей и уменьшение «спазма микроциркуляции».

В группе вмешательства перфузия тканей в 1-е сутки исследования не отличалась от таковой в основной группе. Регистрировалось достоверное увеличение СКО и КВ, что свидетельствовало о сохранении возможности функционального ответа микрососудов на регулирующие влияния активных модуляторов микроциркуляции. В отношении НТ, МТ и ПШ отличий не наблюдалось. Начиная с 3-их суток и до конца исследования на фоне применения перфторана и реамберина происходило достоверное, в сравнении с основной группой, увеличение СКО, КВ и МТ на фоне

снижения НТ, что свидетельствовало о разрешении/уменьшении вазоспазма, и преобладании местной гуморальной регуляции над активностью симпатической нервной системы. В отношении ПШ отличий получено не было.

Выводы.

Таким образом, применение реамберина и перфторана в комплексе интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы способствовало улучшению микроциркуляторного кровотока за счет снижения выраженности периферического вазоспазма.

Колесников О.П., Фомичев В.А.
Новосибирский государственный медуниверситет
г.Новосибирск, Россия

СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЯ КЛОФЕЛИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕС

Одной из актуальных проблем анестезиологии является изыскание способов предупреждения и устранения нарушений кровообращения у тяжело обожженных больных во время операции. В связи с этим, оправдано включение в премедикацию и анестезию средств, способных предотвращать излишние реакции симпатоадреналовой системы в ответ на стрессогенные факторы.

Цель исследования. Оценка эффективности применения стресс-протекторов на фоне субарахноидальной анестезии у ожоговых больных.

Клинические наблюдения были проведены у 100 обожженных больных (площадь ожога 15-20%), оперированных под субрахноидальной анестезией маркаином по стандартной методике. Группа сравнения составила 50 больных, которым применялась схему премедикации: атропин 0,1 мг/кг, димедрол 0,14 мг/кг, промедол 0,28 мг/кг, реланиум 0,07 мг/кг. Основную группу составили 50 ожоговых больных, которым дополнительно в премедикацию включали за 30 минут до операции клофелин в дозировке 1,5 мкг/кг в/м. Больные обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, площади и степени тяжести ожоговых поражений, характеру оперативных вмешательств. Были проведены исследования функции надпочечников, щитовидной железы, поджелудочной железы, показателей центральной и периферической гемодинамики. Данные показатели изучены в динамике:

- 1 этап - до премедикации;
- 2 этап - после премедикации;
- 3 этап - индукция в наркоз;
- 4 этап - окончание операции.

В ходе исследования были получены следующие результаты. В группе сравнения отмечалось до начала операции нарастание ЧСС на 22,8% по сравнению с нормой, а после премедикации этот параметр превышал нормальную величину на 43,1%. УО (ударный объем) снижался на 9,8% и на 25,2% соответственно. МОС (минутный объем сердца) снижался на 19,2% и 23,5%. АДс до операции превышало нормальное значение на 16,7%, АДд - на 20,1%, САД - на 18,7%, ОПСС на - 33,2%. Концентрация кортизола повышалась на 54,4% и на 61,2%, инсулина на 45,3% и на 47,7%, Уровень Т3 повышался на 20,3% и на 23,3% по сравнению с нормальными величинами. В тоже время, наблюдалось угнетение выработки ТТГ на 27,9% и на 30,3%, Т4 на 18,9% и на 22,1%. В ходе операции повышение концентрации кортизола составило - 135,6%, инсулина - 80,5%, Т3 - 82% по сравнению с нормой. Применение в схеме анестезии клофелина вызывало эффективное торможение нейровегетативной системы, предупреждало неблагоприятные изменения гемодинамики у ожоговых больных. При этом показатели артериального давления оставались стабильными в основной группе, УО у больных повышалось на 20,4%, а ЧСС снижалось на 18,4%, МОС снижался на 11% по сравнению с группой сравнения. ОПСС в ходе исследования достоверно не изменялось. Применение стресс-протекции клофелином нормализовало концентрацию кортизола, гормонов щитовидной и поджелудочной железы, что позволило избежать разбалансирования нейроэндокринной системы.

Выводы.

Применение клофелина предупреждает неблагоприятные изменения гемодинамики и уровней стресс-гормонов под влиянием операционной травмы у ожоговых больных в условиях

субарахноидальной анестезии. Методика сочетания стресс - протекции и анестезии проста и безопасна в применении, эффективна для торможения неблагоприятных проявлений общей реакции организма на ожоговую и операционную травму, что позволяет рекомендовать данную методику для анестезиологического обеспечения у комбустиологических больных.

Колесников О.П., Фомичев В.А.
Новосибирский государственный медуниверситет
г.Новосибирск, Россия

ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-ПРОТЕКЦИИ КЛОФЕЛИНОМ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Цель исследования. Изучение динамики уровней стресс-гормонов при применении стресс-протекторов на фоне оперативного лечения в условиях субарахноидальной анестезии.

Исследование было проведено у 80 больных, оперированных по поводу хирургической патологии под субарахноидальной анестезией маркаином по стандартной схеме. В ходе исследования больные были разделены на две группы.

В основную группу было включено 40 больных, где применялась методика антистрессорной защиты клофелином в дозе 1,5 мкг/кг внутримышечно на фоне субарахноидальной анестезии.

Во второй группе (сравнения) было 40 пациентов идентичных по характеру заболевания, возрасту, полу, технике и времени операции, виду анестезии, но у антистрессорная защита не использовалась.

Было изучено функциональное состояние надпочечников, щитовидной и поджелудочной железы. Определялась концентрация в сыворотке крови тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ), уровень кортизола, глюкозы, инсулина и С-пептида. Показатели изучались до операции, после премедикации, в наиболее травматичный момент операции и через час после нее.

В ходе исследования в группах были выявлены следующие изменения состояния эндокринной системы. У больных обеих групп исходная концентрация кортизола до операции была выше нормы на 49,5% и 56,6% соответственно, а концентрация глюкозы крови была на 31,7% и 31,5% выше. Эти изменения способствовали повышению уровня С-пептида на 57,1% и 65,1% и инсулина на 31,9% и 30,4% соответственно. Отмечалось достоверное повышение концентрации Т3 на 15,7% и 16,9%, Т4 на 9,1% и 11,2%, ТСГ - увеличивался на 7,7% и 7,7% соответственно в 1 и 2 группе. На 2 этапе исследования у больных группы сравнения наблюдался подъем концентрации в крови кортизола на 133,4% от нормы, глюкозы - на 131,3%, С-пептида - на 114,3%, инсулина - на 83,2%. Отмечалась отрицательная динамика уровня гормонов щитовидной железы. При выраженном повышении концентрации Т3 на 22,7%, наблюдалось снижение Т4 на 12,2% и ТСГ на 7,7%. Концентрация уровня кортизола максимально повышалась в наиболее травматичный этап операции на 110,5%, и в ближайшем послеоперационном периоде она превышала норму на 111% и 111,5%. В это же время отмечалось максимальное повышение уровня Т3 на 44,8%, при снижении Т4, и ТСГ на 43,4% и на 12,8%, а через час после операции на 45,6% и 15,4% соответственно. Данные изменения способствовали повышению концентрации глюкозы крови на 205,8% в травматичный этап операции, уровня С - пептида и инсулина в послеоперационном периоде на 135,4% и 102,4%. В условиях антистрессорной защиты клофелином на этапе премедикации отмечалось уменьшение концентрации кортизола, С - пептида и глюкозы крови по сравнению с исходными величинами на 33,5%, 29,8% и 16,1% соответственно, а также возвращение к нормальным величинам концентрации ТСГ и Т4, при небольшом увеличении Т3 на 17,4%. На всех этапах исследования изучаемые показатели, за исключением глюкозы и инсулина крови, достоверно не отличались от нормальных величин. Спустя один час после операции оставались несколько повышенными показатели кортизола - на 20%, инсулина - на 32,9%, глюкозы крови - на 28,2%, Т4 - на 8,6%. Все указанные показатели были достоверно меньше, чем у больных группы сравнения.

Таким образом, на фоне стресс - протекции клофелином необходимые компенсаторные

реакции у хирургических больных не блокируются полностью, а сохраняются на достаточном уровне.

Колесников О.П., Фомичев В.А.
Новосибирский государственный медуниверситет
г.Новосибирск, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ

Цель исследования. Изучение динамики гемодинамических трендов при лапароскопических операциях со стресс - протекцией клофелином.

Исследование было проведено у 104 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом по поводу хронического калькулезного холецистита. В ходе исследования все пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=52) и группа сравнения (n=52). В основной группе проводили ТВА + ИВЛ с применением клофелина внутримышечно в дозе 1,5 мкг/кг массы тела, а в группе сравнения защиту клофелином не использовали. Пациенты были совместимы по возрасту, полу, наличию и уровню компенсации соматической патологии, статусу пациента по ASA, длительности оперативного вмешательства. Измерение показателей гемодинамики проводили с помощью монитора Nihon Kohden (Япония) на следующих этапах:

- 1-й - до операции;
- 2-й - после премедикации;
- 3-й - индукция в наркоз;
- 4-й - инсуффляция;
- 5-й - холецистэктомия;
- 6-й - окончание операции;
- 7-й - через 4 часа после операции.

В ходе исследования в группах выявлены следующие изменения показателей системной гемодинамики. В группе сравнения при поступлении в операционную, до премедикации отмечается достоверное повышение АДс на 4,6%, АДд на 3%, САД на 6,1%, ЧСС на 15,6%, и снижение УО (ударного объема) на 16,3% от исходных значений. Индукция в наркоз вызывала повышение АДс на 5% относительно исходных значений, САД на - 9,7%, ЧСС на - 26,9%, ОПСС (общего периферического сосудистого сопротивления) - на 21,9% и снижение УО на 29,5%. После инсуффляции углекислого газа в брюшную полость отмечалось снижение АДс на 5,2%, АДд на 2,3%, УО на 34,1% и увеличение ЧСС на 24%, ОПСС на 24,5% (относительно предыдущего этапа операции). Достоверное снижение АДс происходило также на 5-ом и 6-ом этапах операции на 9,6% и 7,2% соответственно, а снижение АДд на 4,3% и 3,2%. Снижение УО на 5-ом и 6-ом этапах операции соответствует 34,1% и 33,1%. Изменения УИ (ударного индекса) были идентичными колебаниям УО, значимо снижались уже после поступления в операционную (на 16,3%). Значения УИ оставались ниже исходного уровня во время (29,7% - 33,1%) и после операции (30,3%). В исследуемой группе показатели артериального давления как систолического, так и диастолического остаются неизменными на всех этапах операции. САД после премедикации и интубации оставалось неизменным. Снижение этого показателя на 3,9% происходило на этапе инсуффляции и на 6,1% на этапе холецистэктомии. После десуффляции отмечается восстановление дооперационного уровня САД. Возрастание ЧСС составляет от 14% до 19% с последующим снижением до 8,5% по сравнению с исходным показателем. До операции УО и УИ оставались стабильными. Последующая интубация, инсуффляция и холецистэктомия снижала УО на 15,2% и УИ на 14,9%. После операции происходило увеличение УО до 15,2% и УИ до 15,1%. Также не отмечалось значимых изменений ОПСС с 0,4% до 7% после операции.

Выводы.

Изменения показателей гемодинамики при применении клофелина как стресс - протектора при выполнении лапароскопических холецистэктомий носят минимальный характер и значительно менее выражены по сравнению с изменениями, выявленными в группе сравнения. Включение клофелина при проведении общей многокомпонентной анестезии у хирургических больных

позволяет проводить эффективную анестезиологическую защиту организма от неблагоприятных воздействий, в достаточной мере адаптирует системные гемодинамические функции к требованиям операционного стресса и делает возможным его применение при анестезии у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

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

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ НАЧАЛА ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 40 лет - первое. В последнее время существенно изменилась структура травматических повреждений. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы в связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма. Как правило, на госпитальном этапе погибают пострадавшие с политравмой в следствие развития ее осложнений - полиорганной недостаточности. По данным ВОЗ полиорганная недостаточность в раннем послешоковом периоде (3-5 сутки) у пострадавших с политравмой развивается в 27-30% случаев, летальность составляет 32-65%. 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. Спорным вопросом до сих пор остаются продолжительность и объемы заместительной терапии, а также определение критериев ее начала.

Цель исследования. Определить оптимальные сроки начала интермиттирующей заместительной почечной терапии у пациентов с политравмой осложненной 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 ФГБЛПУ «НКЦ ОЗШ» за период 2008-2012 гг.

В исследование было включено 38 пациентов, разделенных на две группы. Рандомизацию осуществляли при помощи компьютерной программы с ограниченной базой данных случайных чисел. Нечетные числа соответствовали включению пациента в исследуемую группу - 18 пациентов, четные - в контрольную группу, 20 пациентов. Средний возраст пациентов составлял 38,5±3,8 лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 29/9 (76,3/23,7%) 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±1,4 баллов и тяжести состояния, по шкале MOD 19±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 1-2 часа с использованием низкопоточного диализатора с низкой скоростью кровотока. Длительность процедуры постепенно увеличивали до 4-5 часов. Контроль

за состоянием пациентов осуществлялся с помощью клинико-биохимического мониторинга, оценивалась основные параметры гемодинамики и диуреза.

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

Результаты исследования. Количество процедур почечной заместительной терапии (ПЗТ) в контрольной группе в среднем составило 12,4±0,7. Восстановление выделительной функции почек у 8 пациентов данной группы отмечалось на 19±1 сутки с момента начала почечно-заместительной терапии. Диурез возрастал до 107±11 мл/час, нивелировались ионно-элекролитные и КОС нарушения, стабилизировались основные параметры гемодинамики, снижалась степень респираторной поддержки. Летальность составила 12 человек, что составляло 60% от общего числа пациентов данной группы.

У 11 пациентов исследуемой группы, для получения аналогичных результатов, потребовалось проведения меньшего количества сеансов гемодиализа и гемодиафильтрации по сравнению с контрольной и составило 8±0,53 процедуры. В данной группе отмечалось более раннее восстановление функции почек - переход в полиурию (14±2 сутки). Летальность в исследуемой группе была ниже и составила 7 человек (38,8% 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 некоррегируемая гипернатриемия (концентрация натрия в плазме крови выше 150 ммоль/л) и гиперосмолярность (выше 300). «Раннее» начало использования диализных методов лечения позволяет добиться снижения летальности более чем на 20%.

Кравцов С.А., Шаталин А.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Возможности интенсивной терапии в лечении пациентов в критическом состоянии постоянно совершенствуются и расширяются. Создание новых поколений аппаратов и совершенствование методов респираторной поддержки, расширили круг показаний к проведению продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), и заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем, внедрение в практику новых технологий, повышающих выживаемость в период шока, изменили общую структуру осложнений и уровень летальности. Уже более 20 лет идет интенсивное изучение самого распространенного и потенциально опасного инфекционного осложнения длительной ИВЛ, получившего название вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП). ВАП, является частным случаем нозокомиальной пневмонии, встречается у 20-25% больных, находящихся на ИВЛ более 72 ч (эта частота зависит от используемых диагностических критериев). Среди пациентов с политравмой, включающей тяжелую черепно-мозговую травму, и исходной оценкой по шкале APACHE II больше 14 баллов, необходимость проведения длительной ИВЛ (более 72 часов) является правилом. При этом ВАП диагностируется более чем в 30% случаев. В 33-70% случаев летальные исходы непосредственно связаны с нозокомиальной пневмонией.

В настоящее время раскрыты и описаны основные этиологические факторы развития этого заболевания, отчасти изучены его патогенетические механизмы, обозначены подходы к лечению и профилактике данной патологии. Но, не смотря на все это, еще остается много неясного в патогенезе указанного варианта пневмонии. В частности, до сих пор ведутся споры о том, что же является наиболее важным фактором в развитии пневмонии во время проведения ИВЛ?

Цель исследования. Оценить микробный спектр у пациентов с политравмой и его влияние на развитие вентилятор-ассоциированная пневмонии (ВАП).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 134 пациента с политравмой. Из них - 68 пациентов были транспортированы из других ЛПУ области в течение первых суток от момента травмы. У 102 пациентов с политравмой доминирующим повреждением была черепно-мозговая травма. У 32 пациентов - доминирующая множественная скелетная травма. У всех пациентов в течение первых 3-х суток от начала проведения ИВЛ была диагностирована пневмония. Длительность проведения ИВЛ пациентам составляла 17±2,3 дней. Всем пациентам в 1-е сутки от момента поступления был проведен забор бронхо-альвеолярной жидкости после лаважа (БАЛЖ). ИВЛ проводилась с первых суток от момента поступления. Возраст пациентов составил от 8 до 72 лет, в среднем 41±2,3 лет. Длительность лечения в ОРИТ составляла 26±3,2 дней.

Результаты исследования. При поступлении в ОРИТ уже в 41,8% случаев в БАЛЖ была выявлена непатогенная грамотрицательная флора и в 10,4% грамположительная флора. По-нашему мнению, это завезенная микрофлора из других ЛПУ, где часть пострадавших лечилась в течение 1-х суток. Причем в 6,7% это была E. Coli, что, на наш взгляд, свидетельствует о серьезных недостатках проводимой интенсивной терапии и ухода за пострадавшими. На 4-5 сутки проведения ИВЛ в ОРИТ подавляющее большинство выделенных микроорганизмов из БАЛЖ составляли грамотрицательные бактерии (46,3%), среди которых также доминировала P. aeruginosa.

Наиболее распространенным грамположительным микроорганизмом был S. aureus (6%). Обращает внимание наличие грибов (на 4-5 сутки - 1,5% и на 9-12 сутки - 2,2%) обнаруженных при исследовании БАЛЖ. По литературным данным это редкое явление. До сих пор недостаточно ясной остается их роль в качестве причины ВАП. Но все-таки подавляющее большинство выявленных микроорганизмов являются внутрибольничными непатогенными штаммами. Более чем в трети случаев возбудитель выделить не удалость. Полимикробная флора наблюдалась более, чем в 50% случаев.

Оценивая чувствительность основных этиологически значимых микробных штаммов к используемым антибиотикам, мы получили следующие результаты. Предварительные результаты получали на 4-5 сутки, что приводило к более дифференцированной антибактериальной терапии в последующем.

Стартовая терапия, как правило, начиналась с использования цефалоспоринов III поколения, у детей использовались карбопинемы. Смену антибактериальной терапии проводили через 5-7 суток, препаратами выбора считаем группу фторхинолонов (ципрофлоксацин) в сочетании с аминогликозидами и метронидазолом. Метронидазол использовался у всех больных при прогрессировании гнойно-воспалительных процессах, особенно при прогрессирующей патологии системы дыхания.

Развитие резистентной микрофлоры привело к поиску профилактических мероприятий. В последние 2 года с целью профилактики возникновения ВАП мы стали широко применять закрытые санационные системы (типа «Caty»), бактериальные фильтры, а также эндотрахеальные трубки с дополнительным каналом для санации подсвязочного пространства. В совокупности, данные мероприятия позволили нам снизить частоту развития ВАП на 28%. Летальность снизилась на 7,6%.

Выводы.

Не смотря на то, что примерно в 31% случаев при исследовании из БАЛЖ, возбудитель выделить не удалость, бактериальный фактор играет ведущую роль в развитии вентилятор-ассоциированной пневмонии у пациентов с политравмой.

Использование для лечения ВАП полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов I и II поколения мало эффективно, грамотрицательная назокомиальная флора быстро вырабатывает устойчивость, тоже самое относится и к группе стафилококков. Наиболее высокоэффективным препаратами были карбопинемы (имипинем/целастин) в сочетании с ванкомицином или линезолидом in vitro отмечалась его практически 100 процентная активность к выделяемой мультиустойчивой микрофлоре. Использование их в качестве стартовой терапии позволяет предупредить развитие тяжелых деструктивных процессов в легких. Последующая антибактериальная терапия основывается на данных бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры.

Раннее (с первых часов поступления) применение закрытых санационных систем, бактериальные фильтров и эндотрахеальных трубок с дополнительным каналом для санации подсвязочного пространства позволяет почти на треть снизить частоту возникновения ВАП.

Попова Ел.А., Коржеченко Е.Г., Тараканова Е.В., Попова Ек.А.
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
г.Красноярск, Россия

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ

Актуальность. Острое отравление этиловым спиртом - важная социальная проблема у жителей Красноярского края. Интенсивная терапия острого отравления этанолом, проводимая у больных контрольной группы, не смогла в полной мере купировать развившиеся нарушения.

Цель исследования. Провести анализ эффективности лечения пациентов Красноярского края с острым отравлением этанолом.

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения и исследования были проведены у 15 больных с тяжелым отравлением этанолом, поступивших в центральную городскую больницу г.Лесосибирска, которая применялась стандартная интенсивная терапия.

У 15 больных исследуемой группы дополнительно вводили препарат цераксон в дозе 1000 мг на 400 мл физиологического раствора внутривенно со скоростью вливания 40-60 капель в минуту один раз в сутки в течение 1-3 дней.

Результаты и их обсуждение. Все больные контрольной группы поступали в состоянии комы I-II (18-22 балла по шкале Глазго-Питсбург). Через 12 часов интенсивной терапии уровень сознания у больных был сопор-оглушение, через 24 часа ясное сознание восстановилось у 9 больных. Проведенные нами исследования некоторых показателей дыхательной системы показали, что больные контрольной группы поступали с учащенным дыханием (ЧДД - 28,3±0,44), на этом фоне происходило достоверное снижение SaO_2 до 96,1±0,18% (FiO_2=0,36). Одновременное снижение SaO_2 и $EtCO_2$ до 28,7±0,40 мм рт.ст. свидетельствовали, что пациент находится в неблагоприятных условиях, которые могут привести к его гипоксии. На последующих этапах SaO_2 удавалось поддерживать на удовлетворительном уровне, при этом FiO_2=0,36. ЧДД в дальнейшем существенно не отличалась от нормальных показателей. На 2-3 сутки интенсивной терапии у 10 больных развился абстинентный алкогольный синдром и делирий. Средний койко-день больных в данной группе составил 4,4.

Все больные исследуемой группы так же поступали в состоянии комы I-II (18-21 балл по шкале Глазго-Питсбург). Через 12 часов интенсивной терапии с включением цераксона у всех больных регистрировалось ясное сознание (35 баллов по шкале Глазго-Питсбург). Оптимизация центральной мозговой деятельности позволила поддерживать SaO_2 в пределах физиологической нормы (98,0-98,6%), FiO_2 не превышал 0,33. $EtCO_2$ было близким к нижней границе физиологической нормы. Продолжительность стационарного лечения у них составила 2,4 койко-дня.

Выводы.

1. Интенсивная терапия острого отравления этанолом, проводимая у больных контрольной группы, не смогла в полной мере купировать развившиеся нарушения, что привело к ухудшению состояния, о чем свидетельствует развитие у 10 больных абстинентного алкогольного синдрома и делирия.

2. Применение препарата цераксон эффективно при лечении острого отравления этанолом и позволяет сократить продолжительность лечения в 1,8 раза, снизить общее количество осложнений на 11,5% и предотвратить летальность больных.

Пронских И.В., Власова И.В., Визило Т.Л., Филиппов А.С., Цюрюпа В.Н.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИКА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ И МИОПАТИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМОЙ

Нервно-мышечные нарушения у пациентов в критическом состоянии (КС) развиваются в 60-70% случаев при длительности пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) более 7 суток. При присоединении сепсиса, полиорганной недостаточности, частота поражения периферических нервов достигает 100%. Основное заболевание, явившееся причиной КС, нарушение сознания, использование миорелаксантов маскируют начальные клинические проявления развивающихся полинейропатии (ПНП) и миопатии (МП), поэтому их выявление на ранних стадиях затруднено. Как правило, врачам приходится сталкиваться с уже возникшими нервно-мышечными нарушениями, что проявляется затруднением отлучения пациента от аппарата искусственного дыхания, слабостью в конечностях, нарушением чувствительности. Развившиеся нарушения затягивают процесс восстановления, снижают качество жизни пациента.

Цель исследования. Определить нейрофизиологические критерии диагностики, частоту и сроки развития полинейропатии и миопатии у пациентов ОРИТ с тяжелой политравмой в критическом состоянии

Материалы и методы исследования. Было обследовано 34 пациента в возрасте от 19 до 45 лет (26,6±9 лет). Все пациенты были с диагнозом политравма. Срок пребывания в ОРИТ составил 16,36±2,8 койко-дней. У всех пациентов наблюдалась гипертермия от субфебрильных до фебрильных значений. Из обследованных 2 пациента умерли (через 8 и через 12 дней от момента поступления). Остальные были переведены в профильные отделения. Всем пациентам проводилась суммарная и стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ); исследовались берцовые нервы обеих нижних конечностей. Выполнялось ультразвуковое сканирование мышц нижних конечностей для определения толщины мышц и подкожной клетчатки. Обследования проводились в первые 2 дня от момента поступления в ОРИТ и в конце каждой недели.

Результаты исследования. При первичном обследовании в первый день нахождения в ОРИТ нейрофизиологические параметры у всех пациентов соответствовали возрастной норме. У 73% пациентов методом ЭНМГ было выявлено статистически значимое снижение амплитуды мышечного ответа (М-ответа) по нервам конечностей по сравнению с исходными данными при отсутствии значимых изменений латентности М-ответа и скорости проведения импульса. Более значимые изменения претерпевал малоберцовый нерв. При повторных обследованиях в конце каждой недели снижение М-ответа прогрессировало, достигая по малоберцовому нерву нулевых значений. Также наблюдалось развитие МП, которое сопровождалось быстрой потерей мышечной массы, что было подтверждено ультразвуковым мониторингом толщины мышц. У 27% пациентов при повторных обследованиях не наблюдалось отрицательной динамики показателей ЭНМГ, все пациенты были моложе 25 лет.

Таким образом, развитие ПНП и МП КС нейрофизиологически подтверждается у 73% обследуемых пациентов с политравмой, находящихся в ОРИТ. Признаки ПНП и МП КС достоверно выявляются методом электронейромиографии уже на 4 сутки пребывания в ОРИТ. Электронейромиография является оптимальным методом диагностики ПНП и МП КС на ранней стадии с возможностью динамического наблюдения.

Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Лабораторная диагностика при политравме направлена на оценку состояния пострадавшего, компенсаторно-адаптационных возможностей его организма с прогнозированием течения посттравматического периода, развития осложнений и исхода, а также на оценку эффективности лечения. Алгоритм лабораторного обследования в каждом конкретном случае определяется тяжестью состояния пострадавшего, локализацией и степенью повреждений. При этом необходимо использовать принципы доказательной медицины, которые излагаются в клинических руководствах (рекомендациях) международных врачебных ассоциаций.

Политравма, как правило, сопровождается большой кровопотерей, которая может привести к гиповолемическому шоку и развитию так называемой «смертельной триады» - коагулопатии, гипотермии и ацидоза (De Waele J.J., Vermassen F.E., 2002; Carlino W., 2013). Поэтому на первый план выступают лабораторные тесты, способные оценить степень кровопотери и своевременно выявить ее последствия, угрожающие жизни пострадавшему. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с посттравматическими кровотечениями, дополнительно к первоначальной клинической оценке должны быть доступны исследования крови (гематокрит, газы крови и лактат) (Spahn D.R. et al., 2007). При этом гематокрит имеет диагностическое значение только при его серийных измерениях у умеренно травмированных пациентов. Наиболее доказанным тестом для оценки степени постгеморрагического шока и гипоксии является лактат (уровень доказательности 1В): его содержание в большинстве случаев повышается до появления других признаков недостаточного количества кислорода (снижения pH, изменения АД и ЧСС, электролитных сдвигов). А динамическое исследование лактата является четким прогностическим критерием итога лечения пациентов с геморрагическим шоком.

Одним из самых серьезных осложнений у больных с гиповолемическим шоком вследствие массивного кровотечения является угрожающая жизни коагулопатия. Однако гемостазиология - наиболее проблемный раздел лабораторной диагностики. В частности, широкое использование устаревших неточных неинформативных тестов с крайне низкой стандартизацией (время свертывания капиллярной и венозной крови различными методами, длительность кровотечения и некоторые другие). Но и тесты с высоким уровнем доказательности не всегда отражают реальное состояние гемостаза в условиях in vivo, что обусловлено рядом причин. Так, коагуляционные тесты, как правило, проводятся при нагревании образцов крови до 37°С, тогда как у пациентов в критическом состоянии имеет место гипотермия. Температура оказывает влияние на функции тромбоцитов, активность факторов свертывания крови и ферментов фибринолиза, что обусловливает сложность оценки результатов исследования гемостаза.

Отрицательное влияние на лабораторные тесты оказывают диагностические и лечебные процедуры; многие лекарственные вещества вступают во взаимодействие с реактивами, искажают ход реакции и приводят к завышению или занижению истинного результата. Поскольку пациенты с политравмой нуждаются в инфузионной, гемотрансфузионной и нутритивной поддержке, это необходимо учитывать.

Таким образом, особенности лабораторной диагностики критических состояний при политравме заключаются в необходимости понимания основных патологических процессов и принципов доказательной медицины для выбора оптимального спектра и метода исследований и интерпретации полученных результатов, от адекватности чего зависит жизнь и здоровье пострадавшего. Только совместная работа персонала лаборатории и клинических отделений может решить проблемы, возникающие при обследовании пострадавших с политравмой.

Филатов В.В., Долгих В.Т., Лукач В.Н.
Омская государственная медицинская академия
г.Омск, Россия

НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность использования гипоксена и нутриентов в комплексной терапии больных, оперированных по поводу кровотечений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Обследовано и пролечено 74 больных. Больные были разделены на 3 группы.

- Пациенты I группы в комплексе со стандартной терапией ежедневно в течение недели получали гипоксен по 1 грамму;
- Пациенты II группы - кроме стандартной терапии, гипоксен и сбалансированную питательную смесь «Нутрикомп» нутритиенты.
- Пациенты III группы - только стандартную терапию. Гипоксен и нутриенты вводили через энтерально через зонд, начиная с первых суток послеоперационного периода. Параметры системной гемодинамики определяли с помощью реографического комплекса «МИЦАР-РЕО», а параметры системы гемостаза с помощью анализатора АПГ2-01.

Установлено, что «выход» больного из критического состояния, вызванного кровопотерей и оперативным вмешательством, обеспечивали срочные механизмы компенсации гемодинамических нарушений в виде активации симпатоадреналовой системы. Это вызывало тахикардию, увеличение ударного объема сердца (УО) и минутного объема кровообращения (МОК) при «средних» значениях общего периферического сосудистого сопротивления. После операции в контрольной группе выявлялся нормо(эу-)кинетический тип гемодинамики на протяжении первых пяти суток. В группе пациентов, получавших гипоксен, достоверных отличий по данным интегральной реографии в сравнении с контролем найдено не было. В группе сравнения значения УО, МОК были достоверно выше на 1-е, 3-и и 5-е сутки после операции, чем в основной группе. Объем циркулирующей крови (ОЦК) во всех группах оставался сниженным до и после операции. Однако в послеоперационном периоде в основной группе и группе сравнения он был выше на всех этапах исследования, чем в контроле. Нами были проанализированы наиболее важные показатели для оценки сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза (количество тромбоцитов) и плазменно-коагуляционного звена (ПТИ, АВР, АЧТВ, фибриноген, время свертывания крови). До операции в исследуемых группах достоверных отличий найдено не было. После операции на 5-е сутки уровень тромбоцитов был достоверно ниже в основной группе и группе сравнения, чем в контроле. Это может быть следствием повышенного использования тромбоцитов для тромбирования кровоточащих микрососудов и осуществления ангиотрофической функции. В основной группе и группе сравнения статистически значимо отличалось активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) спустя 24 часа после операции по сравнению с контролем. Удлинение АЧТВ свидетельствовало об истощении свертывающего потенциала плазмы крови и относительном дефиците II, V, VIII, IX, XI, XII факторов свертывания. Вероятно, это связано с большим по объему травматичным характером оперативного пособия. В дальнейшем по этому показателю достоверных отличий не было. В основной группе по сравнению с контролем на 10-е сутки после операции отмечалось достоверно более высокое значение времени свертывания крови по Ли-Уайту. Уровень фибриногена на всем протяжении исследования оставался высоким во всех группах, однако на 10-е сутки в основной группе и группе сравнения он оказался выше, чем в контроле.

Таким образом, проводимая в раннем послеоперационном периоде терапия гипоксеном в основной группе, а в группе сравнения в сочетании с «Нутрикомпом», способствует лучшей экстракции тканями кислорода, уменьшает проявления оксидативного стресса, способствует перестройке организма с катаболического на анаболический путь метаболизма. Благоприятному течению послеоперационного периода способствовал нормо(эу)кинетический тип гемодинамики. Вероятно, за счет прямого действия гипоксена на сердечную мышцу были отмечены такие явления

как регресс тахикардии к пятым суткам после операции, достоверно более высокий уровень объема циркулирующей крови, более высокий уровень АД систолического. Склонность к гиперкоагуляции на 10-е сутки после операции диктуют необходимость тщательного отслеживания этих показателей в послеоперационном периоде и по возможности их медикаментозной коррекции. За время наблюдения в стационаре у больных исследуемых групп не было отмечено тромбоэмболических осложнений.

Цеймах Е.А., Кундиус С.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Удовиченко А.В. Смирнова О.И., Макин А.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России КГБУЗ «Городская больница N 1
г.Барнаул, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ НЕГЕПАРИНОВОГО УСИЛЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ПЛАЗМОЗАМЕЩЕНИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННО-СЕПТИЧЕСКОГО ДВС-СИНДРОМА

Вопросы лечения больных с распространенным перитонитом остаются и сегодня во многом нерешенными. Свидетельством этому является высокий уровень летальности больных и частоты тромботических и тромбоэмболических осложнений при данной нозологии. В ранее выполненных работах нашей клиники была показана эффективность лечения больных распространенным перитонитом при включении в комплексную терапию свежезамороженную плазму (СЗП) и гепарин.

Высокая эффективность этой методики связывается с восстановлением антитромботического потенциала крови больных - восполнением всех физиологических антикоагулянтов и компонентов плазминовой и калликреин-кининовой системы крови. Однако недостатком заместительной терапии СЗП является чрезмерное повышение содержания в плазме септических больных факторов свертывания, что ведет к повышению вязкости крови, усилению агрегации тромбоцитов и блокаде микроциркуляции в органах. Поэтому введение факторов свертывания при трансфузиях СЗП необходимо проводить под обязательным прикрытием гепарина. В тоже время гепаринотерапия может приводить к «рикошетным» тромбозам, вызывать тромбоцитопению и усиление агрегации тромбоцитов, инициировать развитие коагулопатий с возникновением сильных кровотечений.

Первые испытания криосупернатантной фракции плазмы (КСНП) в терапии острых и подострых ДВС - синдромов и ее состав изучены В.А. Елыкомовым в Алтайском краевом гематологическом центре. Этими исследованиями установлено, что супернатантная фракция плазмы представляет собой препарат с полным набором физиологических антикоагулянтов и компонентов фибринолитической системы.

В нашей клинике проведено сравнительное изучение результатов комплексного лечения распространенного перитонита у 88 больных с применением КСНП и СЗП у 104 больных.

Пациенты основной группы получали в составе комплексной терапии трансфузии КСНП, пациенты группы сравнения - СЗП по ранее описанным методикам. Клинико-лабораторный эффект проводимой терапии оценивали через 8-10 дней после начала комплексного лечения. Положительный клинический эффект отмечен нами у подавляющего большинства больных обеих групп. Анализ показателей гемостаза у больных распространенным перитонитом после применения криоплазменной терапии показал улучшение коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза.

Трансфузии КСНП при этом позволяли быстрее ликвидировать гиперфибриногенемию, восстановить антитромботическую и фибринолитическую активность крови.

Летальность в основной группе была ниже, чем в группе сравнения в 2,4 раза. Наиболее частой причиной летальных исходов в обеих группах больных явился сепсис с полиорганной недостаточностью.

В основной группе не наблюдались тромботические и тромбоэмболические осложнения, в то время как в группе сравнения у 4 пациентов обнаружен тромбоз в системе нижней полой вены с тромбоэмболией легочных артерий, а у 3 больных причиной смерти стал инфаркт

миокарда.

Использование криосупернатантной фракции плазмы в комплексном лечении больных распространенным перитонитом позволяет улучшить некоторые лабораторные показатели гемостаза, снизить риск развития тромбозов, уменьшить летальность и улучшить исходы заболевания.

Шаталин А.В., Кравцов С.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Среди причин смертности населения России травмы занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, а у категории лиц трудоспособного возраста - первое место и составляют 45% в структуре всех причин смерти. В 2004 г. абсолютное число травм среди всего населения Российской Федерации превысило 13 млн. случаев, из них у детей - 2,2 млн. и у подростков 849 тыс. травм и повреждений. Одной из основных причин тяжелого детского травматизма являются дорожно-транспортные происшествия. По усредненным данным ежегодно на улицах и дорогах нашей страны гибнет 1500 и получает ранения 24000 несовершеннолетних участников дорожного движения. В общей структуре травм доля сочетанных и множественных повреждений составляет от 5 до 12%.

В последние 10-15 лет появился новый термин - «политравма», который, не смотря на непринципиальные разногласия в его трактовке, на современном этапе стал общепризнанным понятием. По нашему мнению, политравма - это совокупность двух и более повреждений, одно из которых либо их сочетание несет непосредственную угрозу для жизни пострадавшего и является непосредственной причиной развития травматической болезни. В настоящее время результаты оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой на догоспитальном и госпитальном этапах нельзя признать удовлетворительными. Высокий процент смертности при политравме, как на догоспитальном, так и в условиях стационара, а также значительная инвалидизация пострадавших с одной с одной стороны, и возросшие возможности медицины с другой стороны, являются теми основными причинами, которые заставляют врачей различных специальностей уделять особое внимание проблеме политравмы.

С 2003 года на базе нашей клинике был создан областной центр политравмы. За этот период было пролечено 54 ребенка с политравмой. Около 70% - это пострадавшие после ДТП. Из них 28 детей было транспортировано собственной специализированной бригадой нашего центра из других лечебных учреждений Кемеровской области, 14 пациентам во время транспортировки проводилась ИВЛ. Все пострадавшие были транспортированы в течение первых суток от момента травмы. Транспортировка автомобильных транспортом осуществлялась до 400 км, в отдельных случаях, на большие расстояния, использовался вертолет. Максимальное время транспортировки составляло 6 часов. Возраст пролеченных детей от 1 года до 14 лет, средний возраст составил 9,5±1,2 лет. Всех пострадавших детей с политравмой мы условно разделяли в зависимости от доминирующего повреждения той или иной анатомической области на следующие группы:

- черепно-мозговой травмой - 25,
- торакальной травмой - 3,
- скелетной травмой - 18,
- абдоминальной травмой - 5,
- позвоночно-спинальной травмой - 3.

Как мы видим подавляющее число детей было с доминирующей скелетной и черепно-мозговой травмами. Выбор тактики интенсивной терапии, сроков и последовательности оперативных вмешательств, всецело зависел от тяжести доминирующего повреждения. Выделение доминирующего синдромокомплекса несет определенную степень условности и имеет больше клиническое значение, позволяющее целенаправленно и патофизиологически обоснованно менять акценты в лечебной тактике при решении текущих задач интенсивной терапии у пострадавших с политравмой. Проводимая интенсивная терапия у детей с политравмой в первые сутки решала

следующие задачи:

- нормализация объема циркулирующей и крови реологических свойств,
- обеспечение адекватного газообмена,
- устранение шокогенных факторов и адекватное обезболивание,
- коррекция метаболических нарушений,
- профилактика и лечение органных расстройств,
- детоксикационная и специфическая противовоспалительная терапия.

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.

Для определения последовательности оперативных вмешательств, нами широко используется тактика, получившая название как «Damage control» т.е. контроль повреждений. Эта стратегия привела к разработке алгоритмов лечения повреждений разных анатомических областей и предполагает определение последовательности выполнения оперативных вмешательств в зависимости от срочности, тяжести состояния и степени компенсации.

Разработанный комплекс организационных (лечение в специализированном центре, межгоспитальная транспортировка специализированными бригадами), и лечебной тактики (разработанных стандартов интенсивной терапии и использование «Damage control») в зависимости 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%.

ВНИМАНИЕ!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ПОЛИТРАВМА»!

Научно-практический рецензируемый ежеквартальный журнал «Политравма» предназначен для клиницистов, научных работников и руководителей органов здравоохранения.

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, сотрудники фирм-производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

Журнал рекомендован ВАК Министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук.

ПОДПИСКА

Подписаться на журнал «Политравма» можно в любом почтовом отделении связи РФ:

✓ по каталогу «Роспечать». **Индекс подписки – 36675**

Ф. СП-1

Агентство «Роспечать»

АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА» **36675** (индекс издания)

(наименование издания) Количество комплектов:

на 20__ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс) (адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

ПВ | место | литер | **36675** (индекс издания)

«Политравма»

(наименование издания)

Стоимость | подписки | _____руб.___коп. | Количество комплектов

переадресовки | _____руб.___коп.

на 20__ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс) (адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

Адрес для оформления подписки по каталогу «Роспечать» через Интернет:
http://www.pressafe.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Авдонченко Т.С., Робина С.И., Яруллина Т.С.
Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения
г.Прокопьевск, Россия

РАННЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОСЛЕ СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Переломы в области локтевого сустава представляют большие трудности для лечения. Одним из современных методов лечения сложных переломов в области локтевого сустава, является метод стабильного остеосинтеза с возможностью раннего функционального лечения.

Цель исследования. Обоснование методики раннего восстановления функции локтевого сустава у пациентов с внутрисуставными переломами после стабильного остеосинтеза.

Материалы и методы исследования. Поставленная цель была реализована путем реабилитации 35 больных с внутрисуставными переломами локтевого сустава. Основную группу составили 18 пациентов, которым в процессе занятий ЛФК применялась методика раннего функционального восстановления объема движений в поврежденном локтевом суставе. В контрольную группу вошли 17 больных, с которыми лечебная физкультура проводилась в более поздние сроки.

Отдаленные результаты оценивали по шкале H.L. Amstutz Sew Hay, I.C. Clark, 1981, в которой учитывали как субъективные (оценка боли), так и объективные (амплитуда движений, сила мышц) данные. В комплексе реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функций локтевого сустава определенную роль играла лечебная физкультура, включающая следующие средства и методы лечебной физкультуры: на 3-4 день - пассивные упражнения, пассивно-активные, пассивные с самопомощью; на 5-6 день - активные упражнения, упражнения с предметами, на 6-7 день - двигательный аппарат АРТРОМОТ Е/Е2 - для продолжительной пассивной разработки (ППР) локтевого сустава, а также с целью увеличения продолжительности корригирующего действия упражнений и закрепления достигнутого результата. На 14-15 день - после снятия швов выполняли постизометрическую релаксацию, миофасциальное растяжение, гидрокинезотерапию.

Результаты и их обсуждение. Для выявления статистически значимого различия показателей в основной и контрольной группах вычислен критерий Стьюдента. При этом у всех достигался эффект в виде уменьшения болей, увеличения объема движений и силы мышц, в основной группе эти показатели намного выше.

Объем сгибания в основной группе в начале курса лечения - 102±5,4, в конце курса лечения - 74,1±1,6. Амплитуда сгибания в локтевом суставе увеличилась на 28°. В контрольной группе до лечения - 104,2±4,9, после лечения - 85±2,1. Амплитуда сгибания в локтевом суставе увеличилась на 19°.

Объем разгибания в основной группе в начале курса лечения (139,3±2,9), в конце он увеличился до 166,5±3. Амплитуда разгибания увеличилась на 27°. В контрольной группе в начале лечения - (141,4±3,0), в конце лечения этот показатель равен - 157,3±1,7. Амплитуда разгибания увеличилась на 16°.

Математический анализ результатов исследования методом динамометрии показал увеличение силы мышц на 13,2 кг, в начале курса = 6,8±1,2, в конце лечения - 20,0±1,4.

В контрольной группе сила мышц изменилась на 6,7 кг, средняя величина соответственно - 7,3±0,8 в начале курса лечения, и 14±0,0 - в конце курса.

Общего количество баллов, характеризующее показатели исследования состояния мышц в основной группе равно 15,6±2,3 на начальном этапе и после курса реабилитации отмечено достоверное ($p<0,005$) увеличение среднего показателя 27,8±1. В контрольной группе соответственно 15,2±0,4 и 22,8±0,2.

Выводы.

Таким образом, раннее применение разнообразных средств и методов лечебной физкультуры после остеосинтеза локтевого сустава открывает новые возможности, позволяющие предупредить развитие контрактур и выход на инвалидность.

Агафонова Н.В., Стенникова Ю.А., Конев С.В., Алексеева А.Г.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Актуальность. Основными методами диагностики при политравме являются лучевые методы диагностики - стандартная рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ).

Самым доступным методом лучевой диагностики при политравме остается стандартная рентгенография, но она имеет свои ограничения и недостатки: так при травме головы она не позволяет оценить состояние головного мозга, а при спинно-мозговой травме - состояние спинного мозга, при патологии органов брюшной полости и грудной клетки- оценить состояние паренхиматозных органов, а из-за тяжелого состояния пациента, находящегося в средствах иммобилизации, возникают трудности методического характера, что осложняет полноценное рентгенологическое обследование, сводящееся к выполнению только одной рентгенограммы, и информативность такого исследования недостаточна.

Низкая чувствительность и специфичность обзорной рентгенографии, особенно у пациентов, находящихся в критическом состоянии, а суммационный и плоскостной эффекты не всегда позволяют выявить все травматические изменения не только костных структур, но и изменений в легких. Тяжелое состояние пациента не позволяет осуществлять полипозиционное исследование без изменения положения больного, что зачастую приводит к пропуску многих травматических повреждений. Обзорная рентгенография так же не позволяет объективно оценить течение патологического процесса, раннего выявления осложнений в легких, органах брюшной полости и забрюшинном пространстве.

Внедрение в клиническую практику современных диагностических методов прижизненной визуализации структур головного мозга и внутренних органов - МСКТ, МРТ, позволяют одномоментно оценивать состояние мозга и черепа, выявить причину и степень дыхательной недостаточности, характер морфологических и патогенетических изменений, а также проследить их динамику.

Компьютерная томография коренным образом изменила диагностику не только черепно-мозговой травмы, но травматических повреждений органов брюшной полости, грудной клетки, костно-суставной системы. Прижизненная, неинвазивная диагностика всех повреждений за короткий промежуток времени у пациента с политравмой, находящегося на искусственной вентиляции легких, в корне изменило тактику диагностического процесса. Технические особенности МСКТ, такие как высокая скорость сканирования, а также доступность пациента для реанимационной поддержки в ходе исследования, являются предпосылками к использованию этого метода при неотложных состояниях.

Важным и очень существенным моментом в реализации всех требований при проведении обследования пациента с политравмой является мастерство персонала рентгенологического отделения, проводящего обследование и соответствующее техническое оснащение, а динамические рентгенологические исследования в процессе лечения пациента с помощью высокотехнологичных лучевых методов диагностики способствуют своевременному выявлению осложнений.

Цель исследования. Повышение качества диагностического процесса у пациентов с политравмой, с эффективным использованием современных методов лучевой диагностики в выявлении всех повреждений в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты рентгенологических исследований 259 пациентов с политравмой. Среди них было 104 (40%) женщины и 155 (60%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 33 года. Дорожно-транспортный травматизм составил 71% (183 пациентов), производственный травматизм - 14,5% (38 пациентов) и кататравма - 14,5% (38 пациентов).

Обследования пациентов проводили на стационарных рентгенодиагностических аппаратах (Prestilix 1600X, Opera T30 CS), передвижных рентгеновских аппаратах (AMX 4, BMI (Mo-

bil drive)), рентгенотелевизионных рентгеновских установках (С-дуга Ziem Vision, Stenoscop), спиральных компьютерных томографах (Hi Speed Dual и Licht Speed Plus (General Electric) и магнитно-резонансном томографе (Signa Profile 0,2 T).

Исследования пациентов с политравмой проводили непосредственно в рентгенологическом отделении, реанимационном отделении, в операционной. Пациенты находились на искусственной вентиляции легких, в средствах иммобилизации. У пациентов с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства использовались рентгеноконтрастные препараты с болюсным введением с помощью автоматического шприца-инъектора.

Результаты исследования. По основной патологии, представляющей угрозу для жизни, все пациенты с политравмой были разделены на 5 групп:

- 1 группа - 142 (55,1%) пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой;
- 2 группа - 57 (21,3%) пациентов с преобладающей торакальной травмой;
- 3 группа - 26 (10,2%) пациентов с преобладающей скелетной травмой;
- 4 группа - 18 (7,2%) пациентов с преобладающей спинальной травмой;
- 5 группа - 16 (6,2%) пациентов, с преобладающей абдоминальной травмой.

В группе пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (142) основным методом диагностики является МСКТ, с помощью которой были выявлены следующие травматические повреждения головного мозга:

- геморрагический ушиб головного мозга - 94 (66%) пациента;
- субдуральная гематома - 19 (14%) пациентов;
- эпидуральная гематома - 7 (5%) пациентов;
- субарахноидальное кровоизлияние - 15 (10%) пациентов;
- диффузное аксональное повреждение - 7 (5%) пациентов.

У 98% пациентов с ТЧМТ в легких диагностирован ОРДС, инфильтративные изменения в легких, обусловленные аспирацией кровью и содержимого желудка.

В группе пациентов с преобладающей торакальной травмой (57), у всех пациентов были диагностированы переломы ребер. Преобладали множественные переломы (более 3), односторонние переломы отмечены у 63% пациентов и 2-х сторонние переломы - у 37% пациентов. Ушиб легкого диагностирован у 52 (76,4%) пациентов; подкожная и межмышечная эмфизема - у 19 (35%) пациентов; пневмоторакс - у 36 (53%) пациентов; гидроторакс - у 36 (53%); пневмомедиастинум - у 4 (7%) пациентов.

У 32 (57%) пациентов с переломами ребер имело место травматическое повреждение легких в виде ушиба и разрыва, которые были скрыты инфильтративными изменениями вследствие аспирации рвотными массами, подкожной и межмышечной эмфиземой и не были выявлены методом обзорной рентгенографии.

У всех пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой и повреждением органов грудной клетки методом МСКТ был диагностирован острый респираторный дистресс-синдром различной степени.

У 3-х пациентов с повреждением органов грудной клетки и повреждением костно-суставной системы с повреждением костей таза была выявлена тромбэмболия легочных артерий, которая явилась причиной развития инфаркт - пневмонии с последующим абсцедированием. Только МСКТ ангиопульмонография позволила своевременно диагностировать этот синдром и своевременно оказать соответствующую терапию.

В третью группу вошли пациенты с превалирующим повреждением костей таза и конечностей (26). Перелом лонной и седалищной костей диагностирован у 15 (57,6%) пациентов; перелом подвздошной кости - у 10 (38,4%) пациентов; перелом боковых масс крестца - у 12 (46%) пациентов, перелом вертлужной впадины - у 12 (46%) пациентов; переломовывихи бедра - у 8 (30,7%) пациентов.

У 12 (50%) пациентов перелом вертлужной впадины сочетался с задним вывихом головки бедренной кости, у 2 (7,6%) - с центральным вывихом.

При проведении МСКТ было выявлено большее количество повреждений как в области заднего, так и в области переднего полукольца, чем при обзорной рентгенографии. Иными словами больше половины повреждений тазового кольца (60,2%) не было зарегистрировано при анализе обзорной рентгенограммы таза.

В группе пациентов с преобладающей спинальной травмой (18), травма шейного отдела

позвоночника выявлена у 6 (33%) пациентов; грудного отдела позвоночника - у 5 (28%) пациентов; пояснично-крестцового - у 7 (39%) пациентов.

По результатам исследований выявлены наиболее частые повреждения шейного отдела позвоночника: компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков - у 3 (16%) пациентов, фрагментированные переломы тел позвонков - у 2 (11%) пациентов; травмы грудного отдела позвоночника: компрессионные переломы тел позвонков - 3 (16%), компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков - 5 (27%) пациентов, переломовывихи позвонков - 3 (16%) пациентов; травмы поясничного отдела позвоночника: компрессионные переломы тел позвонков - у 4 (22%) пациентов, компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков - 4 (22%) пациентов. В 30% случаев переломы сопровождались сдавлением дурального мешка смещенными костными фрагментами.

В группе пациентов с преобладающей абдоминальной травмой (16) повреждения паренхиматозных органов диагностировались методом МСКТ с внутривенным болюсным введением контрастного препарата. Выявлены повреждения органов брюшной полости:

- гематома левой доли печени - у 4 (25%) пациентов;
- размозжение печеночной ткани - у 3 (18%) пациентов;
- разрыв купола диафрагмы - у 4 (25%) пациентов;
- ушиб почек - у 4 (25%) пациентов; тромбоз почечной артерии - у 3 (20%) пациентов.

Выводы:

1. Диагностика повреждений у пациентов с политравмой является сложным процессом и имеет определенные особенности, которые требуют применения современных высокотехнологичных методов визуализации, мастерства обслуживающего персонала рентгенологического отделения.

2. Комплексное применение методов лучевой диагностики у пациентов при политравме в раннем посттравматическом периоде позволяет получить более полное представление о степени тяжести повреждений, снижает количество диагностических ошибок и способствует раннему выявлению осложнений при динамическом наблюдении.

3. «Золотым стандартом» в диагностике характера и объема повреждений органов и систем при политравме должна быть методика МСКТ с мультипланарными и 3D реконструкциями, которая позволяет планировать тактику и метод оперативных вмешательств.

Агафонова Н.В., Алексеева А.Г.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

МСКТ-АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии - это окклюзия легочного ствола или его ветвей тромбом, образовавшемся в венах большого круга. При травме риск развития тромбоза зависит от тяжести и локализации полученных повреждений. Частота возникновения тромбоза глубоких вен у пострадавших с политравмой колеблется от 55 до 90%. Причинами тромбоза глубоких вен являются переломы костей нижних конечностей (45-60% тромболитических осложнений), повреждения костей таза (35-65%), травматологические и ортопедические вмешательства (70-80%). Патогенез тромбоза связан с повреждением сосудистой стенки, нарушением кровотока (стаз), изменением свертывающих свойств крови. При множественной травме ТЭЛА является одной из наиболее частых причин смерти. По данным литературы общетравматологической популяции риск развития летального исхода от ТЭЛА составляет в среднем 0,3%.

Из известных методов, применяемых для диагностики ТЭЛА, используют рентгенографию грудной клетки, при которой не всегда можно заподозрить обеднение легочного рисунка на фоне инфильтративных изменений в легких. «Золотым стандартом» диагностики ТЭЛА является МСКТ-ангиопульмонография. МСКТ-ангиопульмонография имеет ряд преимуществ - быстрота выполнения, возможность отчетливой визуализации тромба на фоне введения контрастного препарата, позволяет хорошо визуализировать эмболы в крупных ветвях легочной артерии, возможность выявления тромбов

на уровне сегментарных и субсегментарных ветвей. Тромбы видны в виде дефектов наполнения в просвете сосуда на фоне контрастированной крови, частично или полностью обтурирующие пораженный сосуд.

Цель исследования. Оценить роль мультиспиральной КТ-ангиопульмонографии в диагностике тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с политравмой. Определить на какие сроки после травмы развивается ТЭЛА. Оценить влияние типа травмы на возникновение ТЭЛА.

Материалы и методы исследования. За период с 2011 по 2013 года нами была проведена МСКТ-ангиопульмонография 23 пациентам, с подозрением на тромбоэмболию легочных артерий и их мелких ветвей, перенесших травму различной локализации (травма грудной клетки, костей верхней и нижней конечностей, костей таза), в возрасте от 30 до 65 лет, с давностью травмы от 5 до 21 суток. Было обследовано 14 мужчин (61%) и 9 женщин (39%). Из лучевых методов диагностики проводилась стандартная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции. Мультиспиральная компьютерная томография и КТ-ангиопульмонография проводились на 4-х спиральном компьютерном томографе Licht Speed Plus (General Electric, USA), с использованием неионных контрастных препаратов: омнипак 350, ультравист 370 мг в объеме 100 мл, вводимых с помощью автоматического шприца-иньектора.

Результаты исследования. При проведении стандартной рентгенографии органов грудной клетки всем 23 пациентам с травмой различной локализации, подозрение на ТЭЛА было выявлено у 15 пациентов (65%), из них 7 пациентов (30%) с сочетанной травмой костей таза и нижней конечности, 1 пациент (4%) с переломом костей таза, верхней конечности, травмой грудной клетки, черепно-мозговой травмой, 3 пациента (13%) с переломом костей таза, нижней конечности и травмой грудной клетки, 1 пациент (4%) с изолированной травмой костей таза, 3 пациента (13%) с переломом костей голени.

При проведении спиральной компьютерной томографии также у 15 пациентов (65%) были выявлены инфильтративные изменения в легких, различной локализации, у 10 пациентов (43%) - подозрение на инфаркт-пневмонию, у 18 пациентов (78%) гидроторакс различной степени выраженности, 8 пациентов (35%) с пневмотораксом, 16 (70%) - с переломами ребер.

Всем пациентам была выполнена МСКТ - ангиопульмонография, при которой диагноз ТЭЛА подтвердился у 9 пациентов (39%): 2 пациента (9%) с ТЭ нижнедолевых артерий с 2-х сторон, инфаркт пневмонией; 3 пациента (13%) с ТЭ нижнедолевой, сегментарных легочных артерий слева, инфаркт пневмонией слева; 2 пациента (9%) с ТЭ верхнедолевой легочной артерии справа, инфаркт-пневмонией справа; 1 пациент (4%) с ТЭ главной левой легочной артерии и ее бифуркации, нижнедолевой артерии слева, ее мелких ветвей, инфаркт пневмонией слева; 1 пациент (4%) - ТЭ мелких ветвей среднедолевой и нижнедолевой артерий справа, инфаркт-пнемонией справа. ТЭЛА была выявлена у 5 пациентов (22%) с сочетанной травмой костей таза и нижней конечности, у 1 пациента (4%) с переломом костей таза, верхней конечности, травмой грудной клетки, черепно-мозговой травмой, 2 пациента (9%) с переломом костей таза, нижней конечности и травмой грудной клетки, 1 пациент (4%) с изолированной травмой костей таза. ТЭЛА была выявлена у пациентов в интервале от 9 до 21 суток после полученной травмы.

Выводы.

1. МСКТ-ангиопульмонография это метод выбора в диагностике ТЭЛА, с ее помощью можно достоверно установить наличие тромбов, локализацию, объем и протяженность эмболического поражения.

2. МСКТ-ангиопульмонография это быстрый, малоинвазивный, высокоинформативный метод, позволяющий быстро установить диагноз экстренным больным, находящимся в тяжелом состоянии.

3. Наиболее частыми сроками развития ТЭЛА являются 9-21 сутки после полученной травмы.

4. При изучении влияния типа травмы на возникновение ТЭЛА установлено, что наиболее часто ТЭЛА осложняет течение сочетанной травмы костей таза, нижней конечности и травмы грудной клетки.

Афанасьев Л.М.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Цель исследования. Показать необходимость и возможности микрохирургических технологий в травматологии и ортопедии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 30 лет использования микрохирургических технологий и техники в травматологии и ортопедии, как у взрослых, так и у детей, в том числе с ожогами, обморожениями и их последствиями, у больных с обширными раневыми дефектами. Непременным условием является одномоментность восстановления или реконструкция сразу всех функциональных структур: костей, суставов, сухожилий, мышц, нервов, сосудов, кожных покровов. Такие операции более длительны, но в итоге они позволяют получить лучший функциональный результат.

Однако, такие вмешательства более продолжительны (от 2-х-3-х до 16-ти, 18 часов), а значит, таят в себе большую угрозу осложнений в виде нагноений. В связи с этим возникает проблема отработки атравматичной техники хирургами и обязательное использование всего комплекса мер профилактики инфекции: работа в «мокром поле», постоянное промывание открытой операционной раны, тщательный гемостаз, использование жгута на конечностях, дренирование ран, послеоперационная иммобилизация, использование адекватного и современного шовного материала.

Все это позволяет выполнять не только микрохирургические сложные и длительные операции, но и пересмотреть некоторые вопросы классической травматологи и ортопедии: применить накостный остеосинтез при открытых переломах, в том числе и длинных трубчатых костей, проводить реконструкции в условиях инфицированных и гнойных ран.

Микрохирургические технологии значительно обогатили и расширили возможности травматологов-ортопедов, дополнили возможности классических методик, применяемых в восстановительно-реконструктивной хирургии конечностей, туловища. Свободная микрохирургическая трансплантация тканей в настоящее время применяется только по строгим показаниям, основными являются ротационные трансплантации на сосудистой ножке, что позволило снизить количество осложнений в 10 раз - с 4% до 0,4%. Неизменным остается отношение к микрохирургическому шву нервов: лучшие результаты получили от первичного шва нерва, а при дефектах нервов - двухэтапном шве с мобилизацией концов нервов на протяжении. Как и прежде, остается незыблемой альтернатива реплантации, чем протезирование самыми современными бионическими протезами.

Выводы.

Сочетание повреждений различных функциональных структур диктует необходимость использования микрохирургической техники в травматологии и ортопедии. В связи с этим актуален вопрос подготовки пациентов.

Афанасьев Л.М., Исаев Е.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение»
Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ МОСТОВИДНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Современный хирург-травматолог должен владеть определенными методами пересадки кожи и пластики других тканей, применять их как при первичной обработке ран, по возможности сразу устраняя возникшие дефекты, так и при отдаленных, поздних вмешательствах.

Открытая травма, сопровождающаяся дефектами тканей, составляет наиболее тяжелую по течению и последствиям часть многочисленных повреждений, получаемых на производстве,

в быту, в ходе военных действий. Эти повреждения, прежде всего конечностей (от 20 до 48%), вследствие безвозвратной утраты различных функциональных элементов в большинстве наблюдений приводят к стойким функциональным нарушениям и инвалидизации пострадавших, что обусловливает актуальность любых практических и научных разработок, направленных на улучшение результатов лечения и увеличение объема восстановления функции. Главным фактором, определяющим сохранность после травмы и функциональную судьбу органа, общепризнанно является тактика первичного хирургического вмешательства: чем раньше и полнее укрыты обнаженные и прерванные структуры и замещены дефекты тканей, тем лучше результат.

Плохие конечные результаты привели к разработке новых способов свободной аутотрансплантации реваскуляризированных и реиннервированных комплексов тканей. Тем не менее, многие известные специалисты в области реконструктивной микрохирургии указывают на недостаточность доли первичных пересадок среди всех микрохирургических реконструкций, это связано с отсутствием подготовленных специалистов владеющих микрохирургической техникой.

Нами предложен способ закрытия дефектов покровных тканей конечностей не тренированными мостовидными лоскутами. Этот способ применим на кисти и пальцах, предплечье, голени. У всех этих сегментов имеются парные проточные подкожные вены, включаемые в лоскуты. На пальцах это тыльные вены, на предплечье цефалика и базилика, на голени большая и малые подкожные вены.

Задачей предлагаемого нами технического решения являются повышение качества пластики при обширных дефектах за счет быстрого одномоментного перемещения лоскутов с хорошим питанием и жизнеспособностью.

Принципиальным отличием от других методик является включение в каждый лоскут крупной проточной подкожной вены, которая является гарантом жизнеспособности лоскута, позволяет осуществлять забор мостовидных лоскутов любой длины. При не выполнении этого условия размеры лоскутов сильно ограничены.

Выполняем отсепаровку лоскута от края первичной раны до края продольного разреза по задней поверхности конечности с включением в лоскут кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции и одной из ранее маркированных вен. Лоскуты перемещают навстречу друг другу и сшивают, закрывая мягкотканый дефект, с образованием донорской раны, которую замещают полнослойным трансплантатом с передней брюшной стенки.

Выводы.

Предложенный нами способ позволяет поднимать очень большие комплексы тканей на всю длину сегмента. Исключает осложнения, связанные с ишемией лоскута. Сокращает сроки лечения за счет одномоментного закрытия всей раневой поверхности и тем самым предотвращения вторичного некроза костной ткани и развития остеомиелита при переломах костей. Позволяет одноэтапно восстанавливать все поврежденные функциональные структуры конечности.

Методика позволяет выполнять восстановительные операции в любом травматологическом отделении без применения микрохирургической техники.

Батискин С.А., Золоев Д.Г., Золоев Г.К., Коваль О.А.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в г.Санкт-Петербурге и г.Новокузнецке, число ежегодно выполняемых ампутаций конечности в Российской Федерации составляет не менее 20000-30000. В экономически развитых странах заболевания периферических сосудов являются причиной ампутаций в 70-90% и более случаев. Вместе с тем, методические аспекты ампутации нижней конечности требуют дальнейшего совершенствования.

Цель исследования. Провести анализ результатов разных способов пластики послеоперационной

раны после ампутации нижней конечности на уровне голени.

Материалы и методы исследования. Оценивали результаты ампутации голени, обусловленной критической ишемией конечности, у больных диабетической ангиопатией, атеросклерозом, облитерирующим тромбангиитом. В качестве первичных материалов исследования использовали: сведения базы данных «Клиника», содержащей информацию о больных, госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1 января 2008 г. по 1 марта 2012 г.; сведения локальных баз данных, в том числе содержащих информацию об ампутациях нижних конечностей на уровне голени.

Результаты исследования. В отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России с 1 января 2008 г. по 1 марта 2012 г. выполнено 177 ампутаций на уровне голени. Применялись различные способы пластики послеоперационной раны: внутрикожные швы без ушивания кожной фасции у 53 (30,0%) пациентов; редкие узловые швы на кожу так же без ушивания фасции у 36 (21,0%) больных; частые узловые швы на кожу с ушиванием кожной фасции - у 85 (49,0%) больных.

В период до 6 месяцев реампутации на уровне бедра после внутрикожной пластики выполнены у 6 пациентов, что составило 11,3%. После наложения редких узловых швов реампутации на уровне бедра выполнены у 4 (11,1%) пациентов; после формирования частых узловых швов реампутации на уровне бедра выполнены у 10 (11,8%) пациентов.

Реампутации голени в этот же период времени после пластики внутрикожными швами выполнены у 2 пациентов, что составило 3,8%. После ушивания редкими узловыми швами реампутации проведены у 3 (8,3%) пациентов. Реампутации голени у больных при ушивании кожной фасции и наложении частых кожных узловых швов выполнены у 6 (7,1%) пациентов.

Таким образом, при развитии ишемии культи голени после ампутации нижней конечности, процентное соотношение реампутаций на уровне бедра одинаковое при выполнении любого вида пластики. Вероятно, это связано с более проксимальным поражением артериального русла и сопутствующей тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Реампутаций на уровне оперированного сегмента после пластики внутрикожными швами было в два раза меньше, чем при других видах ушивания послеоперационной раны. Прохождение внутрикожного шва в дерме параллельно сосудистой сети не приводит к значительным расстройствам микроциркуляторного русла, тем самым снижает риск возникновения гнойно-некротических осложнений. Сохранение коленного сустава не только приводит к более быстрой реабилитации больного, но и увеличивает продолжительность жизни пациента.

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

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения пациентов с политравмой направленную на профилактику развития ранних осложнений в остром периоде травматической болезни.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 427 пациентов с политравмой, находившихся на лечении в отделениях реанимации, ортопедии и травматологии нашей клиники за период 2007-2012 г., у которых доминирующей была скелетная травма. Пациенты были разделены на две группы: те, которые были доставлены в клинику с места травмы, их количество составило 228 (53,6%) (1,27 часа после травмы) и те, кто был доставлен из других лечебных учреждений 198 (46,4%) человек. (5,66±0,42 суток после травмы). В основе профилактики ранних осложнений является активная тактика, исходящая из принципа "ортопедической реанимации", которая предполагает раннее восстановление всех повреждений с целью предотвращения развития таких проявлений травматической болезни, как респираторный дистресс-синдром, жировая эмболия, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность, сепсис. Алгоритм лечения основан на тяжести

состояния пациента и тяжести повреждений.

При поступлении пациента в компенсированном состоянии, мы проводим остеосинтез всех переломов. Если состояние пациента тяжелое (шок 2-3 ст.), то проводится остеосинтез "основных" переломов, к которым мы относим переломы таза, переломы бедер, открытые переломы длинных трубчатых костей, переломы плеча и ключицы в сочетании с множественными переломами ребер. Остальные повреждения оперируются в отсроченном периоде. В качестве критерия для определения возможности оперативного лечения используется модифицированная оценочная шкала Pappe 2005г. При стабильном состоянии пациента мы имеем возможность проведения остеосинтеза всех повреждений.

В первой группе 68% повреждений были стабилизированы в первые сутки, остальные через 4,5±1,2 дня. Во второй группе остеосинтез проводился только после перевода в нашу клинику через 7,3±2,3 дня.

Результаты исследования. В первой группе осложнения были выявлены у 58 больных (25,4%). Во второй группе осложнения были выявлены у 127 пострадавших (64,2%). Летальность в первой группе составила 5,7% - 13 больных, во второй 9,9% - 18 больных.

Выводы.

Предложенная активная тактика лечения больных с политравмой позволяет снизить риск развития ранних осложнений в остром периоде травматической болезни и в два раза уменьшить летальность данной категории пациентов.

Бондаренко А.В., Герасимова О.А., Лукьянов В.В., Тимофеев В.В., Круглыхин И.В.

КГБУЗ «Городская больница N1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ЛЕТАЛЬНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ

Сплошным методом изучали состав и летальность пострадавших, особенности оказания помощи на реанимационном, профильном клиническом и реабилитационном этапах у пациентов с ПТ, проходивших лечение в КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул» за 5 лет, с 2007 по 2011 гг. Отдельно исследована летальность пострадавших с ПТ на реабилитационном этапе, во время амбулаторного наблюдения за 3 года, в период с 2001 по 2004 гг.

За 5 лет, в больницу доставлено и госпитализировано 2806 пациентов с ПТ, из них мужчин - 1828 (65,1%), женщин - 978 (34,9%). Причинами ПТ чаще всего служили дорожно-транспортные происшествия (ДТП) - 1501 (53,5%). Из поступивших больных работали 1149 (40,9%), не работали 1657 (59,1%). Наиболее низкий уровень сезонности отмечался в феврале. С приходом лета число ПТ увеличивалось, достигая максимума в сентябре-октябре.

Сочетанные травмы отмечены у 2326 (82,9%), множественные повреждения опорно-двигательной системы (ОДС) - у 438 (15,6%), комбинированные повреждения - у 42 (1,5%). Наибольшее число пациентов имели травмы ОДС - 2605 (92,8%). Повреждения нижних конечностей наблюдались у 2201 (78,4%), таза - у 823 (29,3%), верхних конечностей - у 684 (24,3%), позвоночника - 63 (2,2%).

Всего в стационаре умер 221 (7,9%) пациент. Из них, с сочетанной травмой - 217, с комбинированной - 3, с множественными повреждениями опорно-двигательной системы - 1. На реанимационном этапе умерло - 203 (7,3%), на профильном клиническом - 18 (0,6%). Основными задачами реанимационного этапа являлись: диагностика повреждений, мониторинг состояния, реанимация, интенсивная терапия и наблюдение, выполнение операций по неотложным показаниям. Основными задачами профильного клинического этапа являлись: лечение осложнений, проведение окончательного остеосинтеза переломов, первичная медицинская реабилитация. Несмотря на то, что пациенты выписывались из стационара в состоянии устойчивой компенсации основных жизненных функций, на протяжении реабилитационного этапа у части из них отмечалось развитие осложнений, угрожающих жизни, что в ряде случаев приводило к смертельному исходу.

Выводы.

1. Частота политравм характеризовалась сезонными колебаниями, их число возрастало с начала весны, достигая максимума к середине осени, с последующим снижением до минимума в конце зимы.

2. Политравмы наиболее часто были представлены сочетанными повреждениями - 82,9%, реже множественными травмами опорно-двигательной системы - 15,6%, еще реже повреждениями от комбинированных воздействий - 1,5%. Наиболее часто (92,8%) у пострадавших отмечались повреждения опорно-двигательной системы.

3. Более 9/10 смертельных исходов наступили на реанимационном этапе и были связаны с тяжестью имеющихся повреждений. Госпитальная летальность на профильном клиническом этапе зависела от развившихся осложнений.

4. Подавляющее большинство неотложных оперативных вмешательств на черепе, позвоночнике, внутренних органах опорно-двигательной системы, направленных на спасение жизни, выполнено на реанимационном этапе. Основными хирургическими вмешательствами профильного клинического этапа являлись операции внутреннего остеосинтеза переломов.

5. Летальность на реабилитационном этапе политравмы составляла 2,5% в год и была следствием гиподинамических осложнений повреждений опорно-двигательной системы.

Бондаренко А.В., Герасимова О.А., Лукьянов В.В., Тимофеев В.В., Круглыхин И.В.
КГБУЗ «Городская больница N1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ

Процесс оказания помощи пострадавшим с политравмой (ПТ) разделяется на четыре этапа:

- догоспитальный,
- реанимационный,
- профильный клинический
- реабилитационный.

Для организации лечебных мероприятий необходимо иметь представление о динамике пострадавших на этапах лечения.

Цель исследования. Определить состав, структуру, летальность, особенности лечебных мероприятий на этапах лечения политравмы.

Материалы и методы исследования. Изучены состав и летальность пострадавших, особенности оказания помощи на реанимационном, профильном клиническом и реабилитационном этапах у пациентов с ПТ, проходивших лечение в КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул» за 5 лет, с 2007 по 2011 гг. Исследована летальность пострадавших с ПТ на реабилитационном этапе, во время амбулаторного наблюдения за 3 года, с 2001 по 2004 гг. За 5 лет госпитализировано 2806 пациентов с ПТ, мужчин - 1828 (65,1%), женщин - 978 (34,9%). Средний возраст 32 года. Причинами ПТ служили дорожно-транспортные происшествия - 1501 (53,5%), криминальные травмы - 430 (15,3%), падения с высоты - 403 (14,4%), бытовые травмы - 329 (11,7%), промышленные - 113 (4,1%), прочее - 30 (1%). Сочетанные травмы отмечены у 2326 (82,9%), множественные повреждения опорно-двигательной системы (ОДС) - у 438 (15,6%), комбинированные повреждения - у 42 (1,5%). Травма нижних конечностей наблюдались у 2201 (78,4%), таза - у 823 (29,3%), верхних конечностей - у 684 (24,3%), позвоночника - 63 (2,2%).

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 33 дня. Длительность амбулаторного лечения варьировала от 45 до 547, средние сроки составили 142 дня. Оказание помощи в стационаре начиналось с реанимационного этапа. В РО пролечено 554 (19,7%). Средняя длительность пребывания в РО составила 11 суток.

На реанимационном этапе выполнено 4191 (80,5%) оперативное вмешательство. 840 (81,3%) операций погружного остеосинтеза выполнено на профильном клиническом этапе. В стационаре умер 221 (7,9%) пациент, на реанимационном этапе - 203 (7,3%), на

профильном клиническом - 18 (0,6%). Причинами смертей на профильном клиническом этапе являлись осложнения ПТ.

С 1999 по 2001 гг. в КГБУЗ «Городская больница N1, г. Барнаул» пролечено и выписано на амбулаторное наблюдение 1064 пациента с переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей, изолированных и в составе ПТ. Возраст пострадавших колебался от 18 до 89 лет. Мужчин было 56,6%, женщин - 43,4%. Из первичного контингента пострадавших (n=1064) за три года умер 81 человек (7,6%). Наиболее частой причиной летальных исходов являлась сердечно-сосудистая патология. На реабилитационном этапе из 545 пациентов с изолированной травмой умер 51 (9,4%) человек, из 519 больных с переломами в составе ПТ - 30 (5,8%). Большая частота летальных исходов в группе пациентов с изолированной травмой объясняется пожилым контингентом пациентов - средний возраст составил 57 лет. Контингент пострадавших с ПТ был моложе в среднем на 20-25 лет. Летальность от причин связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями преобладала в группе пациентов с изолированной травмой. Осложнения ПТ стали причиной смерти в 11 (13,5%) случаях, среди причин смерти преобладали:

- инфекционные осложнения,
- гипостатические пневмонии,
- полиорганная недостаточность.

Большинство смертельных исходов вызвано гиподинамическими осложнениями травм ОДС. Это указывает на необходимость при ПТ использовать методы лечения переломов, позволяющие раньше активизировать пострадавших, что способствует снижению числа осложнений и летальности на реабилитационном этапе.

Бялик Е.И., Файн А.М.
ФГБУ НИИР РАМН
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
г.Москва, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Актуальность. Даже при оперативном лечении переломов вертлужной впадины количество отличных и хороших функциональных исходов лечения не превышает 60%. Остаются спорными и нерешенными вопросы выбора оптимального срока операции, хирургического доступа, конкретного фиксатора для остеосинтеза вертлужной впадины у пострадавших с политравмой.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику оперативного лечения переломов вертлужной впадины у пострадавших с политравмой.

Материалы и методы исследования. В 2005-2012 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского оперированы 192 пострадавших, имевших в составе политравмы переломы вертлужной впадины. Преобладали травмы, полученные в ДТП - 64% (123 больных) и падения с высоты - 22% (42). При поступлении в реанимационное отделение всем пострадавшим проводили противошоковые мероприятия, обследования и выполняли экстренные оперативные вмешательства по поводу тяжелой черепно-мозговой травмы у 64 больных (22,9%), груди - 28 (14,6%), живота 23 (11,9%), опорно-двигательного аппарата - 84 (43,7%). При выявлении у пострадавших вывиха бедра с переломом вертлужной впадины и смещением отломков осуществляли вправление вывиха и накладывали скелетное вытяжение. Для определения типа перелома вертлужной впадины по классификации E. Letournel в стандарт обследования наряду с рентгенографией в прямой, запирательной и подвздошной проекциях была включена компьютерная томография с 3D-реконструкцией. В результате у 67 больных были выявлены простые переломы вертлужной впадины (задней стенки - 25, задней колонны - 11, передней стенки - 5, передней колонны - 15, поперечный перелом - 11), у 125 пострадавших - ассоциированные переломы (Т-образный - 17, задняя колонна и задняя стенка - 10, поперечные и задняя стенка - 38, передняя колонна и задняя полусфера - 8, обе колонны - 52).

Результаты и обсуждение. Погружной остеосинтез вертлужной впадины выполняли после достижения стабильного или пограничного состояния пострадавшего по оценке Pape H.C.-Krettek C. (2003). Для остеосинтеза переломов задней стенки, задней колонны, поперечных и

Т-образных переломов использовали доступ Kocher-Langenbeck (123 операции). При простом переломе осуществляли фиксацию 2-3 спонгиозными винтами, а при многооскольчатых переломах - реконструктивной пластиной. При переломе передней колонны, передней стенки использовали тазовые пластины, которые устанавливали из передних внутритазовых доступов (49 операций): подвздошно-пахового доступа Judet-Letournel и менее травматичного с использованием 2-х окон (доступа Pfannenstiel и подвздошного внебрюшинного) без мобилизации сосудисто-нервного пучка, что значительно снижало травматичность и сокращало время операции. 4-м пострадавшим был выполнен закрытый остеосинтез передней колонны винтами в течение первых 7-ми дней после травмы. Больным разрешали вставать и ходить с дополнительной опорой на костыли через 2-3 дня после операции без осевой нагрузки на оперированную конечность. Частичную опору разрешали через 10 недель, а полную через 20-22 недели с момента операции после контрольной рентгенографии. Отличные результаты лечения по шкале Harris отмечены у 50 (26%) пострадавших, хорошие - 96 (49,9%), удовлетворительные - 42 (22%), неудовлетворительные - у 4-х больных (2,1%). После остеосинтеза вертлужной впадины, выполненного из заднего доступа асептический некроз головки бедра развился у 16 (13,1%) больных, что потребовало проведения эндопротезирования тазобедренного сустава. При использовании передних доступов асептический некроз развился только у 1 пострадавшего (2,1%).

Выводы.

Примененная тактика оперативного лечения переломов вертлужной впадины у пострадавших с политравмой позволила быстро активизировать пострадавших, уменьшить количество гипостатических осложнений и получить отличные и хорошие функциональные результаты лечения у 75,9% больных.

Бялик Е.И., Файн А.М.
НИИР РАМН
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
г.Москва, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТАЗА

Актуальность. У пострадавших с сочетанной травмой таза при проведении диагностических мероприятий необходимо учитывать тяжесть состояния пострадавшего, чтобы не усугубить его, но при этом выявить все повреждения. Другим важнейшим вопросом в выработке тактики лечения пострадавших остается определение оптимального времени и порядка хирургических пособий при политравме.

Цель исследования. Оценить эффективность усовершенствованной тактики лечения пострадавших с сочетанной травмой таза.

Материалы и методы исследования. Основную группу - 298 пострадавших с сочетанной травмой таза (2007-2012 гг.) лечили с применением усовершенствованной тактики. 124 пациента с сочетанной травмой таза, поступивших в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 1999-2004 гг. составили группу сравнения.

Результаты исследования. Объем диагностических исследований зависел от тяжести состояния пострадавшего (оценка Pape H.C., Krettek C. 2003). Всем поступившим в реанимационное отделение выполняли рентгенографию таза в прямой проекции. При стабильном или пограничном состоянии пострадавшего проводили рентгенографию таза в краниальной и каудальной проекциях и КТ диагностику. При нестабильном состоянии выполняли рентгенографию в краниальной и каудальной проекциях, а КТ исследование откладывали до стабилизации состояния до уровня пограничного. При критическом состоянии ограничивались рентгенографией в прямой проекции, дальнейшие исследования откладывали до относительной стабилизации состояния пострадавшего.

Нестабильные повреждения тазового кольца типа B и C фиксировали матерчатым бандажом при поступлении пострадавшего для создания горизонтальной компрессии таза. При вертикальной нестабильности таза, выявленной при первичном обследовании, заднее полукольцо фиксировали С-рамой при любой тяжести состояния пострадавшего.

При сочетанной черепно-мозговой травме наружную фиксацию переднего полукольца таза стержневым аппаратом провели до начала трепанации черепа (19 операций - 6,4%).

У всех пострадавших операции по поводу повреждения органов груди (57операций - 19,1%) и живота (40 операций - 13,4%) заканчивали стабилизацией тазового кольца стержневым аппаратом.

При открытом повреждении конечностей после остановки наружного кровотечения, временной иммобилизации перелома и промывания ран растворами антисептиков фиксировали таз стержневым аппаратом (45 операций - 15,1%), после чего выполняли первичную хирургическую обработку раны и остеосинтез наружным или внутренним фиксатором, в зависимости от типа открытого перелома и степени повреждения мягких тканей. Остеосинтез закрытых переломов костей конечностей проводили при стабильном состоянии пострадавшего при фиксированном повреждении тазового кольца (125 операций - 41,9%).

Окончательную фиксацию заднего полукольца при повреждениях типа С выполнили при достижении стабильного или пограничного состояния пострадавшего (75 операций - 25,2%). Окончательную фиксацию переднего полукольца при повреждениях типа В и С - погружной остеосинтез выполнили при стабильном состоянии пострадавшего (267 операций - 89,6%).

Летальность в основной группе составила 2,7% в группе сравнения 5,6%, (p=0,23). Количество инфекционных осложнений снизилось с 20,3% до 11,6% (p=0,01). Количество отличных и хороших функциональных результатов лечения (по шкале Majeed S.A. -1989) увеличилось с 56,5% до 71,6% (p=0,003).

Выводы.

Предложенная тактика показала свою эффективность при лечении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой таза.

Власова И.В., Пронских И.В., Тлеубаева Н.В., Власов С.В., Цюрюпа В.Н.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИНАМИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ В НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ ЗА 20 ЛЕТ

Острые венозные тромбозы (ОВТ) возникают у пациентов с самой разной патологией. Своевременная диагностика, адекватная профилактика ОВТ при наличии факторов риска во многом определяет успешность лечения.

Цель исследования. Оценка динамики частоты и особенностей течения ОВТ у пациентов различного профиля в «НКЦОЗШ» за 20 лет.

Материалы и методы исследования. Анализ проводился на основе данных кабинета сосудистых исследований. Диагноз ОВТ во всех случаях подтверждался методом дуплексного сканирования (ДС), выполняемого в экстренном порядке.

Результаты исследования. Количество ежегодных исследований с целью диагностики ОВТ увеличилось от 200 до 1300 в последние годы. Изменилось соотношение амбулаторных пациентов и больных стационара в пользу последних. Сейчас 60% ДС проводится пациентам отделений ортопедии и травматологии, что связано с ростом числа оперативных вмешательств с высоким риском ОВТ (эндопротезирование, политравма). В 10 раз возросло число ДС у пациентов реанимации, нейрохирургии, у которых длительная иммобилизация и тяжесть состояния определяют высокий риск ОВТ. Изменилось распределение пациентов в зависимости от выявленной патологии. Ранее в 30% подтверждался ОВТ, третья часть пациентов не имели патологических изменений и треть имели сосудистую патологию нижних конечностей без ОВТ. В последние годы подтверждение диагноза ОВТ происходит только в 19% случаев, больше половины пациентов не имеют изменений. Тем не менее, общее количество выявленных ОВТ в последние годы увеличилось более, чем в 2 раза, составляя в среднем 170 случаев в год. Из них 43% - распространенные тяжелые ОВТ. Всего за десять лет было выявлено 113 флотирующих тромбов, которые в экстренном порядке были прооперированы. Выполнение ДС на этапе приемного покоя позволило у 19% пациентов без патологических изменений избежать необоснованной госпитализации, у половины больных в течение часа уточнить диагноз и скорректировать лечебную тактику. При политравме осложнения

выявлялись в 28% случаев. Выявлена четкая зависимость частоты ОВТ от сроков поступления в клинику. Наиболее высокий процент осложнений был у пациентов с переломами костей таза (около 50%). Переломы бедренной кости в 38% осложняются ОВТ. Особенностью ОВТ при политравме, а также у пациентов нейрохирургического профиля и реанимации является распространенный характер (70%) и самая высокая степень эмбологенности (27,5%). При переломах костей голени, повреждениях коленного сустава и менисков ОВТ выявлялся в 18%, преимущественно поражая вены голени. С 2005 года мониторируется частота ОВТ при эндопротезировании (ЭП) крупных суставов. Средний процент осложнений при ЭП тазобедренных суставов уменьшился от 1,4% до 1,1%. При выполнении за 4 года 1560 ЭП коленных суставов ОВТ зафиксирован в 8,4%. Во всех случаях тромбировались только вены голени.

Таким образом, в клинике принята политика активного поиска тромботических осложнений у пациентов с повышенным риском ОВТ, для предупреждения тромбоэмболии легочной артерии. Мониторирование частоты и особенностей ОВТ позволяет корректировать лечебную тактику, разрабатывать меры профилактики. Снижение процента осложнений при плановых ортопедических операциях является показателем эффективности профилактических мероприятий.

Возлюбленный С.И., Игнатьев Ю.Т., Кабаненко Т.П.

Министерство здравоохранения Омской области
Омская государственная медицинская академия
БУЗОО «Городская клиническая больница N 1 им. Кабанова А.Н.»
г.Омск, Россия

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Актуальность. Одним из путей снижения летальности при тяжелой травме грудной клетки является своевременная диагностика угрожающих для жизни повреждений и возникающих осложнений, одним из которых является пневмоторакс. Рентгенологическое обследование при травме груди не всегда достаточно информативно, а применение компьютерной томографии, зачастую, невозможно из-за нахождения пациента в критическом состоянии.

Цель исследования. Оценить возможность ультразвуковой диагностики внутриплевральных осложнений у пострадавших с травмой грудной клетки

Материалы и методы исследования. В БУЗОО «ОГКБ N 1 им. Кабанова А.Н.» в центре по оказанию помощи пострадавшим с политравмой и травмой груди, в комплексе диагностических лабораторно-инструментальных исследований с 2009 года применяется ультразвуковая диагностика посттравматического пневмоторакса, гемоторакса и гемопневмоторакса. Ультразвуковое исследование пострадавшим проводится на аппаратах GE (Logic), Asaot (MyLab), B-K Medical (Howk) с использованием как методики eFAST, так и стандартной ультразвуковой диагностики. Ультразвуковые признаки выявления пневмоторакса основываются на определении акустического эффекта «хвост кометы» и скольжении легкого, гемоторакса - на выявлении синдрома плеврального выпота.

Результаты исследования. В настоящее время накоплен опыт применения ультразвукового исследования груди у 1268 пострадавших с травмами груди, в 2012 году было обследовано 366 пострадавших, с закрытой травмой груди было обследовано 257 пациента (70,2%), с открытой травмой груди 109 пациента (29,8%), у 133 пациентов (45,5%) диагностирован пневмоторакс, у 70 (23,9%) - гемоторакс, у 89 (30,4%) - гемопневмоторакс.

Выводы.

Проведенное исследование установило, что ультразвуковая диагностика травматического пневмоторакса имеет чувствительность 98,5%, специфичность 99,5% и превосходит диагностическую эффективность рентгенографии грудной клетки у пострадавших, вынужденно находящихся в положении лежа на спине.

Главным преимуществом ультразвуковой диагностики является наличие возможности практически

сразу исключить или подтвердить наличие пневмоторакса и гемоторакса у пострадавшего, что очень важно у гемодинамически нестабильных пациентов, транспортируемых в положении лежа на спине.

Галятина Т.А., Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Согласно современным литературным данным, снижение минеральной плотности костной ткани - один из основных предрасполагающих факторов возникновения переломов. Уровни системных регуляторов гомеостаза кальция, содержание продуктов метаболизма коллагена и неколлагеновых белков, активность щелочной фосфатазы, а также концентрации основных микроэлементов позволяют расширить представления о состоянии костного метаболизма при патологии опорно-двигательного аппарата. В связи с этим появляется возможность получить информацию о процессах, происходящих внутри костной ткани при травме, и факторах риска возникновения бытовых переломов у детей.

Цель исследования. Определить уровни гормонов, участвующих в процессе костного ремоделирования (паратгормон, кальцитонин и СТГ) и установить их взаимосвязь с маркерами костного метаболизма (P1NP, остеокальцин, β-CrossLaps, щелочная фосфатаза) и показателями минерального обмена (кальций общий и ионизированный, фосфор, магний) при переломах конечностей у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 35 детей с переломами длинных трубчатых костей конечностей различной локализации в возрасте от 8,0 до 12,0 лет. Контрольную группу составили 35 здоровых детей без патологии опорно-двигательного аппарата, возраст 10,5 (8,0 - 12,0) лет.

Произведено исследование в сыворотке крови концентраций общего и ионизированного кальция, фосфора, магния и активности щелочной фосфатазы на автоматических анализаторах "Cobas 6000 SWA" (Roche Diagnostics, Швейцария) и "HITACHI- 912" (Roche Diagnostics Corporation, Indianapolis, IN, USA).

Активность процесса формирования и резорбции костной ткани оценивали по содержанию в сыворотке крови P1NP, остеокальцина и β-CrossLaps на модульной платформе "Cobas 6000 SWA" (Roche Diagnostics, Швейцария). Регуляцию минерального обмена оценивали по сывороточным уровням паратгормона, кальцитонина и 25(OH)-D3 на аналитической модульной платформе "Cobas 6000 SWA" (Roche Diagnostics, Швейцария). Определение остеокальцина и соматотропного гормона производили на анализаторе "Immulite One" (США).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью прикладного пакета программ Statistica 6.0. Для выявления различий между группами по количественным показателям применяли критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллеса. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. Корреляционный анализ проводили с помощью критерия Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование выявило снижение синтетических процессов в костной ткани, одной из причин которого являлась исходная остеопения. У детей с переломами конечностей установлено понижение содержания в сыворотке крови P1NP и ионов кальция, что свидетельствует об относительном преобладании резорбтивных процессов костной ткани на фоне гипокальциемии. Выявлено увеличение уровней СТГ (в 3,5 раза, $p = 0,048$) и паратгормона (в 8,2 раза, $p=0,00001$) в сыворотке крови у детей с переломами. При этом снижение скорости синтеза костной ткани, могло быть связано с гипокальциемией, обусловленной дефицитом витамина Д, полученным для большей части обследованных детей. Современная диагностика, лечение и профилактика витамин-Д-дефицитных состояний у детей позволит снизить частоту остеопений и выявить склонность к переломам.

Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Тлеубаев Ж.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Масштабы современного травматизма стали в индустриально развитых странах мира не только медицинской проблемой, но и приобрели острую социальную значимость (Гуманенко Е.К., 2006; Ерюхин И.А., 2002; Scalea T. et al., 1999). На долю пострадавших при политравме приходится до 28% от общего числа травматологических больных. Среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста. Политравма характеризуется высокой (до 40%) летальностью (Корнилов Н.В., и др., 1999). Среди причин смертности она занимает третье место, уступая лишь смертности от опухолевых и сердечно-сосудистых заболеваний, а в группе лиц моложе 40 лет - первое (Соколов В.А., 1999; Сингаевский А.Б., 2001; Елфимов П.В., 2000).

Политравма отличается тяжестью клинических проявлений, сопровождается значительными нарушениями жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения. Особую социальную значимость проблеме придают высокая инвалидность (достигающая 43,4%) и длительные сроки нетрудоспособности больных с политравмой (Корнилов Н.В., и др., 1999; Таланов С.В., Першин С.В., 1997).

В последнее время для лечения повреждений опорно-двигательной системы при политравме стала активно применяться хирургическая тактика. Успеху хирургических методов лечения способствовало совершенствование технологий остеосинтеза и методов интенсивной терапии. После остеосинтеза пациенты становились мобильными, прекращалась болевая импульсация из зоны переломов, останавливалось кровотечение, облегчался уход за больными. Все выше перечисленное способствовало профилактике осложнений травматической болезни. Был получен экономический эффект, сокращались сроки лечения и инвалидность. Но, наносимая во время остеосинтеза дополнительная травма может ухудшить состояние пациента, и даже малая операционная кровопотеря у пациента с политравмой может оказаться фатальной.

Избежать подобных проблем позволяет использование малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности интрамедуллярных блокируемых штифтов, применение которых позволяет достичь прочной фиксации отломков без нарушения их кровоснабжения. Этот метод малотравматичен, не сопровождается кровопотерей, легко переносится пострадавшими. Поэтому такие операции можно выполнять у тяжелобольных в первые дни после травмы, не дожидаясь нормализации их общего состояния и восстановления кожных покровов. По низкой травматичности и незначительности ограничений в связи с состоянием мягких тканей конечностей этот метод приближается к внеочаговому остеосинтезу.

Мы применяем методы интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием с января 2006 года. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием был применен у 148 пациентов с политравмой. У 116 пациентов выполнен интрамедуллярный остеосинтез 1 сегмента. Были использованы следующие методы остеосинтеза: PHNL - 6 пациентов; UHN - 12 пациентов; PFN - 20 пациента; PFNL - 24 пациентов; UFN - 26 пациентов, DFN - 12 пациентов; UTN - 16 пациентов. У 28 пациентов остеосинтез штифтами выполнен на 2 сегментах в различных сочетаниях. Синтез выполнялся последовательно во время одной операции. У 3 пациентов выполнен интрамедуллярный синтез 3 сегментов, у одного пациента 4 сегментов. Следует отметить, что 35 пациентов имели открытые переломы бедра и голени. Остеосинтез мы выполняли на 3-5 сутки с момента поступления пациентов, после стабилизации гемодинамики. Накопление опыта выполнения операций позволило нам выполнять интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием у части пациентов при поступлении. В случае открытых переломов выполняли первичную хирургическую обработку ран, стабилизацию переломов осуществляли при помощи аппаратов внешней фиксации, гипсовых повязок или скелетного вытяжения. Остеосинтез штифтами с блокированием выполнен на 6-10 сутки с момента травмы, при отсутствии признаков инфицирования ран. У одного из пациентов с открытым переломом бедренной кости, остеосинтез

был выполнен первично при поступлении.

В послеоперационном периоде у всех пациентов проводилась эластичная компрессия оперированных конечностей до полной мобилизации пациента (на верхних конечностях использованы эластичные бинты, на нижних противоэмболические чулки), антикоагулянтная терапия проводилась согласно отраслевого стандарта. У данной группы пациентов значительно сократилась потребность в переливании компонентов донорской крови, уменьшилась потребность в антибиотиках. Пассивные движения в суставах оперированной конечности начинали со вторых суток с момента операции, использовали ручную «разработку» движений и механотерапию на аппаратах «Arthromot®». Решение об осевой нагрузке принимали индивидуально у каждого пациента в зависимости от типа и локализации перелома, наличия сопутствующих повреждений и их тяжести.

Осложнения: у одного пациента - гематома в надвертельной области, в месте введения штифта, у одного пациента отмечалось расхождение краев раны в месте введения штифта, у восьми пациентов - тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Во всех случаях осложнения удалось купировать консервативными мероприятиями. Осложнений со стороны металлоконструкций, и раневых осложнений при открытых переломах зафиксировано не было.

Таким образом, применение интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием у больных с политравмой позволяет обеспечить стабилизацию переломов при минимальной дополнительной операционной травме и минимальной кровопотере, сократить потребность в компонентах донорской крови, и облегчить процесс последующей реабилитации пациентов.

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

Цель исследования. Дать патоморфологическую характеристику костной ткани головок бедренной кости при коксартрозе.

Материалы и методы исследования. Объектом морфологического исследования служили 15 головок бедренных костей, удаленных при эндопротезировании тазобедренного сустава, больным с коксартрозом III-IV степени. Головки доставлялись из операционной в гистологическую лабораторию патологоанатомического отделения.

Параметрами исключения из морфологического исследования были: выраженная деформация головки бедренной кости, наличие кист, а так же посттравматическая этиология коксартроза.

Контрольную группу для исследования морфологических показателей составил костный материал 8 головок бедренной кости, изъятых за период 2010-2012 гг. в процессе аутопсии в патологоанатомическом отделении ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». В эту группу вошел материал с макроскопически неизмененной суставной поверхностью и отсутствием костной деформации. Также отслеживалось отсутствие в анамнезе заболеваний тазобедренных суставов.

Из полученного материала в вертикальном направлении выпиливались три фрагмента костной ткани размерами 1,5x1,0x0,5 см с дальнейшей маркировкой (I - суставная поверхность и верхний отдел головки, II - средний отдел, III - глубокий отдел головки). После фиксации материала в 10% растворе формалина и декальцификации проводилась гистологическая проводка материала с дальнейшим заключением его в парафин. Серийные гистологические срезы (по 4-6 срезов с одного фрагмента) толщиной 5-6 мкм готовили на санном микротоме (МС-2, Россия), с последующей окраской гематоксилин-эозином и гематоксилин-пикрофуксином (по Ван-Гизону). Исследование проводилось на световом микроскопе (Биомед-6, Россия) с фотографированием микропрепаратов фотоаппаратом (Panasonic DMC-LS80). В специализированном программном обеспечении (PhotoM, Россия) проводилось измерение толщины костных балок и их площади в гистологических срезах выделенных участков.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью прикладного пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Проведен комплексный статистический анализ патоморфологических

данных. В результате исследования можно отметить неравномерную толщину суставной поверхности в разных участках, что проявляется с нарушением стратификации и архитектоники групп хондроцитов, различной выраженностью разрастания фиброзной ткани, участками фрагментации хряща и различной способностью восприятия красителя. В субхондральных отделах костной ткани определяются участки хондрогенеза. Основным процессом, наиболее обращающим на себя внимание, был фиброз костных лакун в субхондральных отделах губчатого вещества различной степени выраженности.

Выполненные морфометрические исследования показали, что во всех трех исследуемых участках, происходит утолщение костных балок в среднем на 34,7% ($p<0,05$), по отношению с контрольной группой.

В I участке площадь балок статистически не отличается от площади балок в аналогичном участке контрольной группы ($p>0,05$), что можно связать с выраженным разрастанием фиброзной ткани в лакунах субхондральных отделов, и препятствием «уплотнению» губчатой кости.

Площадь балок во II и III участках уменьшается в среднем на 24,1% ($p<0,05$), по сравнению с соответствующими участками контрольной группы. В то же время содержимое костных лакун в вышеуказанных участках было представлено «рыхлым» компонентом (жировая и неоформленная соединительная ткань, костномозговой компонент).

Выводы.

При коксартрозе отмечается значительное увеличение толщины костных балок не только в субхондральном отделе, но и во всем губчатом веществе головки бедренной кости. В то же время снижение площади костных балок в среднем и глубоком отделах головки бедра можно связать с явлением резорбции костной ткани.

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕЗА КОКСАРТРОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Остеоартроз - это наиболее распространенная группа заболеваний суставов с различной этиологией, но с едиными морфологическими проявлениями в виде дегенеративно-деструктивных процессов. Клинические симптомы остеоартроза наблюдаются более чем у 20% населения нашей планеты. Соотношение между страдающими остеоартрозом мужчинами и женщинами составляет 1:3, а в случае непосредственно коксартроза 1:7 соответственно.

В результате двух национальных программ по изучению остеоартроза в США (NHES и NHANES-I) у трети лиц в возрасте от 25 лет до 74 лет выявлены рентгенологические признаки остеоартроза хотя бы одной локализации.

В Российской Федерации у лиц трудоспособного и особенно пожилого возраста дегенеративно-дистрофические заболевания крупных суставов и позвоночника составляют от 48 до 67,5 % от всей ортопедической патологии.

В настоящее время активно изучается морфологическая картина костной ткани головки бедренной кости при коксартрозе. Так, группа исследователей отмечает дегенеративные изменения и локальные разрушения суставного хряща с развитием субхондрального склероза и появлением в краевых отделах суставной поверхности костно-хрящевых разрастаний, нарушение архитектоники слоев хондроцитов. В субхондральных отделах явления лакунарной резорбции и костно-хрящевой перестройки. В губчатом веществе остеосклероз, кистообразование и микропереломы костных балок. В синовиальной оболочке тазобедренного сустава отмечается гипертрофия и фиброз, очаговая пролиферация синовиоцитов.

В отдельных исследовательских работах авторы затрагивают динамику изменения структуры суставного хряща и субхондральной кости при коксартрозе, выделяя варианты с образованием фиброзной ткани на поверхности хряща и без ее формирования.

Омские исследователи в своей работе провели анализ более 100 образцов головок

бедренных костей, удаленных вследствие коксартроза. Методами рентгенофазного и атомно-эмиссионного спектрального анализа они оценили не только качественный состав костной ткани головки бедренной кости, но и количественно показали, что при коксартрозе в костной ткани наблюдается чрезмерное увеличение содержания кальция и снижение содержания фосфора, и как следствие, увеличение твердости кости.

На сегодняшний день хорошие результаты показывает активная исследовательская работа по изучению особенностей соматотропной регуляции кальциевого обмена и маркеров костного ремоделирования у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и у больных коксартрозом, цитокиновая регуляция метаболизма костной ткани.

Таким образом, мы можем отметить разрозненность качественных описательных характеристик и количественных показателей строения костной ткани. На современном этапе исследования, проблема патогенеза коксартроза заключается в необходимости совокупного изучения объективных стандартизированных морфометрических показателей структурно-функционального состояния костной ткани головки бедра и показателей костного метаболизма.

Джумабеков С.А., Нарынбеков Ч.Н.
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
г.Бишкек, Кыргызстан

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Сколиоз является сложным по патогенезу заболеванием развивающимся, в основном у детей раннего возраста, которое по истечению времени и роста ребенка приобретает злокачественный характер.

Материалы и методы исследования. В Кыргызстане в Бишкекском Научно-Исследовательском Центре Травматологии и Ортопедии, в отделении патологии позвоночника, внедрены в практику два метода хирургического лечения сколиозов у детей: двухпластинчатым эндокорректором, и эндокорректором фирмы «Ti Ta Med». Основные преимущества данных эндокорректором в сравнение с эндокорректорами I и II поколений:

1) Стабильная многоуровневая, полисегментарная фиксация;
2) Эффективная фронтальная и сагиттальная коррекция;
3) Коррекция торсионной деформации;
4) Высокая степень анатомической адаптации имплантатов и минимальное проникновение их в просвет позвоночного канала

Результаты и их обсуждение. С 2007 года в отделении патологии позвоночника, БНИЦТиО прооперировано двухпластинчатым эндокорректором 31 больных в возрасте от 13-24 лет.

С 2010 года внедрен вентральный метод устранения сколиотической деформации эндокорректором фирмы «Ti Ta Med», доступ которого осуществляется тороко-трансабдоминальным доступом к переднебоковым поверхностям грудопоясничных позвонков, прооперировано 23 пациента в возрасте от 17-24 лет. Величина деформации от 60° до 130°. Всем пациентам выполнялась одномоментная, интраоперационная коррекция позвоночника.

У всех пациентов раны зажили первичным натяжением, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах неврологической симптоматики не выявлено. Коррекция достигнута 70%, в росте больные выросли от 5 до 13 сантиметров. Всех пациентов активизировали и поднимали на ноги уже на 4-5 сутки и ходили самостоятельно, без какой либо дополнительно внешней фиксации. В среднем срок пребывания в стационаре составил 14 дней. Контрольное обследование пациентов проводили через 3-6-12 месяцев после операции.

Евсюков А.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов С.Г., Зобнин А.В., Федорченко С.С., Пронских Ал.А.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Данные переписи населения и демографические прогнозы свидетельствуют о старении населения Земли. Так, по статистическим данным ООН, число лиц в возрасте 60 лет и старше в СССР в 1970 г. составляло 11,8%. К началу 1997 г. число лиц в РФ, достигших пенсионного возраста, составляло 24% от общей численности населения. В 2000 г. в мире было 2,5% людей старше 75 лет, и этот показатель возрастет до 3% к 2010 г. По прогнозам ООН, к 2025 году численность людей старше 60 лет превысит 1 млрд. человек. Закономерно увеличивается и частота переломов проксимального отдела бедренной кости. В мире в 1990 г. произошло 1,7 млн. переломов шейки бедра, а, согласно прогнозам к 2050-му году их число увеличится до 6,3 млн. По прогнозу, в США к 2040 г. лица старше 65 лет составят 22% населения, а число больных с переломами шейки бедренной кости достигнет 500 тыс. случаев в год. Летальность при переломах шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста отличается в зависимости от возраста, наличия сопутствующей патологии, а так же способа лечения. При консервативном лечении высока частота развития осложнений, таких как жировая эмболия, тромбоэмболия, застойные пневмонии. Частота осложнений при этом способе лечения достигает, по данным ряда авторов, 50-80%, летальность может быть от 25 до 40%. При оперативном лечении летальность связана, в первую очередь, с операционной травмой и особенностью послеоперационного периода. Летальность при оперативном способе лечения достигает 20%.

Цель исследования. Разработать тактику лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедра, оценить функциональные результаты оперативного и консервативного методов лечения.

Мы разработали и внедрили программу лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра. Согласно этой программе все пациенты данного профиля г.Ленинска-Кузнецкого и района, получившие свежую травму, доставляются в наш центр.

При поступлении все пациенты проходят обследование, включающее в себя общеклиническое обследование, лабораторную диагностику, ЭКГ, осмотр кардиолога, R-графию таза с захватом проксимальной трети обоих бедер, по показаниям КТ проксимального отдела поврежденного бедра. При отсутствии противопоказаний в первые часы выполняем оперативное лечение. При наличии сопутствующей патологии в стадии декомпенсации в течении 1-2 суток проводим стабилизацию состояния пациента, а затем повторно решаем вопрос об оперативном лечении.

Для определения тактики оперативного лечения мы руководствуемся алгоритмом, разработанным нами на основании данных мировой литературы и нашего собственного опыта. Согласно этому алгоритму, все переломы делим на 3 группы: латеральные, медиальные с давностью до 3 суток после травмы и медиальные более 3 суток. Также критерием для выбора тактики лечения является степень выраженности остеопороза, которую определяем лучевыми методами диагностики. При латеральных переломах и медиальных переломах давностью до 3 суток выполняем остеосинтез. При медиальных переломах давностью более 3 суток или при наличии выраженного остеопороза проводится эндопротезирование.

За период с 2008-2011 гг. в клинике ортопедии и травматологии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» было пролечено 234 пациента. Прооперировано 161 пациент, не прооперированы 73 пациента.

Мы сравнили результат лечения 178 пациентов пожилого и старческого возраста, получивших перелом проксимального отдела бедра за период с 2008-2010 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы.

В первую группу были включены 114 пациентов (76 женщин и 38 мужчин), прооперированных в Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров. Средний возраст составил 71,70 лет.

Количество медиальных и латеральных переломов было одинаково и равнялось 57, однако в обеих группах преобладают женщины.

Выбирая метод оперативного лечения, мы руководствовались нашим алгоритмом и использовали разные методы погружного остеосинтеза. У 25 пациентов с чрезвертельными переломами выполнен остеосинтез угловыми пластинами. Остеосинтез чрезвертельных переломов штифтами PFN применен у 37 пациентов. В ходе обследования у 33 пациентов с медиальными переломами бедра выявлена нормальная плотность костной ткани, что позволило выполнить остеосинтез спонгиозными винтами. В 19 случаях в связи с наличием остеопороза нами выполнено первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Во вторую группу были включены 64 не оперированных пациента (53 женщины и 11 мужчин). Средний возраст составил 77,8 лет.

Общая летальность среди оперированных больных составила 16,67%.

Общая летальность среди не оперированных больных 35,71%.

Функцию оценивали по системе Сальвати и Вильсон: Госпиталь специальной хирургии - оценочная система для тазобедренного сустава.

Оценка проводится по 4 критериям. Каждому критерию в зависимости от степени выраженности присваивается определенный балл.

Предполагается суммирование баллов, полученных по всем этим критериям.

В группе оперированных больных нами получено значение 21,6 балла. Данный результат считается как удовлетворительный.

В группе не оперированных больных получено значение 12 баллов. Данный результат оценивается как плохой.

Выводы.

1. Для определения тактики оперативного лечения мы руководствуемся алгоритмом, разработанным нами на основании данных мировой литературы и нашего собственного опыта. При латеральных переломах проводим интрамедуллярный остеосинтез штифтом PFN, при медиальных переломах с давностью до 3 суток после травмы и нормальной плотностью костной ткани проводим остеосинтез спонгиозными винтами. При медиальных переломах давностью более 3 суток, а так же при выраженном остеопорозе проводится эндопротезирование.

2. Функцию оценивали по системе Сальвати и Вильсон: в группе оперированных больных нами получено значение 21,6 балла. Данный результат считается как удовлетворительный.

В группе не оперированных больных получено значение 12 баллов. Данный результат оценивается как плохой.

Зобнин А.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов С.Г.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Политравма является важнейшей медицинской и социальной проблемой. Политравма отличается тяжестью клинических проявлений, сопровождается значительными нарушениями жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения. Особую социальную значимость проблеме придают высокая инвалидность (достигшая 43,4%) и длительные сроки нетрудоспособности больных с политравмой. (Карнилов С.В., и др.1999 г.; Таланов С.В., Першин С.В., 1997 г.)

По данным различных авторов частота переломов бедер при политравме встречается от 7% до 12% случаев. (Соколов В.А. 2006, Литвина Е.А. 2005.) Кровопотеря при переломах бедра составляет от 500 до 1000 мл, а в некоторых случаях достигает от 20 до 50% объема циркулирующей крови. Таким образом, изолированные переломы бедра сами по себе являются шокогенной травмой, а у больных с политравмой значительно утяжеляют общее состояние пациентов и представляют угрозу для жизни.

С 2006 по 2008 годы в нашей клинике находились на лечении 62 пациента с политравмой, имевших переломы бедренной кости, у которых было выявлено 69 переломов.

Средний возраст пациентов составил 33,1 года. Среди всех поступивших пациентов

большинство было в трудоспособном возрасте от 18 до 55 лет (92%),старше 55 лет (8%).

Выбор метода лечения зависел от общего состояния пациента, характера и локализации перелома, степени повреждения кожных покровов.

При открытых переломах бедренной кости с обширным повреждением мягких тканей методом выбора является чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации. Также этот метод остеосинтеза мы используем у пациентов при наличии травматического шока 3-4 степени и при открытых переломах бедренной кости с незначительным повреждением мягких тканей в более простой компоновке (дистракционный вариант АВФ), как противошоковое мероприятие и временную стабилизация перелома.

При закрытых переломах, отсутсвии шока или наличием шока 1-2 ст. мы применяем погружные конструкции, наиболее частым методом является БИОС. Преимуществом данного метода остеосинтеза является малотравматичность, возможность использования при поврежденных кожных покровах в зоне перелома, что не приемлемо при накостном остеосинтезе. В зависимости от локализации переломов бедренной кости мы используем различные интрамедулярные штифты с блокированием: проксимальный бедренный штифт, дистальный бедренный штифт, универсальный бедренный штифт.

При стабильном состоянии пациента мы проводили остеосинтез бедренной кости в первые сутки с момента поступления. При тяжелом состоянии пациента мы придерживались тактики Damage control. Средний предоперационный койко-день составил (5,9) дней.

В послеоперационном периоде мы наблюдали ряд осложнений:

- У 2 пациентов тромбофлебит глубоких вен нижней конечности.
- У 1 пациента миграция металлических фиксаторов (пластина, винты).
- У 1 пациента расхождение краев раны в месте введения штифта.

Во всех случаях осложнения удалось купировать консервативно. Средние сроки лечения данной категории больных составили 29,4 дня.

У 100% пациентов были оценены ближайшие функциональные результаты. У (66%) пациентов результаты лечения были оценены как хорошие, у (25%) пациентов результаты лечения были оценены как удовлетворительные, у (9%) пациентов результаты лечения были оценены как плохие. У 60% пациентов были оценены отдаленные функциональные результаты. У (70%) пациентов результаты лечения были оценены как хорошие, у (22%) пациентов результаты лечения были оценены как удовлетворительные, у (8%) пациентов результаты лечения были оценены как плохие. Оценка результатов проводилась по оригинальной оценочной системе, разработанной в нашей клинике для оценки лечения больных с политравмой.

Таким образом, ранний стабильный остесинтез переломов бедренной кости у пациентов с политравмой способствует стабилизации общего состояния пострадавших, снижению количества и тяжести осложнений, улучшению результатов лечения у этой категории больных, позволяет быстрее пройти реабилитацию и продолжить трудовую деятельность.

Иванов Д.В., Макаров С.А., Макаров М.А., Павлов В.П., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н., Салугина С.О., Амирджанова В.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН
г.Москва, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (ТЭТС) У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ (ЮА)

Цель исследования. Определить эффективность эндопротезирования тазобедренного сустава, оценить влияние его на качество жизни (КЖ) и социальный статус больных ЮА.

Материалы и методы исследования. Обследовано 26 пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости (АНГБК), возраст 29,2±5,3 лет (в диапазоне 19-45 лет), Ж:М как 24:2. Рост: 155,1±5,8. Индекс массы тела (ИМТ): 22,1±2,1, длительность заболевания: 7,6±2,3. У 22 (84,6%) пациентов в анамнезе прием глюкокортикоидов, соответственно у 4 (15,4%) больных стероидной терапии не проводилось. Произведено 30 ТЭТС, из них 4-двустороннееСроки обследования отдаленных результатов ТЭТС до/после - 4,7±2,1 (2-10 лет), с использованием

опросников Harris, HAQ, EQ-5D и шкалы ВАШ.

Результаты исследования. Основной показатель, который характеризует эффективность эндопротезирования тазобедренного сустава - это уменьшение болевого синдрома. В послеоперационном периоде боль уменьшилась с 75 до 32 по ВАШ. Достоверно улучшилась функция оперированного сустава по индексу HHS с 39,1±10,2/81,5±8,6. Показания опросников HAQ и EQ-5D до и после операции 2,02±0,3/1,12±0,5 и 0,12±0,1/0,68±0,1, что свидетельствует о значительном улучшении состояния больного.

Вывод.

На основании анализа отдаленных результатов до и после ТЭТС выявлено достоверное улучшение показателей эффективности этой операции, а так же здоровья и качества жизни у пациентов ЮА с пораженным тазобедренным суставом.

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р.
Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУННЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Компрессия нервных стволов верхней конечности, проходящих в различных фасциальных каналах, нередко приводит к значительным функциональным, а нередко и органическим расстройствам конечности, что приводит к инвалидизации пострадавших. В 63-82% случаях (по данным ряда авторов) туннельные синдромы (ТС) возникают в результате сочетанных повреждений (переломов костей, вывихов суставов, тяжелых ушибов мягких тканей). В остальных случаях причины ТС полиэтиологичны.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП за истекшие 12 лет пролечено 46 больных с туннельными синдромами верхних конечностей. Мужчин было 30 (65,2%), женщин - 16 (34,8%), из них детей - 12 (26,1%). Возраст пострадавших составил от 1,5 до 40 лет.

Туннельный синдром карпального канала отмечен в 33 (71,7%) случаях, Гийонова канала - в 7 (15,2%) наблюдениях, сочетанного поражения срединного и локтевого нервов - в 6 (13,1%) случаях.

Причиной туннельного синдрома у 11 пациентов явилась тупая травма с нарастающей гематомой, у 13 - нераспознанная сочетанная костно-сосудистая травма, у 17 - после восстановления кровотока, у 5 - в результате сдавления сосудисто-нервного пучка сместившимися суставными концами при переломо-вывихах.

Нами проводились общеклинические, рентгенологические, ультрасонографические и электромиографические исследования.

В клинике туннельных синдромов в зависимости от пораженного нерва преобладали парестезии в зонах иннервации, боли постоянного тупого характера, отек сегмента конечности, гипотрофия мышц кисти и сгибательная контрактура пальцев при затянувшемся процессе. Усиление парестезий при поколачивании по ходу пораженных нервов с иррадиацией болей в локтевую ямку (симптом Тиннеля) отмечен практически у всех больных.

Всем больным произведены оперативные вмешательства с использованием оптического увеличения и прецизионной техники, направленные на декомпрессию и улучшение кровоснабжения нервных стволов: фасциотомия, вскрытие карпального или Гийонова канала, невролиз, пластика нерва аутонервным трансплантатом, удаление опухолей. Больным назначались прямые антикоагулянты, дезагреганты, конечности придавалось возвышенное положение.

В послеоперационном периоде у пациентов уменьшался болевой и отечный синдромы, парестезии, улучшалась функция кисти.

Благодаря проводимым мероприятиям у 41 (89,1%) больного получены хорошие результаты. У 4 пациентов отмечены выраженные дегенеративные изменения конечности, требующе ряда дополнительных операций и длительного реабилитационного лечения. У 1 (2,2%) больного в связи с возникшими гнойно-септическими осложнениями произведена ампутация конечности на уровне предплечья.

Таким образом, лечение туннельных синдромов верхних конечностей необходимо проводить в специализированных отделениях, выбор объема хирургического вмешательства должно быть индивидуальным и обоснованным, что позволит улучшить функциональные результаты.

Кавалерский Г.М., Сметанин С.М., Грицюк А.А., Середа А.П.
Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
г.Москва, Россия

СЛУЧАЙ МЕГАЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Актуальность работы. Показать трудность диагностики костной опухоли, возможность замещения костного дефекта и восстановление функции нижней конечности путем мегаэндопротезирования тазобедренного сустава.

Часто костная опухоль выявляется только при патологическом переломе. Выполненный внутренний остеосинтез стабилизирует костные отломки, однако со временем опухолевый процесс прогрессирует, происходит резорбция костной ткани, что в свою очередь ведет к несостоятельной фиксации, формированию костного дефекта и возникновению боли. При значительных циркулярных дефектах проксимального отдела бедренной кости невозможно использование не только стандартных ножек для первичного эндопротезирования, но и применение ревизионных систем не всегда может решить поставленные задачи. Основным их недостатком является отсутствие интраоперационной возможности для замещения возникшего дефекта кости после резекции опухоли, изменения длины сегмента, угла антеверсии шейки, возможности рефиксации мышц. В данном случае возникает необходимость в мегаэндопротезировании тазобедренного сустава сборным эндопротезом (например, Mutars (Implant Cast) и др.).

В литературе имеются единичные зарубежные публикации по мегаэндопротезированию тазобедренного сустава. Одни авторы замещали костный дефект проксимального отдела бедренной кости, другие - целиком бедренную кость при ее тотальном поражении. Естественно, мегаэндопротезирование будет сопровождаться большим риском осложнений. По зарубежным данным частота асептического расшатывания компонентов составляет до 30%, глубоких инфекционных осложнений - до 20%, вывиха головки эндопротеза - до 15%.

В 2012 году в клинике травматологии, ортопедии и патологии суставов ПМГМУ им. И.М. Сеченова проходила лечение пациентка 44 лет с диагнозом - остеобластокластома проксимального отдела правой бедренной кости, патологический перелом в условиях остеосинтеза клинковой пластиной. Травма в 2007 году, упала на улице. Диагностирован чрезвертельный перелом. Выполнен остеосинтез клинковой пластиной. В течение 3 лет боли не беспокоили.

Ввиду отсутствия онкологического анамнеза, предшествующей травмы и четкой рентгенологической картины перелома компьютерная томография не проводилась. Однако не выявленный патологический очаг прогрессировал, костный дефект увеличился, возник патологический перелом и несостоятельность внутреннего остеосинтеза. В клинике выполнена операция - удаление остеобластокластомы, мегаэндопротезирование проксимального отдела бедра и тазобедренного сустава эндопротезом Mutars фирмы Implant Cast. Во время операции выполнена поперечная остеотомия бедренной кости непосредственно ниже пластины. Бедренная кость с опухолью, пластиной, вертелами, шейкой и головкой, окружающими мягкими тканями иссечена единым блоком по принципу абластичности. Размер удаленного костно-мягкотканного блока составил 28 на 15 сантиметров. Дефект бедренной кости - 27 сантиметров. Ножка эндопротеза установлена при помощи press-fit фиксации. В дальнейшем длина эндопротеза увеличена до необходимой при помощи блоков. Шейка эндопротеза может быть фиксирована к ножке под любым углом, что дает возможность изменить угол антеверсии. Чашка установлена стандартная под наклоном 45 гр. и антеверсией 10 гр. Для увеличения объема движений, уменьшения вероятности вывиха использовалась головка диаметра 36 мм с парой трения металл-металл. После установки компонентов мегаэндопротеза вокруг импланта и к тазовой кости вокруг вертлужного компонента был фиксирован реконструктивный чехол, который служит для рефиксации мышц и в дальнейшем представит собой капсулу нового сустава. Послеоперационный период протекал без особенностей. Осмотрена через год после

операции. Жалоб не предъявляет. Ходит без дополнительной опоры.

Обсуждение. При возникновении перелома от незначительной травмы со стороны врача необходима онко-настороженность, особенно если имеется онкологический анамнез или на рентгенограммах возможно заподозрить патологический характер перелома.

Таким образом, ранее выявленная костная опухоль кардинально меняет оперативную тактику, где помимо остеосинтеза необходимо решить вопрос о радикальном удалении патологического очага и его замещении. При поздно диагностированной костной опухоли дефект кости увеличивается при прогрессировании процесса, что в дальнейшем потребует более сложного его замещения. Мегаэндопротезирование тазобедренного сустава при значительных дефектах проксимального отдела бедренной кости позволяет заместить образовавшийся дефект кости, а возможность рефиксации мышц позволяет максимально полно восстановить функцию нижней конечности.

Кармазиненко Ю.А., Чернышова А.В., Игнатенко О.Ю., Борецкая Е.А.

Буландынская ЦРБ
НИИ травматологии и ортопедии
г.Астана, Республика Казахстан

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

Цель исследования. Изучение уровня IL-4 и INF-γ в сыворотке крови при хроническом остеомиелите у больных с разным уровнем общего иммуноглобулина Е.

Обследовано 26 больных в возрасте от 20 до 55 лет с хроническим остеомиелитом в стадии обострения. Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от уровня IgE:

- первую группу составили 19 больных с уровнем IgE (выше 150 МЕ/мл),
- вторую - 7 пациентов с нормальными значениями указанного иммуноглобулина (130 МЕ/мл).

В контрольную группу вошли 10 доноров без гнойно-воспалительных заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты исследования. Содержания IL-4 показали достоверное его повышение по сравнению с контрольной группой, как у больных с повышенными, так и нормальными значениями общего IgE. Повышение уровня IL-4 в сыворотке крови больных свидетельствуют о вовлечении этого цитокина в процесс воспаления при хроническом остеомиелите. Известно, что некоторые бактерии способны выключать процессы антителообразования через индукцию факторов, препятствующих активации Т-клеток. Не исключено, что повышение уровня IL-4 является одним из звеньев в цепочке иммунного ответа, приводящего к отсутствию или снижению цитотоксичности Т-лимфоцитов и макрофагов при хроническом остеомиелите. Вероятно, IL-4 стимулирует пролиферацию тимоцитов и Т-клеток и вызывает рост тучных клеток при развитии и течении воспаления при хроническом остеомиелите, и таким образом, играет центральную роль в модуляции иммунного ответа.

Результаты нашего исследования, указывают на отсутствие корреляции уровня IL-4, INF-γ с уровнем общего IgE. Вероятно, что отсутствие статистически значимых отличий в этих группах обусловлено межклеточным характером действия данных цитокинов и различной кинетикой синтеза указанных субстанций. Таким образом, определение уровня IL-4 и INF-γ как цитокинов, ответственных за выработку IgE в сыворотке крови, не имеет диагностического значения для выявления механизмов повышения IgE при хроническом остеомиелите.

В ходе изучения уровня ИФНγ установлено достоверное его повышение, по сравнению с контрольной группой, как у больных с повышенными, так и нормальными значениями общего IgE. Известно, что ИФНγ способствует более эффективному уничтожению макрофагами внутриклеточных микроорганизмов т.е. является мощным активатором макрофагов. Однако, нарушения в клеточном и гуморальном иммунитете при остеомиелите приводят к снижению фагоцитарной активности. Вероятно, что повышение уровня ИФН-γ у больных с хроническим остеомиелитом, является специфической реакцией организма, приводящей к активации макрофагов. Не исключено, что повышение концентрации ИФНγ является одним из этапов в каскаде реакций, ведущих к повышению возможностей специфической и неспецифической защиты организма, и, ограничивающих развитие воспаления при хроническом остеомиелите.

Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнения, что цитокины являются важнейшими

факторами иммунопатогенеза. А изучение уровня цитокинов - медиаторов иммунитета - позволяет получить информацию о функциональной активности различных типов иммунокомпетентных клеток и делать вывод о характере течения гнойно-воспалительного процесса.

Королев С.Г., Васильченко Е.М., Кислова А.С., Жатько О.В.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Первичное протезирование после ампутации нижней конечности вследствие заболеваний сосудов является функциональным только у части пациентов. Выявление групп пациентов с негативным прогнозом протезирования важно для своевременной адаптации к креслу-коляске.

Цель исследования. Оценить факторы, влияющие на функциональность протезирования после ампутации нижней конечности вследствие заболеваний периферических артерий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 пациентов после ампутации нижней конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий и сахарного диабета, поступивших в отделение сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России на первичное протезирование в период с января 2010 года по декабрь 2012 года. Из них было 83 мужчины (83%) и 17 женщин (17%). Средний возраст мужчин составил 60 лет (интервал 37-79 лет). Средний возраст женщин составил 63 года (интервал 46-81 год). Ампутация бедра выполнена у 69 пациентов, голени - у 31 пациента. При отборе пациентов на первичное протезирование определяли наличие контрактур коленных и тазобедренных суставов. Пациентам, имевшим ограничение движений в коленном суставе более 30° и в тазобедренном суставе - более 20° было рекомендовано пройти курс лечебной гимнастики и ортопедических укладок для увеличения объема движений. При наличии менее выраженных контрактур пациент госпитализировался для первичного протезирования.

Достигнутый уровень протезирования определяли через 4-6 месяцев после выдачи пациенту лечебно-тренировочного протеза согласно классификации P. Narang и I. Pohjolainen, в которой оценивается уровень пользования протезом в зависимости от применения вспомогательных средств, времени и условий пользования протезом. Информация об использовании протеза пациентом получена при поступлении в клинику для этапной замены приемной гильзы, путем заочного анкетирования или опроса по телефону.

Цифровой материал обработан с использованием стандартных методов описательной статистики. Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот в двух независимых выборках использовался критерий Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p<0,05$. Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ «STATISTICA» (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США лицензионное соглашение N SN AXAAR207P396130FA-0).

Результаты исследования. Функциональное протезирование выявлено у 65% пациентов: у 56 (67,5%) мужчин и 9 (52,9%) женщин. Нефункциональное протезирование выявлено у 27 (32,5%) мужчин и 8 (47,1%) женщин. Наличие контрактур коленного и тазобедренного суставов значительного влияния на функциональность протезирования не оказало. Так у мужчин контрактуры отмечались в 36,1% случаев при функциональном протезировании и в 16,8% случаев при нефункциональном ($p>0,05$). У женщин контрактуры были выявлены в 29,4% случаях, как при функциональном, так и при нефункциональном протезировании. Средний возраст мужчин при функциональном протезировании составил 59 лет, женщин - 60 лет; при нефункциональном протезировании средний возраст мужчин составил 61 год, женщин - 69 лет ($p<0,05$).

Выводы.

Поступающие на первичное протезирование пациенты после ампутации нижней конечности

вследствие заболеваний периферических артерий значительно разняться по полу, возрасту, тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Это сказывается на способности пациентов выполнять определенные действия.

Пациенты с изначально более высокими функциональными способностями чаще достигали относительно высоких результатов протезирования. Наличие умеренных контрактур крупных суставов не влияло на результаты протезирования. В свою очередь пожилой возраст пациентов негативно влияет на функциональность протезирования, что отчетливо проявляется в группе женщин. При нефункциональном протезировании половина женщин была в возрасте старше 70 лет и при наличии протеза передвигались только в кресле-коляске. Выявленные закономерности необходимо учитывать при оказании протезно-ортопедической помощи. Пациентам с негативным прогнозом функциональности протезирования следует пройти курс адаптации к креслу-коляске.

Косарев В.А., Требущенко Н.В., Колобкова Т.А., Соколов К.В., Дусматов Т.Д., Берман А.М.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ

Частым осложнением ампутации нижних конечностей по поводу травмы является нагноение. Среди пациентов, поступающих на первичное протезирование, поражения культи гнойного характера встречались по нашим данным от 10 до 30% (лигатурные свищи, трофические язвы, остеомиелиты). Большинство больных имеют длительные сроки существования гнойного процесса, причем в части случаев гнойный процесс существовал с момента выхода из стационара, что объяснимо низким социальным статусом данной группы.

Условием проведения протезирования является санирование гнойного процесса, что, как правило, требует длительного пребывания больного в стационаре. Осложнения при проведении санирующих операций по нашим данным встречаются в 21%. Большой процент осложнений обуславливает необходимость изучения вызывающей их микрофлоры. Литературные данные о видовом составе возбудителей гнойных заболеваний культей нижних конечностей у больных, перенесших травму немногочисленны.

Работа выполнена на базе ортопедического отделения, специализирующегося на оказании помощи пациентам с культями нижних конечностей. Был проведен ретроспективный анализ результатов исследования клинического материала, полученного от 443 пациентов. В исследование включены посевы гнойного отделяемого из ран культей нижних конечностей за период с 2005-2012 гг. Забор клинического материала осуществляли в соответствии с общепринятыми методами исследования и существующими стандартными методиками.

Выявлено, что наиболее частыми возбудителями гнойных осложнений являлись грамположительные микроорганизмы, на долю которых приходится более 60%. Доля S. aureus в разные годы за анализируемый период колебался от 39% до 56%. Данный вид микроорганизмов чаще всего выделялся в монокультуре. Все изолированные штаммы S. aureus были чувствительны к ванкомицину. Метициллрезистентные S. aureus (MRSA) за последние годы имеют тенденцию к увеличению удельного веса среди всех выделяемых микроорганизмов данного вида (от 18,1% в 2005 г. до 38,7% в 2012 г.). Инфекции кожи и мягких тканей, вызванные внебольничными MRSA, обычно ассоциируются с неэффективностью лечения беталактамными антибиотиками, рецидивирующим тяжелым течением с формированием абсцессов, флегмон, глубоких некрозов при отсутствии предрасполагающих факторов (иммуносупрессия), что также наблюдалось и в нашем исследовании. Здесь можно отметить, что частота выделения MRSA в нашем ортопедическом отделении по сравнению с другими ортопедическими стационарами несколько ниже (10,3-20,6% против 25%) (Пхаридзе Т.Я., 2008 г.). За анализируемый период проявляли чувствительность к эритромицину и клиндамицину - 51% MRSA, к ципрофлоксацину - 40%. Резистентность к рифампицину встречалась в 13%. Дважды из ран были изолированы одновременно 2 различных

штамма S. aureus с различной антибиотикочувствительностью.

При инфекциях кожи и мягких тканей достаточно часто выделяли коагулазонегативные стафилококки (от 4,5% до 23,7%), а также Enterococcus spp. (от 1,7% до 5,2%), в основном Enterococcus faecalis. Указанные виды бактерий в большинстве случаев выделяли в составе различных ассоциаций и очень редко в виде монокультуры.

На третьем месте (от 5% до 10% в разные годы) по частоте выделения из ран у ортопедических больных находятся различные виды энтереобактерий, из которых стабильно преобладает P.mirabilis. Представители данного семейства чаще выделялись в составе ассоциаций. Нужно отметить, что количество энтеробактерий, продуцирующих бета-лактамазы ежегодно увеличивается.

В микробном пейзаже раневого отделяемого не последнее место ежегодно занимают неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОБы). Прослеживается рост выделения Ps. aeruginosa (от 3,4% до 6,9%). В 2011 г. и 2012 г. впервые изолированы Acinebatobacter baumannii (1,9% и 3,4%). При оценке чувствительности к антибиотикам НГОБов выявлялись штаммы, обладающие резистентностью ко всем антибиотикам, диски с которыми имеются в распоряжении нашей лаборатории. Высокий уровень чувствительности Ps. aeruginosa сохраняла к карбопенемам (выше - к меропенему), тазоциму, сульперазону. Из аминогликозидов ниже резистентность к амикацину. К цефепиму и цефтазидиму чувствительность наблюдалась чаще других антипсевдомонадных цефалоспоринов. Устойчивы к ципрофлоксацину были - 41% штаммов.

Среди бета-гемолитических стрептококков с одинаковой частотой встречаются Str. гр.А и Str. гр.В (2,6%). Эти микроорганизмы в основном выделялись в ассоциациях. Анаэробные микроорганизмы (р. Fusobacterium - 1,7% и пептококки - 4,5%) выделялись также в составе микробных ассоциаций.

Выводы.

Выялены различия в видовом составе микроорганизмов, изолируемых из гнойных очагов на культях нижних конечностей у пациентов с посттравматическими ампутационными дефектами. В целом прослеживается рост выявления полирезистентных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Существующие отличия в микробном составе у пациентов данной группы необходимо учитывать при назначении антибактериальной терапии.

Круглыхин И.В., Бондаренко А.В.
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Наиболее часто повреждения таза встречаются при политравме (ПТ). В КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул» с 2000 по 2011 гг. пролечено 7985 пациентов с ПТ, из них у 1792 (22,4%) были повреждения таза. В этот же период с изолированными повреждениями таза лечилось 468 больных, что составило 20,7% от общего числа пациентов с травмой таза (2260). Это подчеркивает важность проблемы тазовых повреждений при ПТ.

Для предупреждения фатальных осложнений пострадавшие с ПТ как можно раньше должны быть активизированы. Известно, что результаты лечения ПТ напрямую зависят от мобильности пациентов, их возможности самостоятельно передвигаться. Для обеспечения этого, в первую очередь, необходим стабильный остеосинтез тазового кольца.

Цель исследования. Определить частоту и особенности лечения повреждений таза при политравме.

Материалы и методы исследования. Из 1792 пострадавших мужчин было 977 (54,5%), женщин 815 (45,5%). Возраст колебался от 1-го года до 92 лет. Медиана равнялась 40 годам, интерквартильный размах от 25 до 51 года. Средний возраст мужчин - 38 лет, женщин - 42 года. Увеличение среднего возраста у женщин связано с большим числом пострадавших от наездов на пешеходов.

Неработающих лиц трудоспособного возраста - 558 (31,1%), учащихся, студентов и пенсионеров - 600 (33,5%), пациентов рабочих профессий - 334 (18,6%), служащих -

287 (16%), дошкольников - 13 (0,7%). Причинами ПТ чаще всего служили транспортные происшествия - 1213 (67,7%) случаев, падения с высоты - 385 (21,5%), сдавления таза тяжелыми предметами - 117 (6,5%), прочие - 77 (4,3%). Сочетанная травма отмечена у 1411 (78,7%), множественные повреждения - у 177 (9,9%), комбинированные - у 10 (0,6%).

Согласно шкале ISS, тяжесть ПТ менее 17 баллов констатирована у 374 (20,9%) пострадавших, от 17 до 25 баллов - у 581 (32,4%), от 26 до 40 баллов - у 399 (22,3%), свыше 40 - у 438 (24,4%). В большинстве случаев преобладала тяжелая ПТ.

Повреждения тазового кольца (сегмент 61 по AO/ASIF) отмечались у 1512 (84,3%) пациентов. Переломы вертлужной впадины (сегмент 62) - у 280 (15,6%). Повреждения тазового кольца, ассоциированные с переломами вертлужной впадины (сегменты 61 и 62) - у 44 (2,5%). Всего нестабильные повреждения тазового кольца (61-B и 61-C) отмечены у 718 (47,5%), из них, открытые - у 118 (7,8%).

При диагностике повреждений использовали стандартную рентгенограмму (AP) таза, а также входа (inlet) и выхода (outlet) из малого таза. При переломах вертлужной впадины использовали косые подвздошную и запирательную проекции тазобедренного сустава. В последнее время при всех повреждениях таза выполняли компьютерную томографию с 3D реконструкцией.

Результаты и обсуждение исследования. Консервативно, в положении по Волковичу прошли лечение 1182 (66%) пациента, у большинства из них отмечались стабильные повреждения тазового кольца. При нестабильных переломах у 178 (9,9%) человек использовали чрескостный остеосинтез аппаратами наружной фиксации (АНФ), у 365 (20,4%) - внутренний, у 67 (3,7%) - комбинированный. Последний часто использовали в случаях, если масса тела пострадавшего превышала 80 кг, а рост 180 см.

При переломах вертлужной впадины скелетное вытяжение использовали у 92 (32,8%), остеосинтез АНФ - у 24 (8,6%). При значительных смещениях у 73 (26,1%) пациентов применяли закрытую репозицию с чрескожным введением канюлированных винтов, у 91 (32,5%) - открытую репозицию с последующим погружным остеосинтезом винтами и пластинами.

Средние сроки пребывания в стационаре при повреждениях таза равнялись 32 дням. Умерло 316 пациентов, госпитальная летальность составила 17,6%.

Кучерова Л.В., Солнышко М.А., Леденева И.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ВО II ПЕРИОДЕ

Переломы лодыжек - это один из наиболее распространенных внутрисуставных переломов скелета человека. По отношению ко всем переломам голени они составляют 35-40%. Переломы лодыжек в большинстве случаев являются следствием непрямой травмы. Клинические признаки: боль, отек, нарушение двигательной функции голеностопного сустава, опорной функции конечности. Лечебная физкультура - обязательный компонент лечения, так как способствует восстановлению функций опорно - двигательного аппарата.

Весь курс ЛФК условно разделяют на 3 периода:

- иммобилизационный,
- постиммобилизационный
- восстановительный.

Рассмотрим один из периодов ЛФК.

II период - постиммобилизационный до 6 недель этот период рассматривает:

- Общие задачи - уменьшение болевого синдрома, нормализация трофики ткани в области травмы, профилактика травматического плоскостопия и развития деформации стопы.

- Специальные задачи - увеличение подвижности и эластичности, мягкотканых периартикулярных тканей, расслабление и укрепление околосуставных мышечных групп, улучшение движений в голеностопном суставе, профилактика тугоподвижности, борьба с отечностью поврежденной ноги.

В постиммобилизационном периоде увеличивают дозировку общеукрепляющих упражнений, в занятия включают статические и динамические дыхательные и общеразвивающие упражнения, охватывающие все мышечные группы, включая симметричную конечность.

Применяют разнообразные исходные положения: лежа на спине, животе; сидя, опираясь стопами о пол; сидя стопы на вису; сидя на гимнастическом мяче, стоя у гимнастической стенки. Подготавливают к переходу в ИП стоя, обучают передвижению с помощью костылей, восстанавливают нормальную осанку. Для поврежденной конечности применяют активные гимнастические упражнения в облегченном ИП, которые чередуют с упражнениями на расслабление. Для восстановления силы мышц используют упражнения с сопротивлением, с отягощением, с предметами, с гимнастическими снарядами, у гимнастической стенки. Акцент упражнений делают на восстановление амплитуды движения в суставах поврежденной конечности: разработка, маятниковые движения, тренировка правильного стереотипа ходьбы.

Упражнения делятся на общие и специальные упражнения. Упражнения выполняют в щадящем - тренирующем режиме, со средней нагрузкой с постепенным нарастанием, начинают выполнять в медленном темпе увеличивая до среднего. Интенсивность повторений 8-10 раз. В этом периоде пациенту рекомендуют правильно принимать исходное положение при выполнении упражнений, упражнения выполнять под контролем болевых ощущений, с паузами для отдыха, не допуская переутомления. Для профилактики отека стопы после физической и осевой нагрузки, рекомендуется отдых по 10-15 минут 3-4 раза в день, приподняв ноги под углом 120-130° в тазобедренных суставах. Процедура лечебной гимнастики выполняется 1 раз в день под руководством инструктора ЛФК 15-30 мин. и 2-3 раза в день по 15 мин. самостоятельно.

Липина М.М., Макаров М.А., Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Макаров С.А., Павлов В.П., Коломацкий В.В., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н.
ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН
г.Москва, Россия

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА СИНОВИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СИНОВЭКТОМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Несмотря, на совершенствование тактики базисной противовоспалительной терапии и внедрение в клиническую практику генно-инженерных биологических препаратов, случаи резистентного к лечению синовита отдельных суставов являются нередкими. Своевременное определение показаний к хирургическому удалению синовиальной оболочки (синовэктомии) и оценка факторов риска рецидива синовита направлена на эффективное подавление воспалительного процесса в коленном суставе, предотвращение дальнейшей его деструкции, уменьшение боли и улучшение функции сустава.

Цель исследования. Оценить вероятность развития рецидива синовита коленного сустава в послеоперационном периоде при наличии или отсутствии БПВТ.

Материалы и методы исследования. 124 тотальные артроскопические синовэктомии (ТАСЭ) коленного сустава у 108 пациентов с РА. Средний срок наблюдения 4,5±2,5 года, средний возраст 41,7±14,3 лет.

Клинические признаки рецидива синовита наблюдались в 20% случаев (25 коленных суставов), в среднем, через 10,8±5,1 месяцев после операции (от 0,5 до 2 лет). У 12,8% рецидив возник на фоне обострения РА. Назначение БПВП у этих пациентов впервые происходило довольно поздно: через 3,5±1,8 лет от начала заболевания, прием их не был длительным и систематическим.

В качестве БПВП чаще всего (48%) пациенты с рецидивом получали метотрексат в максимальной дозе 10 мг/нед. ГК системно получали 36% больных. 28% пациентам назначались генно-инженерные биологические препараты (инфликсимаб). Для определения различий в вероятности развития рецидива синовита в зависимости от наличия терапии применили кривые Каплана-Майера.

Результаты исследования. При отсутствии терапии к 24 месяцу после операции количество

больных с рецидивами синовита более 80% (F критерий Кокса=1,69495, $p<10^{-5}$).

Выводы.

БПВТ является значимым фактором риска развития рецидива синовита коленного сустава после АСЭ.

Лукьянов В.В., Бондаренко А.В., Волощенко К.А., Зубенко К.О.
КГБУЗ «Городская больница N 1»
г.Барнаул, Россия

КОМБИНИРОВАННАЯ ТРАВМА МИРНОГО ВРЕМЕНИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Комбинированной травмой (КомбТ) - называют повреждения, полученные в результате воздействия различных травмирующих факторов (механических, термических, химических и т.д).

Цель исследования. Определить заболеваемость, распространенность, характер и структуру комбинированной травмы в крупном городе.

С 2000 по 2011 гг. было доставлено и госпитализировано 100 пострадавших с комбинированной травмой, из них мужчин - 80 (80%), женщин - 20 (20%). Медиана возраста составила 35 лет, интерквартильный размах - от 25 до 60 лет.

Причинами комбинированной травмы чаще всего служили дорожно-транспортные происшествия (ДТП) - 41 (41%) случай, реже встречались производственные травмы - 32 (32%), бытовые травмы - 27 (27%).

С поверхностным ожогом было 38, глубокими - 52 пострадавших.

Наиболее часто отмечалось сочетание ОДС и ожоги - 42 (42%), реже встречалось сочетание ЧМТ и ожоги - 28 (28%), реже сочетание ожоги, ЧМТ и ОДС - 12 (12%), значительно реже сочетание повреждений ожоги, ЧМТ, ОДС и ВО - 8 (8%), сочетание повреждений ожоги, ОДС и ВО - 6 (6%), ожоги и ВО - 4 (4%).

Выбор метода фиксации переломов зависел, прежде всего, от расположения ожоговых ран на поверхности конечности. Главная задача при этом заключалась в создании благоприятных условий для консолидации перелома, не препятствующих нормальным процессам заживления ожоговых ран. При переломах идентичной с ожогами локализации предпочтению отдается аппаратам внешней фиксации (АВФ). АВФ применялись у 43 пациентов. При переломах различных с ожогами локализации методом выбора являлся интрамедуллярный остеосинтез гвоздем с блокированием. Данный метод лечения использовался у 25 пациентов.

При анализе летальности нами решено оценивать госпитальную и догоспитальную летальность в совокупности. Из поступивших в стационар умерло 12 (12%). По данным КГБУЗ «Алтайское краевое бюро СМЭ» за период с 2001 по 2011 гг. от КомбТ на догоспитальном этапе погибли еще 4 пострадавших. Таким образом, летальность при КомбТ в г. Барнауле составила 15%.

Структура летальности представлена следующим образом:

- ожоговый шок отмечен в 6 случаях;
- сепсис - 7;
- полиорганная недостаточность - 3.

Таким образом, комбинированные термомеханические повреждения представляют собой редкую травму в мирное время.

На выбор метода лечения костной травмы у обожженных влияют глубина, площадь ожоговых ран и локализация переломов. В частности погружной остеосинтез может быть с успехом применен у больных ожогом различной локализацией или в поздний период после заживления ожоговых ран. При значительной площади ожога ведущим методом является внеочаговый остеосинтез.

У пострадавших с комбинированной травмой летальность составляет 15%. Основной причиной смерти является развитие ожогового шока, сепсиса.

Макаров М.А., Макаров С.А., Храмов А.Э., Вардикова Г.Н., Павлов В.П.
ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН РФ
г.Москва, Россия

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

Оперативное лечение больных ревматоидным артритом (РА) связано с повышением риска различного вида осложнений. Это обусловлено недостаточным купированием воспалительного процесса, множеством вариантов течения заболевания, сниженной физической активностью, тяжестью функциональных нарушений, развитием остеопороза, длительной терапией глюкокортикоидами, болезнь-модифицирующими и генно-инженерными биологическими препаратами, которые способствуют замедлению заживления послеоперационной раны, развитию венозных тромбозов и инфекционных осложнений, повышению риска перипротезных переломов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ местных осложнений эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов у больных РА и остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 1577 пациентов РА и ОА, которым в период с 1998 по 2013 годы были выполнены 1793 операции эндопротезирования тазобедренных (n=1123) и коленных (n=670) суставов в отделении ревмоортопедии ФГБУ НИИР РАМН.

Результаты исследования. Выявлено 128 местных осложнений. Из них 84 (66%) у больных РА, 44 (34%) - ОА. Осложнения включали:

- 40 (32%) - перипротезные переломы, включая переломы верхушки большого вертела (24 (19%) у больных РА, 16 (13%) - ОА),
- 19 (15%) - осложнения со стороны раны (16 (13%) - РА, 3 (2%) - ОА),
- 13 (10%) - несостоятельность связочного аппарата (10 (8%) РА, 3 (2%) ОА),
- 7 (5%) - вывих головки эндопротеза (5 (4%) - РА, 2 (1%) - ОА),
- 8 (6%) - нейропатия седалищного нерва (5 (4%) - РА, 3 (2%) - ОА),
- 41 (32%) - осложнения, потребовавшие проведения ревизионных операций (в том числе инфекционные) - (24 (19%) - РА, 17 (13%) - ОА).

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

Выводы.

Полученные результаты подтверждают, что оперативное лечение пациентов с РА требует особого подхода, который заключается в грамотном медикаментозном ведении пациента совместно с ревматологом и бережном обращении с костью и окружающими тканями во время операции.

Милюков А.Ю., Конев С.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Одним из тяжелых повреждений в структуре политравмы являются повреждения тазового кольца и вертлужной впадины, встречающиеся до 10% от общего числа травм. Новые возможности в диагностике повреждений вертлужной впадины представляет спиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Представлен анализ результатов лучевого обследования 269 пациентов с повреждениями вертлужной впадины при политравме. Комплексная лучевая диагностика включала обзорную

рентгенографию таза, спиральную компьютерную томографию таза и магнитно-резонансную томографию тазобедренных суставов. Для определения типа повреждения вертлужной впадины использовали классификацию, разработанную в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». Степень стабильности тазобедренного сустава определяли авторскими планиметрическими методами.

Были выявлены значимые отличия количества диагностируемых повреждений области тазобедренного сустава у пациентов при проведении комплексной лучевой диагностики, в сравнении с данными обзорной рентгенографии таза. Повреждения тазобедренного сустава у пациентов при политравме в соответствии с оригинальной классификацией, разработанной в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» показали, что наиболее часто регистрировали нестабильные повреждения - в 64,6% случаев.

Комплексная лучевая диагностика, с использованием авторских методов на основе планиметрических показателей, позволяет определять процент повреждения площади вертлужной впадины и коэффициент ее разрушения, что дает возможность оптимизировать тактику лечения.

Мироманов А.М., Миронова О.Б., Гусев К.А.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

К сожалению, в последнее десятилетие отмечается тенденция к росту доброкачественных новообразований проксимального отдела бедренной кости. Проведение обширных оперативных вмешательств, в том числе и тотальной артропластики бедра, является нежелательным первым шагом у данной группы больных вследствие их молодого возраста. В настоящее время более предпочтительно использовать малоинвазивные альтернативные хирургические методы лечения.

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения методом чрескожной остеофеморопластики у пациентов с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 6 пациентов в возрасте от 15 до 43 лет с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости. Из них у 4 пациентов диагностирована костная киста шейки и головки бедренной кости и в 2 случаях - локальная фиброзная дисплазия вертельной области бедра.

Пациентам проводилось стандартное обследование, включая выполнение компьютерной томографии, стинциграфии. Всем больным выполнялась трепанбиопсия образований, интраоперационное цитологическое исследование биоптата с последующей чрескожной остеофеморопластикой дефектов инъекционным синтетическим остеоиндуктивным костным трансплантатом. Срок наблюдения у 4 пациентов составил 2 года и в 2 случаях 1 год. Для оценки эффективности проводимого лечения использована модифицированная шкала Харриса. Тестирование проводилось всем больным перед оперативным вмешательством, при выписке из стационара и через 1 год после оперативного лечения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 и Microsoft Office Exell 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - $ч^2$. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что цитологическое и гистологическое заключения во всех случаях подтвердили предполагаемый клинический диагноз. В раннем послеоперационном периоде у больных каких-либо осложнений не зафиксировано. При контрольном осмотре пациентов через 1 и 2 года после оперативного вмешательства отмечалось отсутствие клинических проявлений заболевания и практически полное восстановление нормальной архитектоники пораженного отдела бедренной кости.

При оценке по шкале Харриса средний балл до операции у больных составил 32,3±4,1, при выписке из стационара средний балл увеличился до 55,3±3,7 - хороший результат лечения, тогда как через год этот показатель увеличивался до 72±4,6 баллов, что указывает на отличный результат проведенного лечения ($p<0,05$). Заключение. Использование данной методики позволяет не только вызывать гибель новообразованных клеток, не прибегая к широким хирургическим

доступам с полным удалением патологического очага, но и полностью восстанавливать нормальную архитектуру кости, что может позволить в будущем использовать любые хирургические способы для данной анатомической области.

Обухов С.Ю., Синица Н.С., Довгаль Д.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Переломы диафиза бедра относятся к частым повреждениям опорно-двигательного аппарата у детей, резко ухудшают качество жизни и приводят к тяжелой степени нарушения жизнедеятельности ребенка, поэтому выбор оптимальной тактики лечения, применение малоинвазивных методов является важным моментом в улучшении функциональных результатов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения закрытых диафизарных переломов бедренной кости у детей.

Материалы и методы исследования. С закрытыми диафизарными переломами бедра со смещением отломков находилось на лечении 178 детей, из них мальчиков 119, девочек 59. Пролечено 89 иногородних больных, из которых 46 доставлены бригадой постоянной готовности центра. По возрасту, дети распределены следующим образом:

- от 0 до 3-х лет - 34 ребенка,
- от 3-х до 7 лет - 65 детей,
- старше 8 лет - 79 детей.

Основным механизмом травмы являлись дорожно-транспортные происшествия - 68 детей, бытовые - 46 детей, уличные - 34 ребенка, падение с высоты - 29 детей. У 111 детей отмечено изолированное повреждение бедра, сочетание с черепно-мозговой травмой у 48 детей, с переломами других костей у 38 детей, повреждения внутренних органов у 11 детей, электротравма - 2 ребенка и перелом 2-х бедер отмечался у 4-х детей. 88 детям потребовалось оперативное лечение, что составило 52% от всех госпитализированных с диафизарными переломами бедра.

Основными методами лечения при переломах бедра со смещением у детей в детском отделении травматологии и ортопедии являлись скелетное вытяжение, накостный остеосинтез металлическими пластинами и эластично-стабильный интрамедуллярный остеосинтез. Скелетное вытяжение на имеющихся в отделении функциональных системах проводилось у 72 детей, в том числе у всех детей в возрасте до 3-х лет вытяжение осуществлялось путем проведения 2-х перекрещивающихся спиц Киршнера в дистальной трети голени, с фиксацией их в кольце от аппарата Илизарова, вытяжение в положении над головой (типа Шеде), что исключило возможность миграции спиц. В 3% случаев при выписке потребовалась дополнительная иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой.

У детей старшего возраста скелетное вытяжение выполнялось стандартно с проведением спиц через надмыщелковую область поврежденного бедра или ниже основания бугристости большеберцовой кости голени и пяточную кость. Спицы фиксировали в скобах ЦИТО. Вытяжение проводилось на функциональных системах с демпферными возможностями. Дополнительная иммобилизация тазобедренными гипсовыми повязками при выписке потребовалась в 15% случаев. Учитывая значительную длительность стационарного лечения и неприемлемое на сегодняшний день снижение качества жизни пациента, как на стационарном, так и амбулаторном этапах лечения в течении последних 5 лет в отделении практически полностью отказались от применения консервативных методов лечения при диафизарных переломах бедренной кости у детей. Накостный остеосинтез отличается надежной фиксацией отломков, что позволяет отказаться от наложения гипсовой повязки, восстановить безболезненную функцию конечности в ранние сроки после операции.

Один из современных вариантов накостного остеосинтеза - при помощи набора АО. Высокая стабильность этого варианта остеосинтеза является основным его преимуществом, но обеспечивая идеальную репозицию костных отломков, он является самым травматичным с биологической точки

зрения и по литературным данным при лечении острой травмы у детей применяется достаточно редко. Накостный остеосинтез выполнен у 42 детей. С 2003 года в детском отделении травматологии и ортопедии применяется метод с использованием стабильных внутрикостных напряженных стержней для лечения закрытых диафизарных переломов бедренной кости у детей по методике ESIN (elastic-stable intramedullary nailing) эластично стабильный интрамедуллярный остеосинтез. Пролечено 46 детей с закрытыми переломами диафиза бедренной кости.

Операции выполнялись на ортопедическом столе под контролем электронно-оптического преобразователя для контроля закрытой репозиции и проведения стержня по костно-мозговому каналу. У 4-х пациентов остеосинтез одномоментно был выполнен на 2-х и более сегментах. Дополнительная иммобилизация не проводилась. Мальчиков 30, девочек 16. Возраст детей от 2 до 15 лет. Изолированные повреждения отмечались в 30 случаях, 16 детей оперированы с политравмой, во всех случаях имела место тяжелая черепно-мозговая травма, что в первую очередь диктовало необходимость ранней активизации больного.

Результаты и обсуждение. За критерии оценки результатов лечения взяты: клиническая эффективность, безопасность лечения и качество жизни пациентов с учетом ограничения жизнедеятельности. Отдаленные результаты оценены в сроки от 2 до 14 лет и оценивались с учетом как субъективных, так и объективных критериев, включая таблицы опросники, адаптированные для детского возраста, использование клинико-рентгенологических данных. Во всех случаях отмечено достижение сращения переломов с хорошими и отличными результатами лечения. Гнойно-воспалительных осложнений не было. Средний срок пребывания больных при изолированных переломах составил 14 дней при интрамедуллярном остеосинтезе, включая проведение ранней реабилитации и обучение ходьбе с дополнительной опорой на костыли, с восстановлением полного объема движений в смежных суставах. При накостном остеосинтезе 16 дней с восстановлением объема движений в коленном суставе до 90°. Фиксаторы удалялись в сроки от 4 до 6 месяцев при интрамедуллярном остеосинтезе и от 6 до 12 месяцев после накостного остеосинтеза. Движения в суставах восстановлены в полном объеме, остаточной деформации, клинически значимого укорочения, удлинения конечности и нарушения походки не отмечено.

Выводы.

1. Применение консервативных методов лечения при диафизарных переломах бедренной кости у детей на данном этапе развития хирургии повреждений детского возраста является неоправданными в связи с длительными сроками лечения и высокой степенью снижения качества жизни.

2. Применение оперативных методов способствует быстрому восстановлению функциональных возможностей поврежденного сегмента.

3. Эластично-стабильный интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости, обеспечивая малоинвазивную стабилизацию является методом выбора при планировании проведения оперативного лечения у детей.

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±5,2 г после операции. Проводилось клиническое и рентгенологическое исследование оперированного сустава, оценка функции и КЖ по опросникам Mayo Elbow Score , Oxford Elbow Score, HAQ, EQ 5D.

Результаты исследования. При контрольном обследовании отмечено увеличение объема движений в локтевом суставе по сравнению с дооперационными показателями. До операции сгибание 96,3±21,6°, после операции - 127,5±11,7° ($p \leq 0,05$). Разгибание в локтевом суставе

до операции 37,1±8,7°, после 17,3±6,9° (p≤ 0,05).

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

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

Попов В.П., Трухачев И.Г., Здрелько В.П., Ростовцев А.В., Епишин В.В.

Клиническая больница № 81 ЗАТО Северск
г.Северск
Больница скорой медицинской помощи г.Томска
г.Томск, Россия

НАКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОАКТИВНЫХ И БИОИНЕРТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

К осложнениям при накостном остеосинтезе нередко приводят негативные реакции, происходящие на границе имплантат-кость. Устранить такие недостатки позволяют имплантаты, изготовленные из титана и титановых сплавов. С помощью электрохимических методов на их поверхности формируют широкий ассортимент изделий, отличающихся между собой различными биологическими свойствами от биоинертных, до остеокондуктивных и остеоиндуктивных.

Применение конструкций с кальций-фосфатными покрытиями, усиливших стабильность аппаратов внешней фиксации, создали предпосылки для использования таких материалов при других видах остеосинтеза.

Цель исследования. Внедрить для накостного остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей имплантаты с биоактивным кальций-фосфатным покрытием и провести сравнительную оценку клинической эффективности с биоинертыми материалами.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе оперативного лечения 1265 больных: с закрытыми переломами бедренной (n=440), большеберцовой (n=532) и плечевой (293) костей. Повреждения типа С составили - 44,7%, В - 29,2%, А - 26,1%. Использованы имплантаты, разработанные в КНПО «Биотехника, Томск и «Boneneo» ФМБА, Москва. Остеосинтез одной группе больных (n=672) проводили титановыми пластинами, покрытыми оксидом титана, другой (n=593) - биоактивными, с кальций-фосфатным покрытием. Результаты оценивали по критериям Muller C.A. et al, Constant C.R., Murley A.H.G..

Результаты исследования. При использовании имплантатов с биоинертными покрытиями консолидация получена у 97,7%. Только в 2,3% случаев сращение перелома не наступило и сформировался ложный сустав. В 94,0% случаях удалось полностью восстановить длину конечности, угловые и ротационные отклонения оси конечности. Нейроваскуляторные нарушения отсутствовали у 68,5% человек. У остальных были умеренные (28,4%) или выраженные (3,1%) сосудистые изменения.

В группе больных, в лечении которых использованы биоактивные титановые пластины сращение перелома отмечено у 99,3%. У большинства пострадавших (74,5%) отсутствовали нейроваскуляторные нарушения, у 24,6% имелись умеренные отеки поврежденного сегмента конечности, у 0,9% - выраженные сосудистые и нейрогенные изменения.

Оценка функционального состояния плечевого сустава по балльной шкале Constant&Murley показала эффективность использования титановых пластин с биоактивным покрытием. Через 2 месяца после операции получено 37,7% отличных и хороших результатов, 52,2% - удовлетворительных,

плохих - 10,1%. Через 4 месяца отличных и хороших было 73,9%, удовлетворительных - 21,0%, неудовлетворительных - 5,1%. Стабильное состояние костных отломков и благоприятное течение репаративных процессов значительно снижало болевой синдром и создавало возможность проведения ранней реабилитации. Через 2 месяца после операции, отведение в плечевом суставе у пациентов, оперированных в этой группе больных составило 150,4±1,9°. Через 4 месяца этот показатель стал равен - 171,7±1,8°. Способность к силовым нагрузкам нормализовалась после наступления консолидации перелома и завершения реабилитации.

Хороший клинический эффект достигнут у 75,2% с применением пластин с биоактивным покрытием и 61,2% при применении металлоконструкций с биоинертным покрытием. Неудовлетворительные результаты составили 5,9% и 14,0% соответственно.

Наиболее частыми осложнениями являлись контрактуры суставов. К ограничению подвижности приводили тяжелые внутрисуставные переломы, позднее начало и невозможность заниматься восстановительным лечением, особенно у пожилых больных и лиц с излишним весом. Замедленная консолидация наблюдалась у 11,0% больных, оперированных биоинертными пластинами и 5,1% с биоактивными, причинами которой явились недостаточная адаптация костных отломков и неустраненный костный дефект, нарушенное кровоснабжение при обширной отслойки надкостницы, нестабильность остеосинтеза и развитие инфекции. Потеря стабильности была обусловлена механическим повреждением пластины при ранней функциональной нагрузке или уменьшением прочности костной ткани, вследствие остеопороза.

Выводы.

1. Использование пластин, покрытыми оксидом титана обеспечивают сращение переломов у 97,7% больных с наличием через 4 месяца после операции боли разной интенсивности у 23%, нарушением функции в смежных суставах у 36,2%, не восстановленной походки у 46,6%.

2. Внедрение для накостного остеосинтеза имплантатов с кальций-фосфатным покрытием позволяет получить консолидацию у 99,3% пациентов, при сохранении болевого синдрома у 9,5% с нарушением функции в суставах у 24,2% и походки у 20,4%.

3. Металлоконструкции с биоактивными кальций-фосфатными покрытиями дают достоверно более хороший клинический эффект, по сравнению с биоинертными пластинами, снижая уровень неудовлетворительных результатов в виде формирования контрактур, замедленного сращения и ложных суставов.

Ревкович А.С., Рыжиков Д.В.
ФГБУ Новосибирский НИИТО
г.Новосибирск, Россия

ОПЫТ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО В ЛЕЧЕНИИ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Косолапость относится к часто встречаемым патологиям в детской ортопедии. По данным различных авторов, с врожденной..... косолапостью рождается от одного до 3-х детей на тысячу новорожденных (Волков С.Е., 1999, Gourineni V., 1998). Тяжелые формы косолапости (типичные формы в виде изолированного порока и атипичные формы в комплексе других пороков) при отсутствии или нерациональном выборе типа лечения ведут к инвалидизации пациента, грубо нарушая физическую активность и трудоспособность. Определенным прорывом в лечении данной группы больных стал метод И. Понсети, который стремительно входит в медицинскую практику на территории нашей страны. Метод, при точном выполнении всех этапов лечения, эффективен в 94-96% случаев по заключению автора (Ponseti I.V., 2000), но у детей старше 2,5 лет с атипичными, ригидными формами косолапости (например, при артрогрипозе) и, особенно, при наличии предшествующего оперативного лечения, однозначного мнения по тактике ведения на данный момент времени нет.

Цель исследования. Разработка и научное обоснование дифференцированного подхода и алгоритма лечения типичной и атипичной формы косолапости у детей и подростков в зависимости от степени выраженности деформации, формы и возраста пациента.

Материалы и методы исследования. Консервативное лечение классической методикой

И. Понсети несомненно эффективно у детей до трех летнего возраста. У пациентов старшей возрастной группы ригидность деформации, обусловленная различными факторами (проводимое ранее лечение, нагрузка стопы в порочном положении) не позволяет добиться гиперкоррекции оригинальным методом. В связи с этим нами разработан (утверждена медицинская технология ФС 2011-233) дифференцированный подход и алгоритм лечения типичной и атипичной форм косолапости в зависимости от различных критериев.

Особого внимания заслуживает атипичной формы косолапость, так как они являются рецидивоопасными и требуют особого подхода в лечении (более длительный этап выведения стопы в положение гиперкоррекции, сложность в удержании достигнутой коррекции, более частые контрольные осмотры). Почти пятилетний опыт применения данного алгоритма подтверждает его высокую эффективность у детей и подростков.

Мы используем следующие методы лечения:

- при наличии мобильного приведения стопы, отсутствии или наличии в пределах 10-15° варусного компонента - выполняется парциальная транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы с последующей гипсовой иммобилизацией и брейсованием.

- при наличии ригидного приведения, варусного компонента пяточной кости, без эквинусного компонента - выполняется корригирующая клиновидная остеотомия костей предплюсны с гипсовой иммобилизацией.

- при выраженном, ригидном варусном компоненте, приведении переднего отдела стопы (стоп), значительном эквинусном компоненте - проводится коррекция деформации аппаратом внешней фиксации. После демонтажа аппарата проводится этапное гипсование с выведением стопы в гиперкоррекцию, брейсование.

- при наличии коалиции подтаранного, таранно-ладьевидного суставов - выполняется корригирующая остеотомия костей предплюсны, с последующим артродезом синостозированных суставов в положении коррекции с гипсовой иммобилизацией. После данной операции ношение брейсов не требуется.

Наблюдения показывают стабильные результаты, функциональную сохранность суставов стоп.

Результаты исследования. Метод начал применяться нами с июня 2009 года у больных с рассматриваемой патологией. В течении трех лет в детской клинике НИИТО проходили лечение 145 детей с рассматриваемой патологией. Из них мальчиков было 88, девочек 57. Правосторонняя форма - 57, левосторонняя - 21, двухсторонняя - 67. Лечение начинали в большинстве из случаев в возрасте до 3 месяцев. Возрастные группы: от 0-12 месяцев 98 пациентов, от 1-2,5 лет 25, от 2,5 лет и старше - 22 пациента. В среднем, через 3-5 этапов гипсования по классической методике Понсети достигалась практически полная коррекция всех элементов косолапости. Пролеченные нами дети находятся в процессе ношения брейсов. В 16 случаях применялся способ лечения косолапости при помощи аппарата чрескостной фиксации. В 8 случаев выполнялась корригирующая остеотомия костей предплюсны с костной аутопластикой.

Выводы.

Наши результаты показывают, что алгоритмизированный подход позволяет дифференцированно подходить к лечению косолапости у детей и подростков в зависимости от степени выраженности деформации, формы и возраста пациента, и получать стабильно хорошие результаты лечения.

Рогальников Н.Н.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СЛУЧАЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ОТТА-ХРОБАКА

Болезнь Отта-Хробака (артрокатадиз тазобедренного сустава), продавливание вертлужной впадины, протрузия впадины (protrusion acetabuli). Под влиянием различных причин дно вертлужной впадины, не выдерживая давления головки, продавливается в полость таза. Продавливание может возникнуть в результате рахита, коксартроза как проявление инволютивных изменений при остеопорозе престарелых. На рентгенограмме: углубление вертлужной впадины, дно которой в

виде массивного холмистого образования вдается в полость малого таза, значительно суживая родовой канал. Выпячивание дна впадины обнаруживается над пограничной линией таза (linea terminalis pelvis), вследствие чего контуры «слезы» Kohler деформируются или полностью исчезают. Описанные изменения развиваются, вероятно, на почве наследственного предрасположения; протрузия обычно бывает семейной, двусторонней, особенно часто у женщин. Деформация известна также под названием коксартротического таза артрокатадиза (arthrokatadysis). В противоположность продавливанию вертлужной впадины может наблюдаться утолщение дна впадины, которое разрастается со стороны таза. Наблюдается утолщение дна впадины при первичном хроническом артрите тазобедренного сустава, при болезни Paget и других. Почти каждое из известных заболеваний костей и суставов может обусловить поражение тазобедренного сустава. Распознавание заболевания, если проведено тщательное исследование больного, обычно трудностей не представляет. Известные диагностические затруднения возникают в ранних стадиях некоторых заболеваний, начальные симптомы которых могут быть не ясными. В большинстве таких случаев диагноз может быть поставлен только после рентгенологического контроля (рентгенография, МСКТ, МРТ, КТ - исследования).

Клинический пример: болезнь Отта-Хробака.

Пациент С., 30.12.87 г.р. поступил на лечение в отделение ортопедии ФГЛПУ «НКЦОЗШ» с жалобами на боли и ограничение движений в левом тазобедренном суставе. Пациента с детства беспокоили боли в обоих тазобедренных суставах, больше слева. В 2004 году пациент отмечает травму (падение на левый тазобедренный сустав),после чего боли в области левого т/бедренного сустава усилились, присоединилось ограничение движений в левом тазобедренном суставе.

В отделении пациент был обследован. Локальный осмотр: Левый тазобедренный сустав находится в положении сгибания под углом 145°. Разгибание в левом тазобедренном суставе отсутствуют. Сгибание до угла 90°. На рентгенограммах левого тазобедренного сустава выявлено: головка левого бедра на $^1/_3$ находится в полости малого таза и блокирована в дне вертлужной впадины.

После предварительной предоперационной подготовки 07.12.2005г. пациенту выполнена операция тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава эндопротезом ЭСИ. Во время операции выявлено, что головка глубоко погружена в вертлужной впадине. После удаления головки при ревизии вертлужной впадины выявлено, что дно впадины резко истончено, легко проминается, учитывая такое состояние впадины решено провести пластику дна вертлужной впадины. Головка левого бедра измельчена, костная крошка уложена на дно впадины. Толщина костной прокладки составила 1 см.

После обработки дна вертлужной впадины, была имплантирована винтовая чашка ЭСИ, дополнительно фиксированна спонгиозным винтом. Фиксация чашки стабильна. Без технических трудностей была имплантирована ножка эндопротеза. Установлена головка. Вывих вправлен. Тенденции к подвывиху нет.

На контрольных рентгенограммах левого тазобедренного сустава состояние эндопротеза удовлетворительное. Послеоперационный период протекал без особенностей. С первых суток пациент был проконсультирован реабилитологом, занимался ЛФК для разработки движений в левом тазобедренном суставе, проводилась активизация пациента. На 16 сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии был выписан из отделения для дальнейшего наблюдения у травматолога по месту жительства. Пациент прошел полный курс реабилитации, в настоящее время объем движений в левом тазобедренном суставе полный, безболезненный.

Роскидайло А.А., Макаров М.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Амирджанова В.Н.

Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г.Москва, Россия

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ СИНОВЭКТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА (КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У 16 ПАЦИЕНТОВ)

Цель исследования. Оценить эффективность артроскопической синовэктомии локтевого сустава и качество жизни (КЖ) пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. 16 пациентам с РА с рецидивирующим синовитом локтевого сустава, резистентным к консервативному лечению была выполнена субтотальная синовэктомия локтевого сустава. Все пациенты имели 1, 2, 3 класс артрита по рентгенологической классификации Larsen. Проводилось клиническое и рентгенологическое исследование оперированного сустава, оценка функции и КЖ по опросникам Mayo Elbow Score, Oxford Elbow Score, HAQ, EQ 5D. Оценка боли проводилась по визуальной аналоговой шкале.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 40,5±13,25 лет (от 18 до 57), 8 мужчин, 8 женщин. В 50% случаев пациенты были серопозитивными. Средняя длительность РА составила 7,87±6,37 лет. Симптомы поражения локтевого сустава в среднем беспокоили 2,25±1,62 года. В 100% случаев были жалобы на боль, синовит и контрактуру ЛС. Среднее время наблюдения составило 12,5±5,2 месяцев (от 7 до 22).

При контрольном обследовании отмечено увеличение объема движений в локтевом суставе по сравнению с дооперационными показателями. До операции сгибание 114,4±7,6°, после операции - 127,5±11,7° ($p \leq 0,05$). Разгибание в локтевом суставе до операции 27,5±8,7°, после 2,3±4,9° ($p \leq 0,05$). Отмечено улучшение функции сустава по опросникам Mayo и Oxford. Среднее значение индекса Mayo до и после операции 48,75/93,12 балла. Среднее значение индекса Oxford - 18,5/38,8 баллов соответственно. Среднее значение индекса HAQ уменьшилось с 1,59 до 0,84. Индекс КЖ EQ-5D до операции составил 0,23±0,028 баллов, после операции 0,72±0,08.

После операции боль в пораженном локтевом суставе уменьшилась более, чем в 5 раз. ВАШ до и после операции 61,25/8,75 ($p \leq 0,01$).

Выводы.

Артроскопическая синовэктомия ЛС у больных РА с эффективно приводит к уменьшению боли, увеличению объема движений, улучшению функционального состояния и КЖ.

Рыбников А.В., Бялик Е.И., Макаров С.А., Семенова М.Н.
ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН
г.Москва, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей при операциях эндопротезирования коленного и тазобедренного сустава наблюдаются в 42-65% случаев.

Цель исследования. Оценить эффективность оральных антикоагулянтов в послеоперационном периоде у больных РЗ.

Материалы и методы исследования. Исследовали 158 пациентов с ревматическими заболеваниями с поражениями коленного и тазобедренного сустава, оперированных в отделении травматологии-ортопедии ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН за 2012-2013 гг. У 63 больных мы проводили профилактику тромбоэмболических осложнений пероральным антикоагулянтом - прямым ингибитором тромбина Дабигатрана этексилатом (Прадаксой). У 95 больных использовали ингибитор Ха фактора - ривароксабан (Ксарелто). Первый прием Прадаксы (110 мг) или Ксарелто (10 мг) осуществляли в первые сутки после операции. Далее пациенты принимали Прадаксу по 220 мг (2 капсулы) 1 раз в сутки или Ксарелто по 10 мг в сутки однократно в течение 28-35 дней. Осуществляли контроль эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений при помощи ультразвукового триплексного ангиосканирования. Первое ультразвуковое ангиосканирование проводили на 3 сутки после операции и далее повторяли еженедельно.

Результаты и обсуждение. У 59 (93,6%) больных, принимавших Прадаксу на еженедельном ультразвуковом ангиосканировании тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. У четырех пациентов (6,3%), необоснованная ранняя отмена Прадаксы через 15 суток после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (амбулаторно) повлекло развитие флотирующего илеофеморального тромбоза. Среди пациентов, принимавших Ксарелто, окклюзионный

тромбоз бедренной вены с контрлатеральной стороны развился у одной пациентки (1,05%). Причина: поздний прием (с 3-х суток) назначенного препарата. В послеоперационном периоде кровотечений отмечено не было.

Выводы.

Прадакса и Ксарелто являются эффективными и удобными препаратами для профилактики ВТЭО у пациентов с РЗ в раннем послеоперационном периоде, однако требуются дальнейшие исследования по применению данных препаратов у пациентов с РЗ.

Рыжих Е.Е., Солнышко М.А., Леденева И.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеов»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ВПРАВЛЕННОМ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Это самый подвижный сустав в теле человека. Он поворачивается во многих направлениях, поэтому он подвержен вывихам. Вывихи плеча составляют 60% от всех вывихов. Анатомо-физиологические особенности плечевого сустава объясняют частоту вывихов. Различают несколько видов вывихов плеча: приобретенные, нетравматические, травматологические. Показания к ЛФК после вправления вывиха плеча: боль после снятия иммобилизации, отечность, приводящая контрактура плечевого сустава.

Различают несколько периодов лечебной гимнастики: период иммобилизации - который включает следующие задачи: создание оптимальных условий для формирования прочного соединительнотканного рубца, профилактика гипотрофии мышц плечевого пояса, улучшение кровообращения в пораженной конечности. Основным средством в этом периоде лечебной гимнастики являются:

- дыхательные, общетонизирующие, общеукрепляющие упражнения;
- специальные гимнастические упражнения;
- изометрические упражнения для пальцев поврежденной руки. Механотерапия (артрамот).

Упражнения выполняются в щадящем режиме, постепенно увеличивая нагрузку от малой до средней амплитуде, в медленном темпе с постепенным нарастанием, повторяя - 5-10 раз каждое упражнение, а весь комплекс упражнений 3 раза в день, в исходных положениях лежа, сидя. Занятия проводятся индивидуальным методом.

2 период - он делится на:

- ранний постиммобилизационный (до 1,5 мес. после травмы);
- поздний постиммобилизационный (до 3 мес.).

В раннем периоде выполняют следующие задачи: укрепление мышц капсульно-связочного аппарата, улучшение питания мышечной ткани и суставной сумки, устранение контрактур, увеличение амплитуды движений в пораженной конечности.

Используются предупреждающие растягивания капсулы сустава, включая исходные положения: лежа на спине, лежа на здоровом боку, сидя на стуле, стоя перед зеркалом. Для увеличения объема движений без мышечного напряжения в суставе назначается разработка плечевого сустава и локтевого на аппарате артромот.

Для поддержания тонуса мышц выполняются упражнения с самосопротивлением. Для увеличения амплитуды используются активные движения, чередуя их упражнениями с самопомощью и с легкими предметами (гимнастическая палочка, мяч). Специальные упражнения на увеличения амплитуды движений и укрепления мышц чередуется с дыхательными статическими и динамическими упражнениями. Используются лечебные укладки на отведения плеча, продолжительность определяется индивидуально. При вывихе плеча необходимо укрепления мышц, поворачивающие плечо кнаружи. Особое внимание на укрепление передней зубчатой мышцы. Необходимо выполнять упражнения со зрительным контролем перед зеркалом. Упражнения выполняются в щадяще-тренирующем режиме, со средней нагрузкой, в медленном темпе с постепенным нарастанием, повторяя 5-10 раз каждое упражнение, а весь комплекс 3 раза в день самостоятельно.

Поздний постиммобилизационный период: продолжается 2-3 месяца, выполняются следующие задачи: восстановление организованных, координированных движений в пораженной конечности. Восстановление мышечной силы и увеличение выносливости при длительных статических и динамических нагрузках мышц плеча и плечевого пояса. Восстановление профессиональных двигательных навыков. Применяют общеразвивающие, общетонизирующие упражнения; изометрические упражнения; специальные и прикладные упражнения; лечение положением; механотерапия; (артрамот).

Упражнения выполняются в щадяще-тренирующем режиме, нагрузка от средней до максимальной, в среднем темпе. Интенсивность повторов 5-10 раз продолжительностью 30 минут. Выполняя в исходных положениях - сидя на стуле, стоя перед зеркалом, стоя у опоры.

Пациенту рекомендуют: правильно принимать исходные положения при выполнении упражнений. Положение рук, ног и их движения определяются по отношению к туловищу. Упражнения выполнять, стараясь почувствовать растяжение и напряжение мышц до терпимой боли. Начинать упражнения с малой нагрузкой, постепенно увеличивая ее. Выполнять упражнения, соизмеряя со своими возможностями. Исключить круговые движения руками во избежание повторного вывиха. Каждое упражнение с усилием должно чередоваться с расслаблением. Дыхание при занятиях должно быть естественным, спокойным.

Свешников А.А., Хвостова С.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ В РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ

Понятно стремление врача ортопеда-травматолога, хорошо владеющего методом чрескостного остеосинтеза, лечить больных быстро и качественно. Некоторые врачи стремятся даже устанавливать средние сроки лечения. Но на них можно ориентироваться только в том случае, если все другие органы и системы функционируют нормально. Но боль в ране после травмы и наложения аппарата или постоянная импульсация из тканей, растягиваемых при уравнивании длины укороченной конечности, а также ограничение физической активности формируют очаг стойкого возбуждения в коре головного мозга, вызывают ощущение боли, порой сильной, которая нарушает сон, отрицательно воздействует на психику больных. О наличии стрессовой ситуации свидетельствует повышенная концентрация АКТГ, соматотропина, кортикостероидов (кортизол, альдостерон). Подобная ситуация поддерживает возбуждение в лимбической системе, уменьшается продукция кортиколиберинов. В такой ситуации существенно снижается аппетит и эвакуаторная функция желудка, а также всасывание в кишечнике.

Изменения в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) приводят к достаточно выраженным изменениям в костях. Поэтому врачу ортопеду-травматологу всегда следует хорошо знать, с какими сопутствующими заболеваниями поступают больные. С этой целью для обоснованного определения времени сращения перелома или снятия аппарата после уравнивания длины врожденно укороченной конечности нами проводится всесторонняя оценка функционального состояния внутренних органов.

Наряду с обследованием на аппаратах УЗИ мы оценивали состояние ЖКТ на эмиссионном компьютерном томографе фирмы «Сименс». Для этого в манную кашу добавляли коллоидные препараты, выпускаемые фирмой «CIS» (Франция), которые метили диагностическими количествами ^{99m}Tc.

Вот какие данные мы получили при обследовании больных в возрасте 20-50 лет из отдела травмы, а также из отделений уравнивания длины врожденно укороченной конечности и регуляции роста. Возраст больных 20-30 лет.

Состояние ЖКТ у поступивших больных после травмы. У 20% лиц изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Признаки хронического панкреатита были у 10%, хронического холецистита - 20%, хронического гепатохолецистита - у10%, мочекаменной болезни - у 22%.

У 7% больных (из числа практически здоровых лиц) в течение первых 7-10 дней отмечено уменьшение концентрации инсулина и гастрина. Снижение гастрина тормозит выработку инсулина

и кальцитонина, снижается трофический эффект на поверхность слизистой желудка.

Состояние ЖКТ у ортопедических больных. Если какое-то заболевание (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, пиелонефрит) было диагностировано до поступления в клинику, то время лечения было заведомо большим. Основная причина - медленное насыщение места перелома минеральными веществами.

У 44% больных ахондроплазией при поступлении изменения были в виде хронического холецистита, деформации тела желчного пузыря, хронического панкреатита. У некоторых больных в процессе лечения отмечено обострение хронического холецистита и панкреатита. Такие изменения приводили к слабой минерализации регенерата и удлинению срока лечения по сравнению с принятыми.

Выводы.

Прежде чем делать попытку установить сроки сращения перелома или время формирования регенерата при уравнивании длины врожденно укороченной конечности, необходимо тщательно обследовать у больных функциональное состояние внутренних органов, которое может существенно влиять на активность репаративного костеобразования.

Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ЗАВИСИМОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

Обследовали 38 больных после тяжелых травм нижней конечности. Минеральную плотность костей скелета (МПК) измеряли на костном денситоме тре. Клубочковую фильтрацию, канальцевую секрецию, сосудистое русло почек, объем функционирующей паренхимы изучали методом динамической реносцинтиграфии на эмиссионном фотонном компьютерном томографе фирмы «Siemens» после внутривенного введения пентатеха, меченого по ^{99m}Tc.

Концентрацию альдостерона и ангиотензина-II определяли в крови методом радиоиммунологического анализа с помощью наборов фирмы «CIS bio international» (Франция). Для расшифровки изменений устанавливали концентрацию АКТГ, паратиреоидного гормона и циклических нуклеотидов. Частым висцеральным проявлением переломов бывает посттравматическая артериальная гипертензия. Поэтому мы изучили состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Результаты исследования. Изменение функции почек во всех группах выражалось в увеличении васкулярного и секреторного сегментов кривой, а также равновесия между процессами секреции и экскреции, в снижении эвакуаторной способности и гипотонии чашечно-лоханочной системы.

Изучение концентрации циклических нуклеотидов в плазме крови выявило повышение уровня цГМФ на второй неделе дистракции, стимулирующее освобождение лизосомальных энзимов и гистамина. Одновременно выше нормы была концентрация паратиреоидного гормона, что приводило к повышенному поступлению в почечные канальцы кальция и, как следствие этого, нарушение выделительной функции почек.

На четвертой неделе дистракции МПК была одинаковой (0,46±0,04 г/см^2, ($p<0,05$) при измененной и неизмененной функции. Снижение МПК (0,41±0,03 г/см^2, ($p<0,01$) выявлено только в конце лечения. Восстановление МПК происходило по 0,2% за каждую неделю наблюдения (при нормальной функции почек - 0,25%). После снятия аппарата при ранее нарушенной функции нормализация МПК отмечалась через 8 месяцев и ее величина составляла 0,48±0,03 г/см^2 ($p>0,1$), в то время как без нарушения функции - на 4-м месяце.

Концентрация альдостерона в первые 4-5 ч после перелома была увеличена в 4,0 раза, а к концу суток уже начинала снижаться до 3,5 раз. К 7-му дню установлено дальнейшее его уменьшение (2,5 раза). На 14-й день она была больше нормы в 1,6 раза, на 3-4 неделях снижалась более медленными темпами. К концу последующих 2-х недель медленно происходила нормализация концентрации альдостерона. В момент снятия аппарата концентрация его была выше нормы на 10%.

Концентрация ангиотензина-II на 7-й день после травмы возрастала до 6,0±0,2 нг/мл.

На 14-й день выявлена тенденция к его снижению (5,2±0,3 нг/мл). С 21-го дня уменьшение содержания ангиотензина-II происходило более быстрыми темпами (3,9±0,1 нг/мл). На 30-й день концентрация ангиотензина-II была равна 2,4±0,1 нг/мл. Нормализация отмечена с 45-го дня после перелома.

При расшифровке механизма изменений функции почек обнаружен дисбаланс: на первой неделе дистракции возрастала концентрация цАМФ, а на второй - цГМФ. Повышенный уровень цГМФ стимулировал освобождение лизосомальных энзимов и гистамина. Учитывая, что одновременно выше нормы была концентрация паратирина, то следствием этого было повышенное поступление в почечные канальцы кальция и, как следствие этого, нарушение выделительной функции почек. Имело значение и повышенное содержание альдостерона, что приводило к развитию асептической воспалительной реакции, в том числе и в канальцах почек. Альдостерон также усиливал выведение калия из организма, что сопровождалось увеличением гидрофильности тканей и повышением тонуса сосудистых стенок.

Выводы.

Выявленные изменения функционального состояния почек, концентрации остеотропных гормонов, циклических нуклеотидов и связанного с ними фосфорно-кальциевого обмена требуют своевременного диагностирования и коррекции. В этом случае можно добиться оптимизации течения репаративного процесса. Снижается риск развития осложнений. В условиях нормально функционирующих почек МПК в месте перелома восстанавливалась на 45-й день, а при нарушенной - на 60-й.

Семенов А.Л., Рыжиков Д.В., Губина Е.В., Ревкович А.С.
ФГБУ «ННИИТО» Минздравсоцразвития России
г.Новосибирск, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫМ РЕГРЕССОМ В НОВОСИБИРСКОМ НИИТО

Цель исследования. Разработать алгоритм лечения пациентов с крестцово-копчиковым регрессом, определить необходимый уровень специализации клиники, определить перспективы вертикализации и социальной адаптации пациентов.

Актуальность. Крестцово-копчиковый регресс (Синдром Ашара-Фуа-Крузона) относится к тяжелым и редким порокам развития вызывающим тяжелую инвалидизацию пациентов и имеет сложность в уходе и реабилитации.

Этот порок развития конечного отдела позвоночника, как правило, осложняется неврологическим дефицитом, нарушением функции тазовых органов, недоразвитием прямой кишки, пороками мочевыводящей системы, вывихами бедренных костей и контрактурами суставов нижних конечностей, деформациями стоп. Реже недоразвитие или отсутствие крестцово-копчиковых позвонков бывает неосложненным.

Учитывая различные клинические формы синдрома каудальной регрессии, появились классификации данной врожденной аномалии развития. Первая из них предложена в 1978 году T.S. Renshaw, который описал 4 варианта порока:

1 тип (A) - полная или частичная односторонняя сакральная агенезия: тазовое кольцо и люмбосакральное сочленение интактны, отсутствует позвоночно-тазовая нестабильность. Односторонняя агенезия крестца приводит к перекосу таза и поясничному сколиозу. У больных с 1 типом каудальной регрессии может встречаться эквино-варусная деформация стоп и неврологический дефицит в виде выпадения чувствительности в соответствии с поражением крестцовых корешков.

2 тип (B) - неполная сакральная агенезия с частичным, но двухсторонним дефектом, стабильным суставом между подвздошными костями и нормальным или гипопластичным S1 позвонком. Позвоночно-тазовое сочленение у пациентов данной группы обычно стабильно. Деформация позвоночника у таких пациентов приобретает прогрессирующий характер и требует хирургической коррекции. В неврологической картине отмечаются парезы или параличи нижних конечностей без нарушения чувствительности. Деформации коленных суставов и стоп выражены умеренно. Большинство больных передвигается самостоятельно.

3 тип (C) - вариабельная поясничная и полная крестцовая агенезия, при которой подвздошные

кости соединяются с боковыми поверхностями последнего позвонка. У пациентов данной группы позвоночно-тазовое сочленение относительно стабильное. В процессе роста и развития ребенка наблюдается прогрессирующий кифоз или сколиоз. В неврологическом статусе имеют место двигательные нарушения с уровня вертебрального дефекта. Отмечаются вывихи бедер, контрактуры коленных суставов и деформация стоп, требующие оперативного лечения. Больные не могут передвигаться без ортезов и костылей.

4 тип (D) - вариабельная поясничная и полная сакральная агенезия, когда каудальная пластинка самого нижнего позвонка располагается над сочленением подвздошных костей. Этот тип представляет собой классическую форму синдрома каудальной регрессии или люмбосакральной агенезии. Для пациентов характерно положение в «позе Будды», низкий рост, выраженная диспропорциональность грудной клетки и таза. Имеется отчетливая нестабильность таза. В положении сидя таз максимально приближен к грудной клетке спереди. Почти у всех пациентов развивается кифотическая или кифосколиотическая деформация. Движения в тазобедренных суставах резко ограничены из-за выраженных сгибательно-отводящих контрактур. Сгибательные контрактуры коленных суставов часто сочетаются с характерными парусовидными подколенными складками, так называемыми «птеригиумами». Как правило, наблюдаются фиксированные эквино-варусные деформации стоп.

Оперативное ортопедическое лечение представляет серьезные сложности в связи с наличием сочетанной патологией и необходимостью вмешательства в раннем возрасте для получения наиболее благоприятных результатов.

Материалы и методы исследования. В детской клинике ННИИТО под наблюдением находятся четверо пациентов с крестцово-копчиковым регрессом, сочетанной патологией тазобедренных суставов (двусторонние вывихи и подвывихи) и стоп (плоско-вальгусная деформация стоп с вертикальным положением таранной кости или эквино-варо-приведенная деформация стоп).

Два ребенка с третьим типом регресса (C), два ребенка четвертого типа регресса (D) по классификации T.S. Renshaw (1978).

Двое (пациентка Г. возраст 5 лет; третий тип, пациентка Б. возраст 2 года; четвертый тип) из них прошли запланированный объем этапного хирургического лечения в условиях клиники.

Двое находятся в процессе лечения (пациентка К. возраст 6 лет; четвертый тип) - стабилизированы тазобедренные суставы, не устранена контрактура коленного сустава и деформация стоп, (пациентка Т. возраст 5 лет; третий тип) - стабилизированы тазобедренные суставы, устранена деформация стоп, в настоящее время медицинская пауза.

Лечение пациентов было разделено на три этапа: стабилизация тазобедренных суставов, коррекция деформации стоп, стабилизация поясничного отдела позвоночника.

Проведенные операции: первый этап - операция Солтера, открытое вправление бедра, второй этап - операция Куммера-Коуэла-Рамсея при плоско-вальгусной деформации стоп и лечение методом Понцети эквино-варо-приведенной деформации стоп.

Продолжительность медицинской паузы между этапами в среднем 3 месяца.

Этапы стабилизации тазобедренных суставов и затем коррекции деформации стоп выполнялись симультанно двумя бригадами хирургов. Послеоперационный период протекал без особенностей, переливания препаратов крови не проводилось, иммобилизация гипсовыми повязками и ортопедической обувью (ортезы, брейсы).

Последовательность этапов определялась степенью выраженности дисплазии тазобедренных суставов и нарушения опорности стоп, возможностью установки вертебрологического инструментария.

Результаты исследования. Все дети после обследования по месту жительства изначально считались бесперспективными к вертикализации и самостоятельной ходьбе. В настоящее время один пациент передвигается самостоятельно с помощью дополнительных опор (ходунки, пациентка Г.), одна девочка в процессе восстановления после стабилизации позвоночника, находится в специальной ортопедической обуви (пациентка Б. в условиях брейсов) ограничивающих передвижение, но с сохраненной вертикальной нагрузкой.

Двое пациентов не прошедших заключительный этап вертикализированы в условиях ортопедических ортезов для профилактики гиподинамических расстройств, потери мышечной массы, остеопороза.

У всех пациентов отмечается положительная динамика со стороны приобретения новых

двигательных навыков и адаптации к сидению и стоянию.

Обсуждение. На наш взгляд ортопедическое лечение детей с данным пороком должно быть начато в ранние сроки амбулаторно, сразу после стабилизации соматического состояния в объеме устранения (уменьшения) деформации стоп, функциональной терапии для суставов конечностей, применения отводящих фиксаторов при нестабильности тазобедренных суставов с ранней рентгенологической диагностикой и определением динамики развития опорно-двигательного аппарата. В возрасте 1,5-2-х лет в условиях специализированного стационара детской ортопедии показано хирургическое лечение: устранение вывихов тазобедренных суставов и коррекция деформации стоп. С 2-3-х летнего возраста считаем целесообразным этап стабилизации поясничного отдела позвоночника для максимального использования адаптивных возможностей

Синица Н.С., Довгаль Д.А., Обухов С.Ю.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Представлен анализ результатов лечения 101 ребенка с политравмой. Скелетная травма разной степени тяжести имелась у 78 детей. У 52 (66%) детей скелетная травма потребовала оперативного лечения на 69 сегментах. Основными методами лечения являлись:

- накостный на 17 сегментах,
- чрескостный остеосинтез на 25 сегментах,
- гибкий интрамедулярный остеосинтез на 27 сегментах.

Результаты исследования показывают, что раннее оперативное лечение скелетной травмы у детей, является одним из факторов, которые способствуют быстрому анатомо-функциональному восстановлению.

В последнее время, в связи с непрерывным техническим прогрессом и увеличением количества транспорта в структуре детского травматизма увеличивается количество больных с политравмой. Что определяет одно из основных направлений в современной медицине - политравма. Доминанта определяется не только увеличением количества пострадавших, но и тяжестью состояния, большой вариабельностью повреждений и высокой летальностью. Неуклонный рост всевозможных повреждений опорно-двигательного аппарата в структуре детской политравмы определяет поиск эффективных методов оперативного лечения переломов, отвечающих принципам детской хирургии. Внедрение в клиническую практику методов, не повреждающих ростковые зоны костей, дало возможность и в детской практике стремится к ранней фиксации переломов. При решении такой задачи необходимо принимать в расчет все, что может повлиять на состояние больного:

- тяжесть состояния пострадавшего,
- определение степени риска при проведении хирургического вмешательства,
- выбор оптимальной тактики лечения.

Цель исследования. Определить значимость раннего оперативного лечения повреждений 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 101 ребенка с диагнозом политравма. Среди всех больных с политравмой преобладают мальчики, 67 детей (66%). Основная возрастная группа от 7 до 14 лет - 62% (43 мальчика, средний возраст 11,2±0,23 и 21 девочка, средний возраст 9,8±0,45). 91% детей с политравмой поступали с элементами травматического шока. Тяжесть состояния по шкале Pape: 15 (15%) детей поступили в стабильном, компенсированном состоянии. 69 (68%) в промежуточном, субкомпенсированном состоянии, 17 (17%) детей в нестабильном состоянии. У 82 (81%) детей травмы дорожно-транспортные. В подавляющем большинстве случаев у 45 (44%) детей доминирующим видом повреждения является скелетная травма, затем ЧМТ 40 (39%) детей, абдоминальная 12 (13%) детей, торакальная 4 (4%).

В 44 (43,5%) случаях пострадавшие дети доставлены сразу после травмы бригадами СМП и

попутным транспортом. В 57 (56,5%) случаях пострадавшие дети доставлены бригадами постоянной готовности центра в срок от 1 до 5 суток. У 78 (77%) детей на фоне множественной или сочетанной травмы присутствовала скелетная травма той или иной степени тяжести. В большинстве случаев у 47 (46%) детей, отмечается сочетание черепно-мозговой и скелетной травмы.

Результаты исследования. У 52 (66%) детей скелетная травма потребовала оперативного лечения на 69 сегментах. Из них накостный остеосинтез проведен на 17 сегментах, чрескостный остеосинтез на 25 сегментах, гибкий интрамедулярный остеосинтез на 27 сегментах. И если при черепно-мозговой, абдоминальной, торакальной травмах оперативное лечение доминирующего повреждения проводилось сразу, то в 20 (38%) случаях оперативное лечение скелетной травмы было отложено до стабилизации состояния пациента. Дети, у которых переломы длинных трубчатых костей верхней и нижней конечности потребовали оперативного лечения были распределены на 3 сравнительные группы, в зависимости от времени оперативного лечения скелетной травмы. Выявлено, что чем раньше проведено оперативное лечение скелетной травмы, тем меньше времени пациент находится в стационаре.

Выводы.

1. 81% детей с политравмой получили повреждения в дорожно-транспортных происшествиях.

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

Соколов К.В.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БУЛАВОВИДНЫМИ КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ампутация нижней конечности влечет за собой необходимость первичного протезирования. Пороки культи нижней конечности лимитируют протезирование, требуя финансовых и временных затрат. Одним из таких пороков является булавовидная культя. Публикации по данной проблеме единичны.

Цель исследования. Определить особенности подготовки к первичному протезированию больных с булавовидной культей нижней конечности.

Проведен ретроспективный анализ историй 1243 болезней пациентов с культями нижних конечностей, поступивших на первичное протезирование в период 1999-2012 гг. Среди них 159 (12,8%) человек имели булавовидную форму культи. Разница диаметров культи между дистальным и проксимальным уровнями составляла 1-1,5 см. Средний срок с момента ампутации составил 7 месяцев. В срок до 1 года с булавовидной культей поступило 76,6%, более 1 года - 18,4%, тогда как в общей группе количество пациентов, поступивших на первичное протезирование составило 30%. По уровню культи распределение было следующим:

- с культей бедра - 10,5%,
- с культей голени - 38%,
- с двумя культями голеней - 30%,
- прочие сочетания - 20%.

Булавовидная деформация чаще встречалась на культе голени - 89%, на культе бедра - 11%.

Булавовидная форма культи в 36% случаев встретилась изолировано, в 64% случаев в сочетании с другими пороками культи, что в 11,8% случаев потребовало проведения оперативного лечения. Оперативное лечение во всех случаях было направлено на гнойный очаг, сопутствующий булавовидной деформации.

Среди пациентов, пролеченных консервативно, средний срок пребывания в стационаре составил 32,8 койко-дня. Устранение булавы культи наступало через 10-14 дней с момента начала лечения. Консервативное лечение было направлено: на изменение формы культи путем внешнего дозированного сдавления (бинтование культи либо использование этапных гипсовых туторов), на улучшение лимфодренажа (дарсонвализация) и укрепление мускулатуры культи (электростимуляция,

ЛФК в статическом и динамическом режимах).

Доля пациентов, имеющих булавовидную культю в целом изменяется незначительно с 16% (Санин В.Г., 1976) до 9% (Курдыбайло С.Ф., Щербина К.К., 2006). В процессе «созревания» культи объемные размеры уменьшаются (Корж А.А., Бердников В.А., 1977). Булавовидная культя значительно чаще встречается в ранние сроки после ампутации. Сроки формирования культи путем дозированного внешнего сдавления (по нашим данным) имеет ту же скорость, что и формирование культи при экспресс-протезировании (Корж А.А., Бердников В.А., 1977). Срок формирования пригодной для протезирования культи достаточно велик.

Выводы.

1. Булавовидная деформация встречается значительно чаще при транстибиальной ампутации.
2. Булава культи встречается значительно чаще в ранние сроки после ампутации.
3. Используемые консервативные методы лечения позволяют достичь устранения деформации культи.
4. Длительный срок устранения булавовидной деформации требует усовершенствования методов лечения.

Тимофеев В.В., Бондаренко А.В.
КГБУЗ «Городская больница N 1»
г.Барнаул, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Воздействие высокоэнергетической травмы при множественных и сочетанных повреждениях у детей привело к увеличению пациентов с переломами нижних конечностей.

При лечении переломов у детей, как правило, преобладают консервативные методы. В последнее время все большее распространение получает малоинвазивный остеосинтез. Сравнительная оценка результатов остеосинтеза переломов нижних конечностей при ПТ у детей в литературе практически не встречается.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику различных методов остеосинтеза переломов нижних конечностей у пациентов детского возраста при политравме.

Материал и методы исследования. С 2001 по 2012 год на базе КГБУЗ «Городская больница N 1» г.Барнаула, пролечено 274 ребенка с 305 переломами нижних конечностей при политравме. Преобладали переломы голени - 162, из них открытых 35 (21,6%). Переломов бедра - 143, из них открытых 13 (9%). Переломы одного сегмента нижних конечностей встречались у 247 детей, что составило (90,1%), двух сегментов - у 23 пациентов - (8,4%), трех сегментов - у 3-х больных, что составило (1,5%). Оценивали длительность пребывания в стационаре. Продолжительность периода восстановительного лечения.

Результаты исследования. Всего детям с переломами нижних конечностей выполнена 181 операция с применением различных видов остеосинтеза. В 64 случаях использовались аппараты наружной фиксации (АНФ). Методы погружного малоинвазивного остеосинтеза (титановые эластические фиксаторы, гвозди с блокированием, пластины с угловой стабильностью) использованы при 117 оперативных вмешательствах. Консервативные методы применяли при лечении 124 переломов.

У детей младших возрастных групп частота консервативного лечения при переломах нижних конечностей составила 67,9%, остеосинтез выполнен у 32,1%. В старших возрастных группах частота хирургического лечения возрастала до 68,3%, число детей пролеченных консервативно снижалось до 31,7%. Наибольшая длительность стационарного лечения отмечалась при применении АНФ - 25±4 дня. При консервативных методах продолжительность стационарного лечения была ниже и составила 21±3 дня. При использовании погружного остеосинтеза продолжительность стационарного лечения составила 15±3 дня.

При лечении АНФ, в 82,6% случаев, требовались неоднократные повторные госпитализации, иногда до 2-3 раз, для купирования возникших осложнений (воспаление мягких тканей в окружности спиц, вторичные смещения и др.). При использовании консервативных методов и АНФ продолжительность реабилитации достигала 4-х - 5-и месяцев. Сроки реабилитационного

периода при погружном остеосинтезе были значительно ниже - 1,5-2 месяца.

Выводы.

- при политравме у детей чаще всего встречаются повреждения одного крупного сегмента;
- у детей старших возрастных групп преобладают хирургические методы лечения;
- наиболее длительное стационарное лечение отмечается при применении аппаратов внешней фиксации;
- продолжительность реабилитационного периода выше при консервативном методе лечения и использовании АНФ;
- применение малоинвазивных методов погружного остеосинтеза значительно улучшает качество жизни и сокращает сроки лечения и реабилитации.

Трубин В.В., Хвостов А.Г.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Туннельные синдромы - поражение периферических нервов (нейропатия) вследствие локальной компрессии в патологически измененных мышечных, фиброзных или костных каналах (туннелях). Часто причиной возникновения туннельного синдрома является хроническая микротравматизация, однообразная профессиональная или бытовая нагрузка на мышцы и фасции сегмента конечности, имеющего канал (туннель). Системные заболевания (ревматизм, бруцеллез, туберкулез, эндокринная патология и т.д.) приводящие к морфологическим изменениям в области канала (туннеля). Компрессионная ишемическая (туннельная) нейропатия периферических нервов верхних конечностей составляет 45% от общего числа заболеваний верхних конечностей у лиц тяжелого физического труда.

В ортопедическом отделении N 2 (ОО-2) ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России за период 2011-2012 гг. проведены операции у 36 больных с компрессионно-ишемическими нейропатиями периферических нервов верхних конечностей. Среди них, 22 (61%) чел. - мужчины, 14 (39%) чел. - женщины. Средний возраст женщин составил 46,7 лет, мужчин - 44,1 лет.

По локализации патология распределилась следующим образом: лучевой нерв на уровне дистальной и средней трети плеча - 10 случаев; локтевой нерв на уровне дистальной трети плеча и локтевого сустава - 12 случаев; срединный и локтевой нервы на уровне запястного (карпального) канала - 14 случаев.

Анализ причин, приведших к возникновению компрессионно-ишемической нейропатий показал, что у 12 больных были переломы лучевой кости в типичном месте, плечевой в средней, дистальной трети и внутрисуставные переломы костей локтевого сустава. Следует отметить, что в данную группу не вошли случаи анатомического повреждения нервов костными отломками. Позиционное сдавление явилось причиной нейропатий в 9 случаях: у 7 больных было обусловлено приемом наркотиков и алкоголя, в 2 случаях вынужденное положение руки связано с оперативным вмешательством в стационарах города, в ходе предшествующей госпитализации.

В 6 случаях больные не смогли назвать конкретной причины своего страдания. При анализе анамнеза заболевания были выявлены определенные закономерности. У 6 пациентов имелся длительный вертебрологический анамнез. Всем больным выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника. Дополнительно у 4 пациентов проведено МРТ. Ни в одном случае не было выявлено сдавления содержимого позвоночного канала (протрузии дисков, краевых костных разрастаний). По данным ЭМГ были выявлены признаки полирадикулопатии, умеренные дефицитарно-ирритативные изменения отдельных корешков с отсутствием острой компрессии. Как правило, процесс не носил острый характер.

Физические производственные факторы (вибрационная болезнь, тяжелый физический труд, переохлаждение, воздействие электромагнитного поля) имелись у 8-ми пациентов.

Время, прошедшее от начала заболевания до поступления в наш Центр составило от трех месяцев до трех лет, в среднем 8,4 месяца. До обращения в наш Центр 28 (78%) пациентов

получали амбулаторное консервативное лечение с различными травматологическими диагнозами; первично обратилось 8 человек.

Показанием к оперативному вмешательству являлось неэффективность длительного консервативного (более трех месяцев) лечения и данные ЭМГ, где выявлялась очаговая демиелизация нерва и наличие блока проведения.

Всем больным под проводниковой анестезией плечевого сплетения выполнены операции - невролиз, эндоневролиз с использованием микрохирургического инструментария и микроскопа Moller Wedal VM 500.

В послеоперационном периоде по катетеру, подведенному к месту проведения невролиза, вводился прозерин по 0,5 мл 2 раза в сутки N 3, п/к витамины группы В. Контрольная ЭМГ проводилась на 10-12 сутки после операции.

В результате у 28 пациентов выявлено достоверное увеличение скорости проведения импульса по оперированным нервам. В остальных 8 случаях ЭМГ обследование не показало положительной динамики. Однако и отрицательная динамика отсутствовала.

Лечение компрессионно-ишемических нейропатий в начальной стадии заболевания должно быть консервативным (медикаментозное лечение, блокады, физиолечение). Неэффективное лечение в течение 3-4 недель считаем показанием для оперативного вмешательства. Выполненный невролиз, эндоневролиз периферических нервов (в нашем наблюдении) позволил получить в 80% случаев полное или частичное восстановление проводимости нервов уже в раннем послеоперационном периоде.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабоев А.К.
Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Удельный вес травм кисти и пальцев среди повреждений опорно-двигательного аппарата составляет от 26,1% до 30% (Гришин И.Г., 1991; Азолов В.В. с соавт., 1993). Ранения кисти нередко сопровождаются потерей кожного покрова, показания к пересадке кожи при этом составляют до 50% (Нельзина З.Ф., 1980).

За период с 2002 по 2012 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 1434 больных с открытыми повреждениями пальцев кисти различного характера. Из них 347 составили больные с травматическими дефектами терминальных отделов пальцев кисти различной глубины и локализации. Мужчин было 262 (75,5%), женщин - 85 (24,5%), в том числе детей до 14 лет - 32 (9,2%).

Для замещения травматических дефектов терминальных отделов пальцев кисти выполнены следующие оперативные вмешательства: транспозиция многосоставных лоскутов на сосудистой ножке в 45 случаях, адипофасциальные лоскуты - в 34, пластика местными тканями - в 111, пластика расщепленными и полнослойными лоскутами - в 91, пластика ближайшими к дефекту тканями - перекрестная (cross) пластика лоскутом с возвышения большого пальца или мизинца - в 54, пластика филатовским стеблем (итальянская пластика) - в 12 случаях.

В отделении разработана система оперативных вмешательств при дефектах пальцев кисти, направленных на предупреждение инфекционных и ишемических осложнений, а также на ранее восстановление функции поврежденных пальцев кисти.

Первичная хирургическая обработка ран при дефектах пальцев кисти с целью профилактики послеоперационных осложнений включало в себя:

- применение проводниковой анестезии на различных уровнях;
- широкую обработку операционного поля;
- тщательную очистку кожи и самой раны;
- бережное отношение к тканям;
- вакуумирование раны, обильное промывание растворами антисептиков, удаление инородных тел и рациональные способы фиксации.

Все этапы операции выполнялись под оптическим увелечением. Больным назначались антибиотики широкого спектра действия, непрямые антикоагулянты и дезагреганты.

Выявлены следующие послеоперационные осложнения: краевой некроз кожи - в 62 (17,9%) случаях, тотальный некроз лоскутов в результате ишемии и нагноении раны - в 21 (6%) случае.

Благодаря проводимым мероприятиям полное приживление лоскутов отмечено в 262 (75,5%) наблюдениях.

Выводы.

Разработанный выше подход в лечении дефектов терминальных отделов пальцев кисти позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, тем самым сохранить жизнеспособность лоскутов и функцию кисти.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Усманов С.Б., Бойматов И.И.
Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ДЕФЕКТАМИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ

Травма конечностей нередко сопровождается обширным дефектом покровных тканей. Проблема укрытия ран при данного рода повреждениях, несмотря на многообразие методик лечения, сохраняет свою актуальность в связи с частыми осложнениями и образованием выраженных рубцов, что ведет к инвалидности пострадавших.

За истекшие 12 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП прооперировано 445 больных с травмой конечностей, сопровождавшейся дефектом покровных тканей. Мужчин было 369 (82,9%), женщин - 76 (17,1%), из них детей - 31 (7%). Возраст пострадавших составил от 1,5 до 58 лет. Дефект покровных тканей верхних конечностей отмечен у 360 (81%) больных, нижних конечностей - у 85 (19%). Наряду со значительным дефектом кожного покрова у 93 пострадавших имелись переломы трубчатых костей, у 264 - повреждения сосудисто-нервного пучка, у 295 - сухожильно-мышечного аппарата. В 225 случаях дефект покровных тканей отмечен у больных с травматическими отчленениями крупных и мелких сегментов конечностей.

Выбор лечебной тактики в основном определялся тремя факторами: общим состоянием пострадавшего, локализацией и характером ран, а также разновидностью сочетания повреждений. У больных при циркулярных дефектах верхних и нижних конечностей, сопровождающихся переломами трубчатых костей, были наложены компрессионно-дистракционные аппараты для надежной фиксации отломков и обеспечения оптимальных условий ухода и визуального контроля за пересаженным кожным трансплантатом. Магистральные сосуды и нервные стволы во всех случаях восстанавливались с обязательным использованием средств оптического увеличения и микрохирургической техники. Затем выделялись хорошо кровоснабжаемые мышечные ткани, с помощью которых укрывалось место анастомоза сосудов и нервов. Для улучшения микроциркуляции и профилактики посттравматического отека выполнялись фасциотомии. При выполнении реплантации отчлененных крупных сегментов конечностей проводили адекватную первичную хирургическую обработку ран культи и ампутата, маркировку анатомических структур под оптическим увеличением, укорочение костей на 3-4 см для оптимального восстановления сосудов, нервных стволов, сухожильно-мышечного аппарата.

Остеосинтез чаще выполняли в два этапа: предварительный и окончательный. При минимальных сроках ишемии производили интрамедуллярный остеосинтез спицами или штифтами, что занимало 15-20 минут, восстанавливали сухожильно-мышечный аппарат, периферические нервные стволы, магистральный кровоток и лишь в конце операции выполняли окончательную фиксацию костей аппаратом Илизарова в режиме компрессии. При длительных сроках ишемии ампутата производили предварительный временный интрамедуллярный остеосинтез, затем микрохирургический этап, а окончательную стабильность костей осуществляли аппаратом внешней фиксации через 3-5 недель после реплантации. Больным назначались антибиотики широкого спектра действия, непрямые антикоагулянты и дезагреганты.

После оценки жизнеспособности отслоившегося кожного лоскута, произвели насечки в «безсосудистой» зоне с последующим обратным подшиванием - у 42 больных. При обширных дефектах покровных тканей конечностей у 111 пострадавших была использована итальянская пластика, у 11 - лучевые лоскуты в различных модификациях, у 15 - паховые лоскуты, у 93 - пластика утильной кожей, у 97 - применена аутодермопластика. Для замещения травматических дефектов терминальных отделов пальцев кисти выполнены следующие оперативные вмешательства: транспозиция многосоставных лоскутов на сосудистой ножке в 45 случаях, пластика местными тканями - в 96, пластика расщепленными и полнослойными лоскутами - в 87, пластика ближайшими к дефекту тканями - перекрестная (cross) пластика лоскутом с возвышения большого пальца или мизинца - в 54, итальянская пластика - в 12 случаях. По срокам кожно-пластические операции до суток выполнено в 324 случаях, до 7 суток - в 20, свыше 7 суток - в 101 случае после этапных некрэктомий и появления грануляций.

Нами выявлены следующие послеоперационные осложнения: отторжение лоскута в 31 (7%) случаях, краевой некроз кожи - в 39 (8,8%), тотальный некроз лоскутов в результате ишемии и нагноении раны - в 26 (5,8%) случаях, остеомиелит - у 7 (1,6%) пострадавших. Больным с отторжением или лизисом лоскутов проводили повторные восстановительные кожно-пластические операции. Умер 1 (0,2%) больной с сопутствующей тяжелой патологией сердца.

Благодаря проводимым мероприятиям приживление лоскутов отмечено в 388 (87,2%) наблюдениях.

Таким образом, разработанный подход в лечении больных с тяжелыми травмами конечностей, сопровождающихся дефектами покровных тканей, позволил снизить количество послеоперационных осложнений и сохранить жизнеспособность лоскутов, тем самым улучшить функциональные и косметические результаты.

Ушаков С.А., Лукин С.Ю.

Муниципальное бюджетное учреждение городская больница N 36
г.Екатеринбург, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Внутрисуставные переломы дистального сегмента бедренной кости являются «визитной карточкой» пострадавших в ДТП пассажиров легкового автотранспорта и пациентов с катотравмой. Данный вид повреждений встречается у 21 - 29% пострадавших с политравмой. Тяжелые повреждения суставной составляющей, нередко с импрессией артикулирующей поверхности требуют открытой реконструкции, что при политравме возможно только в отсроченном периоде. Поэтому для оптимизации лечения данных пациентов мы применяли тактику этапного лечения: стабилизация поврежденного сегмента аппаратом внешней фиксации (АВФ) с последующей конверсией в накостный остеосинтез в малоинвазивном или классическом варианте.

В работе представлен ретроспективный анализ лечения 94 пациентов с политравмой, у которых имелись повреждения дистального сегмента бедренной кости (33 А-С по АО). Закрытых переломов было 72 (76,5%), открытых - 22 (23,5%), монолатеральных повреждений - 83 (88%), билатеральных - 11 (12%). Правильное пространственное позиционирование спиц в дистальных отломках, ранняя тракционная стабилизация поврежденного сегмента на реанимационном этапе с применением спицестержневого АВФ, обеспечивали адекватную репозицию и облегчали выполнение второго этапа лечения - накостного остеосинтеза.

Лечение переломов типа 33 А1-3 осуществляли малоинвазивным накостным остеосинтезом (26 пациентов, 28%) с применением пластин с угловой стабильностью: первичная репозиция АВФ, заведение пластины и дистальное блокирование через латеральный доступ 5 см, проксимальное блокирование пластины 4-5 винтами через проколы кожи. Неполные внутрисуставные переломы (33 В1-3, 11 человек, 12%) требовали открытой репозиции с фиксацией компрессирующими винтами, а в ряде случаев, с использованием опорных пластин для малых сегментов.

Наибольшие трудности встретились при лечении полных внутрисуставных переломов (33 С1-3, 57 пострадавших, 60%). Данный вид повреждений требовал открытой скрупулезной

реконструкции артикулирующей поверхности, замещения дефектов метафизарной зоны аутотрансплантатами или биокомпозитными материалами, стабильного накостного остеосинтеза с применением широкого доступа и блокированных пластин, что неприемлемо на реанимационном этапе. Поэтому к лечению данных повреждений приступали через 2-3 недели, при этом использование АВФ в дистракционном варианте значительно облегчали финальную реконструкцию. Хорошие результаты получены у 79 пациентов (84%), удовлетворительные - у 12 (13%), неудовлетворительные - у 3 человек (3%).

Выводы.

1. Наибольшее количество положительных результатов при лечении повреждений типа 33 А1-3, С1,2 получено при использовании этапного лечения с применением АВФ в дистракционном режиме на реанимационном этапе, с последующей заменой на накостный блокируемый остеосинтез малоинвазивным способом.

2. Переломы типа 33 В1-3, С3 требуют открытой реконструкции в отсроченном периоде, с мозаичным восстановлением артикулирующей поверхности, первичной хондропластики, замещения дефектов метафизарной зоны аутокостью или биокомпозитными материалами, стабильного остеосинтеза блокируемыми пластинами.

Ушаков С.А., Лукин С.Ю.
Муниципальное бюджетное учреждение городская больница N36
г.Екатеринбург, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА: ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

Полифокальные повреждения затрагивают все анатомические образования таза и характеризуются многокомпонентной нестабильностью. Более половины из них (59%) сопровождаются повреждениями внутренних органов, что ограничивает выбор хирургических доступов, возможность применения открытой реконструкции. Многокомпонентная нестабильность и выраженные деформации обуславливают большое количество осложнений, особенно со стороны мочеполовой системы. Это приводит к социальной и трудовой дезадаптации пациентов к высокому проценту инвалидности. За период 2003-2012 гг. в клинике пролечено 87 пациентов с полифокальными повреждениями таза, у 60 человек травма таза сочеталась с повреждениями внутренних органов: травма органов брюшной полости - 17 человек (28,3%), урогенитального тракта - 32 (53,3%), множественные повреждения - 11 пациентов (18,4%).

В работе использовали классификацию переломов АО, оценочные шкалы AIS, ISS, APACHI-II. В структуре полифокальной травмы таза преобладали билатеральные частично стабильные (61В3) - 32% и унилатеральные нестабильные (61С1) повреждения тазового кольца - 19,5%. Из переломов вертлужной впадины доминировали повреждения одной из колонн, в том числе переломы стенок впадины (44,9%). Наибольшую сложность в лечении составили флотирующие (двухколонные) повреждения вертлужной впадины - 28,7%. Лечение пациентов осуществляли в несколько этапов в зависимости от тяжести состояния и комплекса имеющихся повреждений. Использовали чрескостный, накостный остеосинтез, а также рациональные комбинации данных методик.

Результаты лечения оценивали по шкале Маттиса-Любошица в сроки от 1 года до 10 лет. Неудовлетворительным результатом считали летальный исход - 8 человек (9,2%). Хорошие результаты лечения получены у 63 пациентов (72,4%), удовлетворительные у 16 человек (18,4%). Из них 4 пациентам потребовалось эндопротезирование тазобедренного сустава, 7 мужчинам - внутренняя оптическая уретротомия, 5 консервативное лечение нейропатий. После проведенного дополнительного лечения, количество хороших результатов в отдаленном периоде составило 83% (72 пациента).

Выводы.

1. Применение комбинированного метода лечения: АВФ с дистрактором таз-бедро на этапе противошоковой помощи, перкутанный остеосинтез винтами или открытая реконструкция тазового кольца и вертлужной впадины по стабилизации состояния, обеспечило наибольшее количество

положительных результатов при лечении больных с доминирующим повреждением тазового кольца, а также с переломами одной из колонн вертлужной впадины, включая краевые повреждения, ассоциированные с вывихом сегмента.

2. Полифокальные повреждения таза с высокими флотирующими переломами типа 62С1-2, со значительным разрушением передней колонны на этапе противошоковых мероприятий достаточно фиксировать бандажем, с тракцией по оси конечности, а наилучшие результаты дает ранняя открытая реконструкция и погружной остеосинтез.

3. Двухколонные переломы типа 62 С3 на этапе противошоковых мероприятий оптимально фиксировать интегрированным АВФ (веерообразный пучок спиц на стороне повреждения, стержни - контралатерально), открытая реконструкция показана при дисконгруэнтности сустава, перкутанный остеосинтез винтами при сохранении правильных взаимоотношений в тазобедренном суставе.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ

Эмоциональность и тревожность играют большую роль в адаптации при травму. Эмоции здесь выступают как механизм, который оценивает опасность возникшей ситуации, а тревожность выполняет роль ведущего фактора субъективной оценки своих возможностей по формированию механизмов защиты от повреждающего фактора.

Материалы и методы исследования. Проведено тестирование 480 больных с «хрупкими» переломами костей голени, как симптомов остеопороза, в возрасте 60-70 лет по тестам Кэттелл-16PF, EPI, MMPI, Лири, «Q-сортировка», Шмишека, Спилбергер-Ханина и Томаса.

Минеральную плотность костей (МПК) скелета измеряли на костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp.» (США). Состояние кровообращения в конечности и репаративного костеобразования в месте перелома и во всей конечности изучали по накоплению ^{99m}Tc-технефора на гамма-камере. Одновременно определяли концентрацию остеотропных гормонов и остеокальцина методом радиоиммунологического анализа.

Результаты исследования. После травмы у больных была ослаблена интенсивность и подвижность процессов возбуждения и торможения, особенно внутреннего, в коре головного мозга. Это проявлялось в повышенной и неоправданной раздражительности, подозрительности, рассеянности, невнимательности, повышенной пессимистичности, неуверенности в себе и угрюмости. Личностная тревожность была всегда среднего уровня, а ситуационная - высокая.

Тест Р. Кэттелла свидетельствовал о эмоциональной неустойчивости, при расстройствах человек терял равновесие духа, был подозрительным, внутренне напряженным и догматичным.

Достаточно часто выявлялись изменения со стороны внутренних органов, страдал обмен веществ, нередко была усталость как следствие снижения силы мышц. Это сопровождалось общим одряхлением.

У больных с переломами обнаружена более высокая концентрация паратирина, остеокальцина - костного маркера, свидетельствующая о большой степени деминерализации скелета. Обнаружено более низкое содержание соматотропина и кальцитонина, необходимых для формирования органической основы регенерата и ее минерализации. При обследовании больных с первых же дней после травмы обнаружено увеличение накопления меченого пирофосфата, указывавшее на усиление обменных процессов в месте перелома и на интенсивное накопление минеральных компонентов. Данный показатель был самым ранним, единственным и наиболее чувствительным. Столь быстрое ускорение обмена происходило вследствие увеличения концентрации паратирина, ответственного за процесс деминерализации костных отломков.

В 71-75 лет МПК в позвоночнике женщин была снижена на 25%, в 76-80 лет на 28%, в 85 лет - на 30%. В шейках бедренных костей соответственно 27, 28 и 32%. Эти величины указывали на наличие остеопороза. Поэтому больным с переломами назначали сеансы гипербарической оксигенации (ГБО). Снятие гипоксии положительно влияло на общую гемодинамику, снимало спазм сосудов в зонах ишемии, улучшало капиллярный кровоток, способствовало развитию коллатералей.

Усиливалась интенсивность обмена веществ в тканях места перелома, нормализовалась функция остеобластов, возрастала МПК, что указывало на улучшение репаративного процеса.

Выводы.

Нарушение психических процессов существенно влияет на физиологические показатели. Постоянная работа психолога способствует снижению уровня ситуационной тревожности, уменьшает напряженность, приводит к большей выраженности положительных эмоций и этим способствует активизации защитных сил организма для репаративного процесса.

Хвостова С.А., Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ

Измерение параметров гемодинамики проводили в состоянии физического покоя (на спине) на ультразвуковых установках «Siemens Sonoline SL-450» и «Aloka SSD-630» с использованием датчиков 3 мГц и 7 мГц. В режимах «В» и «М» по формулам Simpson и Teichholz определяли ударный объем (SV), фракцию выброса (EF) и показатель сократимости миокарда левого желудочка (FS). Подсчитывали частоту сердечных сокращений (ЧСС) и методом Короткова определяли артериальное давление (систолическое и диастолическое). Далее по формуле Хикема рассчитывали пульсовое, среднединамическое давление и общепериферическое сосудистое сопротивление. Вычисляли площадь поверхности тела, а затем сердечный и ударный индексы. Зная вышеперечисленные данные, оценивали центральную гемодинамику в целом и самый главный ее показатель - минутный объем кровообращения (МОК). Во внимание принимали субъективные жалобы и ощущения пациентов.

Больные с неосложненными переломами костей голени начинали самостоятельно ходить уже на 2-3-е сутки после операции, а через месяц довольно часто переходили на амбулаторное лечение.

На УЗИ первый раз пожилых и старых людей с переломами обследовали на 3-7-е сутки после травмы. При расспросе испытуемые указывали на слабость, сердцебиение, одышку, неопределенные ощущения в области сердца, плохой сон, быструю утомляемость, то есть на типичные кардиологические жалобы. Преобладал гипертензивный и гиперкинетический тип реакции - у соматически здоровых артериальное систолическое давление повышалось на 20-30 мм.рт.ст., диастолическое - на 10-20 мм.рт.ст. Типичными были величины 140/90 мм.рт.ст., при рабочем давлении 120/80 мм.рт.ст. Как правило, наблюдали тахикардию - 90-95 ударов в минуту.

Второй раз наблюдения были сделаны между 20-30-ми сутками с момента травмы. Именно в этот период изменения сердечно-сосудистой деятельности во многом обусловлены особенностями лечения по Илизарову, а не травмой. АД и ЧСС приходили к норме (АД - 120/80 мм.рт.ст., ЧСС - 68-76 ударов в минуту). Общепериферическое сосудистое сопротивление вначале также чаще было повышено на 10-15% (N=1800 дин/сек/см.), а затем нормализовалось.

В позднем послеоперационном периоде отмечалось улучшение самочувствия. В это время физические нагрузки были в большем объеме: испытуемые активно ходили и занимались лечебной физической культурой. Но при ходьбе довольно часто отмечалось сердцебиение.

Сократимость миокарда левого желудочка ни при первом, ни при втором обследовании достоверно не отличалась от нормы. Ударный индекс вначале был в пределах нормы, а затем несколько увеличился (в среднем на 5-7%). Аналогично изменялся и сердечный индекс. Минутный объем кровообращения в раннем послеоперационном периоде составлял 6,75-7,35 литра, затем снижался на 21-23%, но не доходил до среднефизиологической нормы.

Опираясь на вышесказанное, можно заключить, что в регуляции МОК в позднем послеоперационном периоде у испытуемых преобладает количественный тип приращения деятельности (МОК увеличивается за счет учащения сердечных сокращений и увеличения сердечного и ударного индексов). Такой вариант является энергетически наиболее выгодным.

Оценивая полученные данные, мы пришли к выводу о том, что изменения со стороны ССС у испытуемых в условиях стабильного остеосинтеза носят приспособительный, адаптационный

характер.

Для создания оптимальных условий функционирования ССС после травм разрабатывали комплекс фармакологических и организационных мероприятий, а также методик лечебной физической культуры, направленных на нормализацию обнаруживаемых изменений.

Такой комплекс позволял улучшить течение репаративного процесса, снизить риск развития осложнений, уменьшить продолжительность лечения и время восстановления трудоспособности.

Хвостова С.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

Во время переживания травматического стресса в период репарации отмечалось усиление акцентуаций, особенно у лиц старших возрастных групп.

У пожилых и старых людей чаще встречались следующие типы акцентуации характера с их характерными чертами:

1) застревающий - умеренная общительность, неразговорчивость, настороженность, недоверчивость, чувствительность к обидам и огорчениям; больные уязвимы, подозрительны, с трудом отходят от обид, заносчивы, самонадеянны;

2) эмотивный - эмоциональный, для которого была характерна чувствительность, тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость, они редко вступали в конфликты. Таким личностям свойственно чувство долга и исполнительность;

3) педантичный тип - инертность психических процессов, редко вступали в конфликты, пунктуальные, аккуратные, брюзжат и формалисты.

В два раза реже встречались:

4) возбудимый тип - недостаточная управляемость собой, повышенная импульсивность, угрюмость, гневливость, склонность к брани, к трениям и конфликтам, которые сами провоцировали; раздражительность, вспыльчивость, неуживчивость среди больных; низкая контактность в общении; для общения выбирали наиболее слабых;

5) дистимический - люди отличались серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью и слабой волей; характерна была заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность и молчаливость. Эти люди - домоседы, индивидуалисты, ведут замкнутый образ жизни, часто угрюмы и заторможены; у них замедленное мышление. Они добросовестны с обостренным чувством справедливости;

6) тревожно-боязливый - низкая контактность, робость, неуверенность в себе;

7) циклотимический - частые смены настроения, зависимость от внешних событий.

Накануне снятия аппарата отмечена тенденция к ослаблению акцентуаций, которое было особенно выражено через год после этого этапа. Акцентуации усиливались при наличии осложнений и тугоподвижности суставов.

На основании проведенных исследований установлено, что при наличии остеопороза у пожилых и старых людей в случае появления переломов наблюдались ранимость, тревожность, депрессивность и значимость социальных контактов. Выявлена также высокая степень авторитарности, деспотичности, чувство одиночества, а для ответственного типа межличностных отношений была типична экстремальная их степень. Потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и высокой степени дружелюбия.

Выраженность в характере таких психологических черт, как деспотия, а также взаимоисключающих факторов: конфликтность, с одной стороны, и готовность к сотрудничеству, с другой являлись своеобразной защитной реакцией. Они отражали высокое внутреннее напряжение нервных процессов.

Характерно, что наличие остеопороза связано с выраженными изменениями психологических процессов. Психическая напряженность являлась, очевидно следствием стресс-реакции с ее характерными компонентами - дисфункцией эндокринных желез и сдвигами гомеостаза на всех

уровнях. Депрессия являлась общей реакцией организма на длительное воздействие хронического стресса.

Для лиц с остеопорозом после наложения аппарата были характерны повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нарушения сна, лабильность, пониженное настроение, повышенная утомляемость и сниженная работоспособность и фрустрация. Зачастую отмечались признаки ипохондрии и низкая самооценка.

Таким образом, действие стресс-факторов - переломов сочеталось с изменением личностных характеристик поведения. Эти изменения можно расценить как компенсаторную реакцию на травматический стресс. По мере ослабления стрессовой ситуации в процессе реабилитации динамика психоэмоционального состояния была положительной. Оно зависели как от возраста, так и исходного физического состояния испытуемых.

Хвостова С.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

СОСТОЯНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СЕБЕ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ

При поступлении в клинику состоянию пожилых и старых людей обычно была присуща умеренная выраженность личностной тревожности и высокий уровень ситуационной. Ситуационная тревожность включала все элементы от ощущения внутренней напряженности до тревожно-боязливого возбуждения. Менялось содержание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственной тревожности и внутренней напряженности. Высокий уровень тревожности, характерный для периода лечения, сопровождался адаптационными нарушениями в виде изменения поведения и фрустрационных реакций.

В конце лечения ситуационная тревожность снижалась до умеренного уровня. В течение трех месяцев после снятия аппарата было отчетливо выражено чувство удовлетворенности лечением, уверенность в себе и двигательная активность при легкой утомляемости.

При наличии осложнений отмечали депрессивные тенденции в сочетании с раздражительностью, ощущением утомляемости и апатии.

Наиболее частыми формами выхода из трудных ситуаций, которые использовали больные в процессе лечения, были компромисс, избегание (уход от сложных ситуаций) и приспособление к окружающим больным. Приспособление чаще использовалось до наложения аппарата, когда требовалось взаимно удовлетворяющее решение. При компромиссе ситуация разрешалась путем взаимных уступок, принималось решение, устраивающее обе стороны. При избегании больные старались не спорить, не вступать в дискуссию, не придавали значения разногласиям. Такой способ был особенно необходим в процессе лечения. В конце его число случаев приспособления уменьшалось.

В отношении мнения испытуемых о себе и окружающих их людях нами проанализировано 6 тенденций поведения: зависимость-независимость, общительность-необщительность, принятие-уклонение от «борьбы». Подсчитывали частоту проявления каждой тенденции.

Установлено, что сразу после наложения аппарата возрастала зависимость больного от окружающих, но в конце месяца она снижалась. Особенно интенсивно этот процесс происходил после снятия аппарата. Тенденция к независимости от группы была особенно заметной через 3 месяца после снятия аппарата.

Избегание «борьбы» в наибольшей мере заметно во время лечения. После снятия аппарата этот показатель уменьшался и приближался к норме.

При ощущении тревожности и отрицательных эмоций, обусловленных межличностными отношениями с другими больными, и нарушением коммуникативных связей, возникало излишне критическое, а иногда и недружелюбное отношение к соседям по палате, персоналу и родственникам. В итоге усиливался уровень тревожности и снижалась эффективность адаптации.

Усиление адаптационных механизмов при сравнительно низкой тревожности направлено на преодоление препятствий. Повышение тревожности способствует защите личности, что служит

указанием на недостаточные возможности для преодоления стресс-реакции, связанной с лечебным процессом. Обо всем этом говорят данные фактора Q теста Кэттелла.

В связи с тем, что при травме костей скелета преобладает депрессия, тревожность, страх и астения психолог должен создавать для пожилых и старых людей индивидуальные вербальные схемы психической активности и обучать их умению переносить тревожность в область межличностных отношений и коммуникативных связей.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

СПОСОБЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

XXI век называют веком психологии. Ориентироваться только на результаты физиологических исследований, не зная влияния психических процессов, становится сегодня все труднее. Очевидно также и то, что рядом с ортопедом-травматологом всегда должен быть психолог. Впервые эта работа была поставлена на должную высоту в центре Г.А. Илизарова.

Структурно организационные мероприятия сводятся к выяснению и оценке:

1) психоэмоционального состояния (депрессия, тревожность, тоска);
2) отношения к лечебному процессу;
3) ожидаемого результата;
4) результатов обследований;
5) характера лечения;
6) удовлетворенности лечением;
7) дополнительных материалов для характеристики психологических и личностных особенностей в процессе лечения (ограничение физической активности и умственной деятельности из-за головных болей; необходимость избегать эмоциональных нагрузок; ограничения в половой жизни);
8) поведения в случае осложнений;
9) психологического состояния в связи с новым качеством жизни;
10) высказываний и писем больных, как показателей самооценки состояния в процессе лечения и в отдаленный период (степень выраженности стресс-реакции во время лечения; эффективность разъяснения сущности и природы возникновения боли с целью уменьшения ее проявлений; изменение психических возможностей в преодолении трудностей; формирование постоянного ощущения гуманности; изменение поведенческих реакций в положительную сторону; поддержка дружелюбия, потребности в самоутверждении).

Психологическое состояние больных после травм изучали по тесту Кэттелла-16PF, так как он рассчитан на выявление функциональных изменений, которые возникают в процессе лечения больных. Устанавливали также черты характера, интеллектуальные и эмоционально-волевые особенности больных. Использовали также популярный вопросник EPI, предложенный Айзенком (1963).Тесты Айзенка и Кэттелла дополняют друг друга, располагаясь на разных уровнях обобщенности. Для оценки состояния личности в динамике лечебного процесса применяли опросник MMPI. Диагностику реального и идеального «Я», межличностных отношений больных между собой и медицинским персоналом, поведение в группе (палате), отделении, формы реакции в конфликтных ситуациях проводили по методике Т. Лири (1954). Мнение испытуемого о себе и его представление о том, каким его видят другие, определяли по тесту «Q-сортировка». Выявляли акцентуации личности больных и особенности реакции в трудных ситуациях (тест Х. Шмишека). Применяли тесты на выявление уровня тревожности (Спилбергер-Ханин), стиля поведения и личностной предрасположенности к конфликтному поведению (опросник К. Томаса).

При поступлении больных в клинику было характерно внутреннее напряжение и раздражительность. Больные были излишне внимательными к мелочам, полны тревоги, подавлены, ранимы, погружены в раздумья. Контролировали свои эмоции и поведение.

В первые дни лечения больные были не уверены в своих силах, застенчивые, сдержанные, предпочитали находиться в тени. Сохранялось состояние внутреннего напряжения. Осторожны

в поступках, полны тревоги и впечатлительны. Нуждались в поддержке группы (больных).

Через месяц отчетливо выражена тенденция к сглаживанию обостренных черт личности. Больные вели себя естественно и непринужденно, верили в успех лечения и беспокоились о состоянии своего здоровья. Осторожны в поступках и не уверены в себе. Впечатлительные и скрупулезные.

Через 1 год после завершения реабилитации. Продолжалось ослабление эмоционального напряжения. Больные верили в хороший результат лечения. У них большое самомнение, интересы обращены на самих себя. Обнаружена повышенная мотивация и стремление вызвать сочувствие к себе.

Через 2 года. Больные вели себя открыто и непринужденно. Трезво смотрели на вещи, реально оценивали обстановку. Выдержанные, спокойные, чувствительные, отзывчивые и импульсивные.

Через 3 года. Больные естественные, собранные, сообразительные с абстрактным мышлением, спокойные. Настойчивые, ответственные, с чувством долга. Отзывчивые и чувствительные. Выражено стремление приукрасить себя.

Благотворно влияя на больного путем снятия напряжения и уровня тревожности, психолог способствует нормализации физиологических показателей, активности костеобразования и этим сокращает сроки лечения. К сожалению, сегодня многие клиницисты не имеют необходимых знаний и четко очерченного способа подхода к оценке личности больного. Поэтому сегодня, объем проводимых психологических исследований зависит в целом от понимания проблемы и поддержки этой работы заведующими отделениями в больницах.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

ДИАГНОСТИКА РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

При решении вопроса о прекращении фиксации аппаратом Илизарова двойных переломов и степени восстановления функции конечности существенное место занимают методы лучевой диагностики, так как они позволяют с большой достоверностью определить, в частности, содержание минеральных веществ в костных отломках.

Под наблюдением находились 24 больных с закрытыми двойными переломами костей голени в возрасте 20-55 лет. У 12 из них переломы были без смещения отломков (1-я группа), у 12 других - со смещением (2-я группа). Лечение больных проводили по методу Илизарова. Время сращения перелома определяли по результатам рентгенологического исследования, клинической пробе, накоплению в отломках остеотропного соединения - пирофосфата.

На 1-3 дни после травмы у больных 1 группы в метафизе и у конца проксимального костного отломка была более высокая активность остеотропного радиофармпрепарата (РФП) по сравнению с дистальным. В промежуточном костном фрагменте, образовавшемся после перелома, накопление меченого пирофосфата было минимальным. Кроме этого, на 3-й день обнаружена тенденция к уменьшению минеральной плотности костей (МПК) у концов костных фрагментов (1,639±0,172 г/см^2, в норме - 1,690±0,210 г/см^2, ($p>0,2$). Места убывших минералов занимает пирофосфат. К 7-му дню накопление остеотропного РФП продолжало нарастать, а МПК снижалось до 1,487±0,212 г/см^2 ($p<0,05$). Полученные данные были самыми ранними и наиболее информативными показателями репаративного костеобразования, так как рентгенологически плотность тени фрагментов визуально не изменена, контуры концов были четкими.

В процессе дальнейшего лечения (14-18 дней) сохранялось более высокое содержание РФП в месте соприкосновения проксимального и промежуточного отломков по сравнению с дистальным. В это время рентгенологически впервые обнаружены признаки деминерализации концов отломков. Деминерализация нарастала до 28-го дня. Затем происходило постепенное увеличение МПК - на 0,045±0,0022 г/см^2 за неделю.

На 5-й неделе количество РФП у места сращения проксимального отломка с промежуточным

возрастало непрерывно на 110-120% за каждые 7 дней лечения по отношению к величине на предыдущей неделе. Максимальное накопление меченого пирофосфата было на 42-й день. Рентгенологически в это время отмечено небольшое увеличение периостальных напластовани й по линии перелома.

При переломах со смещением отломков в местах сращения фрагментов накопление меченого пирофосфата на 1-7-й дни происходило слабее, чем без смещения. Более низкий уровень меченого пирофосфата был и в промежуточном костном фрагменте.

При наличии диастаза между костными отломками (2-я группа) МПК здесь обнаружено на 7-й день в количестве 0,302±0,011 г/см^2. В последующие дни первого месяца их содержание в регенерате между отломками увеличивалось на 0,162±0,020 г/см^2 за каждую неделю лечения. На 60-й день величина минералов в регенерате составляла 1,014±0,170 г/см^2 ($p<0,01$), на 90-й день - 1,269±0,196 г/см^2 ($p<0,05$), на 120-й - 1,622±0,193 г/см^2. В последующие месяцы первого года МПК выше нормы на 15%, в то время как в противоположной здоровой конечности снижено на 18%.

Комплексное обследование больных при лечении двойных переломов позволяет более точно судить об активности костеобразования и времени снятия аппарата.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В ортопедии и травматологии проблема эмоций и их нарушений имеет особое значение, так как состояние эмоциональной сферы служит критерием оценки общего состояния больного, а также показателем эффективности воздействия лечебных мероприятий. Именно поэтому на протяжении последних 20 лет эмоциональные и личностные изменения психологических показателей стали объектом нашего глубокого анализа.

Для любой болезни специфической является такая комбинация факторов: тревожность, подавленные враждебные и эротические импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувство вины и неполноценности. Изменения психики обусловлены тяжелой психологической реакцией личности на травму и ее последствия.

Больные с тяжелыми повреждениями скелета вначале не верят в хороший исход лечения и поэтому у них преобладает депрессивный тип переживания болезни, который характеризуется подавленным настроением, апатией и чувством безнадежности. Тревожность за свою судьбу дополняет депрессию, выражаясь внутренней напряженностью, раздражительностью и беспокойством. Такой тип реакций чаще наблюдается у лиц с тревожно-мнительным характером. Дистимическому типу свойственно пониженное настроение с раздражительностью.

Особое внимание мы уделяли исходной (при поступлении) эмоциональной реакции. Выраженность и тяжесть субъективных проявлений эмоций зависела от степени тревожности. Тревожно-мнительные люди испытывают наиболее тягостные болезненные ощущения.

Вначале лечения у больных отмечены симптомы депрессии, подавленности, беспокойство, быстрая утомляемость, чувство повышенной усталости, мышечная слабость, лабильность, сонливость днем, нарушения сна ночью, состояние повышенной ранимости и обидчивости, неуверенности в правильности собственных действий, частое обсуждение переживаемой ситуации, суетливость, либо гиподинамия. Характерно ограничение общения с окружающими больными.

Эмоциональное напряжение характеризовалось также астеническими проявлениями: апатией, безразличием, тоскливым настроением, пассивностью и чувством несостоятельности. Иногда отмечалась дисфорическая окраска настроения: больные мрачны и угрюмы.

При исследовании концентрации гормонов в крови наблюдалось их увеличение, а в афферентных нервах отмечено присоединение «шумов» из поврежденных тканей к потоку афферентных импульсов, что отражалось на состоянии психических процессов.

Межличностные отношения принадлежали к типу «покорно-застенчивый»: пациенты болезненно-застенчивые, интравертированные, пассивные, не уверенные в себе, подчиняемые,

с низкой мотивацией достижения успеха (тест Т. Лири). Ситуационная тревожность обусловлена проявлениями фрустрации. При определенной интенсивности тревожность лежала в основе развития отдельных признаков нарушения адаптации.

Обычно имелось четыре основных структурных симптома астении: раздражительность, слабость, расстройство сна и вегетативные нарушения. К типичным расстройствам настроения относилась тоска, заторможенность и тревога.

После завершения лечения под влиянием постоянных бесед с психологом эмоциональное напряжение ослаблялось, больные вели себя более открыто и непринужденно, были более отзывчивыми и чувствительными. Выражено чувство собственного достоинства.

Эмоции являются одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения. Возникали они как результат нейрофизиологических процессов.

Полученные нами нейропсихологические данные представляют собой уникальную возможность для разработки комплекса мероприятий для усиления адаптационных возможностей у больных.

Хренников Я.Б., Павлов В.П.
ФГБУ НИИР РАМН
г.Москва, Россия

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕСТРУКЦИИ ГОЛОВОК ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОП У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)

Цель исследования. Модернизация глобальной реконструктивной операции (ГРО) с использованием Вейл-остеотомии в зависимости от степени деформации головок II-V плюсневых костей ревматоидной стопы. Разработка критериев оценки степеней деформации ревматоидной стопы. Разработка показаний и противопоказаний к данной методике хирургического лечения, оценка ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения ревматоидной стопы.

Материалы и методы исследования. 168 пациентов РА со стойкими деформациями переднего отдела стоп, женщин было 166, мужчин 2, средний возраст 45,5 лет (18-73 г.), давность РА - 11,5 лет серопозитивные - 121, серонегативные - 47, стандартная ГРО (СГРО) - 97, модернизированная ГРО (МГРО) - 134.

Отдаленные результаты со сроками наблюдения от 1 г до 8 лет: СГРО отлично и хорошо - 5, удовлетворительно - 67, неудовлетворительно - 25, МГРО - отлично и хорошо - 65, удовлетворительно -54, неудовлетворительно - 14.

Таким образом, данные нашего исследования показали полную обоснованность:

а) критериев оценки степеней деформации переднего отдела ревматоидной стопы,

б) использования суставосберегающей операции - Вейл-остотомии при ревматоидном артрите и целесообразность МГРО для дифференцированного лечения ревматоидной стопы в зависимости от степени деформации.

Выводы.

Впервые в России разработаны степени деформации переднего отдела ревматоидной стопы, необходимые для дифференцированного хирургического лечения и применение суставосберегающей операции - Вейл-остеотомии, в качестве составной части модернизированной глобальной реконструктивной операции - МГРО при РА.

Чвыров Р.В., Солнышко М.А., Леденева И.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

Переломы костей таза относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата: при изолированных переломах костей таза 30% больных поступают в состоянии травматического шока, летальность составляет 6%; при множественных переломах таза шок наблюдается почти у всех пострадавших, а летальность достигает 20%. Механизм перелома костей таза у большинства больных прямой: удары или сдавления таза. У лиц молодого возраста, особенно активно занимающихся спортом, наблюдаются отрывные переломы апофизов в результате чрезмерного напряжения прикрепляющихся мышц. Повреждения костей таза могут быть разделены на 2 группы:

- общие
- местные.

К общим признакам переломов таза относятся симптомы травматического шока, «острого живота», признаки повреждения мочевыводящих путей и других органов таза. К. местным признакам перелома таза относятся симптомы перелома той или иной кости (боль, гематома или припухлость, костная крепитация при взаимном смещении костных отломков) и функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата.

ЛФК назначается на 2-й день после травмы и подразделяется на три периода, длительность которых зависит от характера переломов.

Все три периода выделяют общие задачи: повышение жизненного тонуса больного, профилактика осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, улучшение обменных процессов. Первые 3 недели после травмы исключают упражнения, способные увеличить расхождение лонного сочленения (отведение ноги в сторону, ротация кнаружи, круговые движения ноги кнаружи и т.д.).

I период - 10-14 дней после травмы, строгий постельный режим в положении лежа на спине. Задачи этого периода - улучшение кровообращения в области повреждения для активизации процессов регенерации, предупреждение снижения силы и выносливости мышц тазового пояса и конечностей, ригидности в суставах.

В этом периоде выполняют простые статические и динамические дыхательные упражнения, упражнения общеразвивающего характера, специальные гимнастические упражнения, изометрическое напряжение мышц бедра ног и ягодиц, активные движения пальцами стоп и голеностопными суставах обеих ног. Упражнения выполняют в щадящем режиме, постепенно увеличивая нагрузку от малой до средней, в медленном темпе с постепенным нарастанием с помощью инструктора, каждое упражнение выполняют 5-10 раз, а весь комплекс 3-4 раза в день, продолжительность 20-30 минут. Процедура проводится индивидуально. Выполняются в исходном положении лежа в постели на спине, прямые ноги на валике. В этом периоде пациенту рекомендую - упражнения выполнять медленно, с помощью. Упражнения носет облегченный характер. Упражнения выполнять, соизмеряя со своими возможностями, не применяя силу. Увеличивать нагрузку медленно, дробно. Упражнения выполнять с прямыми ногами на валике. Осторожные, легкие движения для ног, энергичные упражнения для мышц плечевого пояса и мышц туловищ.

II период - постельный режим с постепенным расширением движений и нагрузки, через 3-5 недель разрешается поворачиваться на живот.

Задачи 2 периода включают - укрепление мышц туловища, конечностей и тазового пояса, увеличение движений в суставах, тренировка опорной функции нижних конечностей. Применяют упражнения общеразвивающего характера, изометрическое напряжение мышц конечностей, тазового пояса и туловища. Статические и динамические дыхательные упражнения. Специальные гимнастические упражнения. Упражнения выполняют в щадяще-тренирующем режиме, при малой нагрузке с постепенным наростанием в медленном темпе, увеличивая до среднего, каждое

упражнение выполняют 5-8 раз, а весь комплекс 2-3 раза в день продолжительностью - 20-30 минут. В этом периоде пациенту рекомендуют: упражнения выполнять медленно, без болевых ощущений. Упражнения делать соизмеряя со своими возможностями, увеличивать нагрузку постепенно, дробно, в и.п. лежа на животе переворачиваться через здоровую ногу.

III период - постиммобилизационный, когда пациенту разрешено вставать, ходить.

Здесь выполняются следующие задачи: восстановление функции нижних конечностей, навыки ходьбы, правильность осанки, трудоспособности больных, укрепление мышц туловища, тазового пояса, конечностей, восстановление опорной функции нижних конечностей, увеличение амплитуды движений в суставах (особенно, в тазобедренном), используют общеукрепляющие упражнения для всех групп мышц и суставов с гимнастическими предметами и без предметов, у гимнастической стенки. Занятия дополняют полуприседаниями, наклонами туловища. Специальные упражнения - обучается передвижению (вначале при помощи костылей) в пределах палаты, а затем и отделения. Упражнения выполняют в тренирующем режиме, начиная со средней нагрузки с постепенным нарастанием, в среднем темпе повторяя 5-8 раз каждое упражнение, а весь комплекс 2-3-раза в день, продолжительностью 20-25 минут. В исходных положениях - лежа на спине, на боку, на животе и стоя на четвереньках. В этом период необходимо соблюдать правильный двигательный режим и технику ходьбы. В этом периоде пациенту рекомендуют: упражнения выполнять медленно без болевых ощущений, упражнения делать, соизмеряя со своими возможностями. Увеличивать нагрузку постепенно, дробно. Ходить несколько раз в день, не более 30 минут. Следить за правильной ходьбой постановки ног на костылях. Следить за правильностью осанки во время и.п. стоя у опоры.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ В ПРОЦЕССЕ УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Состояние половой функции изучено у 190 мужчин и 180 женщин. Уравнивание длины проводилось методом чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову в клинике ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия им. Г.А. Илизарова». Методики изучения половой функции уже описаны в материалах данной конференции.

У мужчин при гипогонадотропном гипогонадизме гонадотропин хорионический человека вводили в/м в дозе 1000-2000 МЕ 2-3 раза в неделю. Он стимулирует стероидогенез в половых железах за счет биологического воздействия, сходного с действием человеческого ЛГ. У мужчин он вызывает повышение продукции тестостерона, у женщин - продукции эстрогенов, особенно прогестерона после овуляции. Пациенты со скрытой сердечной недостаточностью, нарушением функции почек, гипертензией или мигренью находились под постоянным наблюдением врача с тем, чтобы повышение продукции андрогенов не привело к обострению или рецидиву этих заболеваний.

Для установления зависимости между концентрацией половых гормонов и минеральной плотностью костей (МПК) скелета ее определяли на костном денситометре фирмы «Lunar» (США), модель DPX NT.

Мужчины. В процессе уравнивания длины конечности на 4 см концентрация гонадотропинов снижалась на 29%, а концентрация тестостерона в 2,5 раза и больше при уравнивании на 8-12 см. Уменьшалась и скорость движения сперматозоидов.

Для защиты половой функции при уравнивании длины врожденно укороченной нижней конечности мы применяли заместительную терапию гонадотропином хорионическим. При этом не наблюдалось ослабления эрекции, ускорения эякуляции и изменения объема эякулята. Количество сперматозоидов составляло 68%, активных было 61%, через 6 часов после эякуляции 30%, через 12 часов - 13%. Скорость их движения составляла 72% по сравнению с исходной. Содержание фруктозы и лимонной кислоты в сперме было равно 71-72%, фосфатный индекс составлял 61%. Полное восстановление при удлинении на 4 см наблюдалось через 1 год

после завершения уравнивания длины врожденно укороченной конечности, при удлинении на 8-12 см - через 2 года.

Женщины. При назначении гонадотропина хорионического человека концентрация ФСГ в процессе удлинения на 4-8 см была выше нормы на 88-95%, а при наличии остеомиелита - на 70%. Аналогичным был уровень ЛГ и ПЛ.

Наибольшая концентрация эстрадиола была при удлинении на 4-8 см. У больных остеомиелитом она была выше нормы на 60%. Аналогичным образом изменялась и концентрация прогестерона. Высокая концентрация гонадотропинов и половых гормонов приводила к тому, что нормальное течение МЦ на фоне заместительной терапии при уравнивании длины врожденно укороченной конечности на 4 см наблюдалось у 82% женщин, на 8 см - у 66%. У остальных женщин отклонения МЦ сводились к гипо- олигоменорее. Аменорея отмечена у очень небольшого числа женщин.

Во время завершения минерализации уже сформированного регенерата число женщин с нормальным МЦ увеличивалось. Через год после уравнивания длины конечности на 4-12 см и лечения оно составляло 83-94%. У остальных женщин (2-7%) наблюдалась гипо- и опсоменорея. Аменорея - только в 1% случаев. Через 3 года нормальный МЦ встречался у 91-98% женщин.

Минеральная плотность (МПК) в уравниваемом сегменте и скелете. В процессе формирования регенерата для уравнивания длины врожденно укороченной нижней конечности на фоне заместительной терапии МПК была выше на 12% по сравнению с теми, кто ее не получал. В сформированном регенерате перед снятием аппарата МПК в нем была больше на 8%.

Деминерализация: в участках кости, прилежащих к регенерату, была меньше, чем у тех, кто не получал терапии: в прилежащем метафизе она составляла 5-9%, в диафизе - на 3-5%, а в пяточной кости на 8-9%. В смежных сегментах деминерализация также существенно уменьшалась, в частности, в различных участках бедренной кости и в позвоночнике. В верхней конечности в процессе уравнивания МПК уменьшалось до 8%, но при окончательном формировании регенерата наступала нормализация.

Таким образом, при заместительной терапии расстройств половой функции, предотвращалась не только деминерализация в уравниваемом сегменте, но и ускорялся процесс репаративного костеобразования, меньшими были изменения МПК в скелете.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.

Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОРМОНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПОЛОВУЮ ФУНКЦИЮ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СУБЪЕКТИВНО НИЗКОГО РОСТА

Решение об увеличении роста оперативным методом принимается индивидуально для каждого пациента, исходя из его психологического, ортопедического и соматического статуса. Для физически здоровых лиц эта проблема особенно сложна. Недовольство своим ростом чаще всего связано с личной психологической реакцией при сравнении с окружающими людьми в обществе и семье (81%), с реакцией общества или лиц противоположного пола (17-33%). Следует учесть, что с возрастом желание увеличить рост может измениться, что у женщин чаще всего происходит после 20 лет. У мужчин же, напротив, эта проблема обостряется между 20 и 30 годами. Среди пациентов преобладают учащиеся средней школы и ВУЗов с нормальным (с медицинской точки зрения) ростом: в среднем 167 см у мужчин и 150 см - у женщин.

Рост увеличили 16 (11 мужчинам и 5 женщинам) практически здоровым людям в возрасте 20-32 лет. У мужчин исходный рост составлял 155,2±1,8 см, у женщин - 144,3±1,2 см. В результате проведенных удлинений конечностей рост увеличился у мужчин на 8,9±1,2 см, у женщин - 6,2±1,3 см.

Остеотомию каждого сегмента и его удлинение с помощью аппарата Илизарова производили

на двух уровнях (билокальный дистракционный остеосинтез), а удлинение двух сегментов осуществляли параллельным или перекрестным способом (полисегментарный остеосинтез).

При подготовке пациента к операции наряду с клиническими исследованиями, уделяли внимание психологической подготовке к предстоящему лечению, так как удлинение конечности занимает довольно длительный период и требует от больного не только физических, но и психологических усилий. Поэтому в ходе бесед с пациентами их знакомят с планом лечения и ожидаемыми результатами.

Сведения о состоянии копулятивного компонента половой функции собирали по специально составленной анкете. Забор эякулята производился методом виброэякуляции. Подсчет числа сперматозоидов производили в счетных камерах для форменных элементов крови. Подсчет общего числа сперматозоидов и определение процента патологических форм в эякуляте производили по методике А.А. Рубенкова (1959 г.) в модификации М.А. Кунина (1973 г.). Скорость движения сперматозоидов определяли по методикам Hynie (1962 г.) и Беглашвили (1971 г.). Определение фруктозы, щелочной и кислой фосфатаз проводили по методикам Б.Т. Старковой (1973 г.). Под величиной фруктолиза понимали разницу между первым и вторым определением через несколько часов. Состояния менструального цикла (МЦ) изучали по специально разработанной анкете. Для выявления зависимости между концентрацией половых гормонов и минеральной плотностью костей (МПК) скелета ее определяли на костном денситометре фирмы «Lunar» (США), модель DPX NT.

Постоянная импульсация из тканей, растягиваемых для формирования регенерата с целью увеличения роста, а также ограничение физической активности формировали очаг стойкого возбуждения в коре головного мозга, вызывают ощущение боли, порой сильной, которая нарушает сон, отрицательно воздействует на психику больных. О наличии стрессовой ситуации свидетельствует повышенная концентрация АКТГ, кортикостероидов и соматотропина. Подобная ситуация поддерживает возбуждение в лимбической системе, снижает продукцию кортиколиберинов.

Изменения копулятивного компонента половой функции у мужчин при увеличении роста сводятся к снижению либидо, частоты эякуляций, которые наступают преждевременно. Это приводит к отсутствию положительных эмоций как в ранние стадии копулятивного цикла, так и после его осуществления.

Уменьшение содержания пролактина ослабляло стимуляцию простаты и меньшим становился объем эякулята. Снижение концентрации ФСГ приводило к нарушению сперматогенеза, медленнее происходила дифференцировка и пролиферация клеток Сертоли, ослаблялись поздние стадии сперматогенеза. Снижение содержания ЛГ приводило к уменьшению синтеза тестостерона в клетках Лейдига. На фоне сниженной концентрации половых гормонов происходило уменьшение МПК скелета.

У женщин в процессе увеличения роста развивался гипоменструальный синдром. Отмечены ановуляторные и овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения.

Заместительная терапия анаболическими стероидами ускоряла процесс репаративного костеобразования, существенно уменьшала проявление остеопороза в скелете и предотвращала расстройство половой функции.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ КОПУЛЯТИВНОГО КОМПОНЕНТА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ И ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Травматология и ортопедия на сегодня являются, возможно, единственным разделом медицины, в котором не изучено состояние половой функции у больных. Вместе с тем, как мы уже докладывали на I Российском Пленуме травматологов и ортопедов (1994 г.), а также Международной конференции, проводившейся в 1996 году в РНЦ «ВТО», изменения концентрации половых

гормонов существенно влияют на процесс минерализации регенерата или вновь формирующейся кости. При низкой концентрации минерализация существенно ослаблена.

Среди клиницистов нередко бытует представление о том, что оперативное вмешательство якобы стимулирует половую функцию. Некоторые больные действительно отмечают усиление сексуального компонента. Но это является следствием оживления рефлексов при длительном пребывании в четырех стенах палаты, а не увеличения концентрации половых гормонов.

Цель исследования. Ознакомить специалистов с результатами определения концентрации гормонов у больных, а у женщин еще и менструального цикла.

При анонимном анкетном опросе женщин, находившихся в стационаре, уже в процессе лечения установлено, что при поступлении в клинику врач обстоятельно их не расспрашивал. Это было поручено медсестре, которая не являлась специалистом. Больные со своей стороны считали это либо неважным, либо опасались, что эти сведения могут затруднить или задержать поступление на лечение. Шесть процентов больных ортопедического профиля указали в анкетах, что у них до поступления и начале лечения были отклонения в менструальном цикле. Нами для объективизации сведений при заборе крови на другие исследования, небольшое количество сыворотки передавалось для определения концентрации гонадотропинов (ФСГ, ЛГ, а также ПЛ - пролактина) и половых гормонов - эстрадиола, прогестерона, эстрона, андростендиона, тестостерона. Изменения цикла, по результатам такого обследования были выявлены у 38,2% женщин, так как они уже нередко неоднократно оперировались. В процессе лечения (дистракция, фиксация) в отделениях ортопедического профиля расстройства цикла были у 78% женщин.

В первые 4-5 дней после операции у 3,6% ортопедических больных наблюдались дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), которые больными трактовались, как внеочередные менструации. Задержку менструации на 1-2 месяца (опсо- и олигоменорея) мы отметили 33% женщин. Ановуляторный менструальный цикл был у 56,7%, из них по типу персистенции фолликула (длительное существование) у 34,7%, по типу атрезии (преждевременное обратное развитие) - у 22%. ДМК с овуляторными циклами были у 43,3%. Аменорея вторичная была у 3,6% больных.

В отдел травмы с нарушениями МЦ до перелома поступило 3%. В процессе лечения процент расстройств менструального цикла составил 53%, из них по типу атрезии - 34%. ДМК по овуляторному типу - 33%.

Приведенные материалы должны привлечь внимание клиницистов в том плане, что в условиях нарушенного менструального цикла репаративная регенерация в любом случае будет протекать слабее, чем хотелось бы.

У мужчин, так же как и у женщин, наблюдалось снижение концентрации ФСГ и ЛГ. В организме мужчин уменьшение этого гонадотропина ведет к уменьшению сперматогенеза, медленнее происходит дифференцировка и пролиферация клеток Сертоли и ослабляются поздние стадии сперматогенеза. ЛГ контролирует выработку тестостерона в клетках Лейдига. Снижение его концентрации приводит к уменьшению секреции тестостерона, который мы определяли в сыворотке крови. Снижение содержания пролактина уменьшало стимуляцию простаты и меньшим был объем эякулята.

Уменьшение концентрации тестостерона отражалось на содержании минеральных веществ как в области травмы, так и в формирующемся регенерате. Покажем это на клиническом примере.

Больной П., 30 лет. Укорочение руки на 22 см. Производили одновременное удлинение плеча и предплечья. Концентрация тестостерона до операции 3,24 нг/мл. На 10-й день дистракции она уменьшалась в 2 раза. На 60-й день дистракции уровень гормона был еще ниже. СМВ в регенерате в этот день - 0,404 г/см^2. Через 1,5 месяца фиксации уровень тестостерона упал до 0,89 нг/мл уменьшился (в 4,7 раза). Содержание минералов в регенерате было уменьшено в 2 раза (0,182 нг/мл). У больного в этот период наблюдалась замедленная консолидация костных фрагментов.

Приведенный пример показывает очевидную взаимосвязь между концентрацией половых гормонов и активностью репаративного процесса. Поэтому в план лечебных мероприятий должны включаться мероприятия по защите половой функции.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, НАРУШЕННОГО ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Обследуя у женщин минеральную плотность костей (МПК) скелета на самом современном костном денситометре, мы обратили внимание на то, что при сниженной МПК менструальный цикл (МЦ) был нарушен в 25% случаев. Первоначально мы трактовали нарушения МЦ следующим образом: под влиянием травмы в коре головного мозга начинал функционировать очаг повышенного возбуждения, а в подкорковых образованиях (гипоталамус) - развивалось торможение, в силу чего меньше вырабатывалось нейрогормонов - фол- и люлиберинов и, соответственно, уменьшалась продукция фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. Поэтому нарушался МЦ и уменьшалось образование эстрогенов.

Сегодня мы пришли к выводу, что в такой трактовке не учитывается изменение концентрации пролактина (ПЛ) - единственного гормона передней доли гипофиза, секреция которого постоянно подавляется гипоталамусом и существенно возрастает после освобождения гипофиза от гипоталамического контроля.

Для выяснения всех деталей механизма нарушений МЦ нами в динамике обследовано 246 женщин с функциональными нарушениями, возникшими после травмы или уравнивания длины врожденно укороченной нижней конечности. У этих женщин методом радиоиммунологического анализа определяли на 3, 14 и 30 дни после травмы концентрацию ПЛ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Для оценки активности репаративного процесса по МПК больных обследовали на дихроматическом костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp» (США).

Наиболее выраженные изменения МПК выявили в костях с преимущественно трабекулярной тканью (позвоночник, кости таза, пяточная кость, нижняя треть лучевой кости). Установлено, что отклонения в цикле как в сторону ускорения (пройоменорея), так и удлинения (полименорея, опсопройоменорея, опсоолигоменорея), а также разница в количестве выделявшейся крови при нормальной цикличности (гипоменорея, олигогипоменорея) не приводили к нарушениям МПК. Исключением была только гиперменорея, при которой МПК была снижена на 8% ($p<0,05$).

Нарушения МЦ возникали вследствие увеличения концентрации пролактина в 5-7 раз и снижения концентрации ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Чаще всего наблюдались они в течение 35-90 дней (опсоменорея). В силу этого снижалась активность остеобластов, усиливалось действие паратирина на кость и поэтому в конце лечения МПК скелета была снижена на 21,6%. Для сохранения цикла больным давали препараты, снижающие концентрацию пролактина: после травмы на 3-й день, при плановых операциях для уравнивания длины конечностей за 3-5 дней до операции и до появления МЦ. Терапия была результативной, так как нормализовалась концентрация пролактина и восстанавливалось содержание ФСГ и ЛГ.

Расшифровка механизма нарушения МЦ имеет большое практическое значение, так как дает возможность сохранить нормальное течение репаративного процесса. Это важно подчеркнуть потому, что травматологи и ортопеды, проводящие плановые операции, как правило, не интересуются состоянием МЦ.

Вывод.

Под воздействием таких сильнейших стресс-факторов, как травма и остеотомия для формирования регенерата с целью уравнивания длины врожденно укороченной конечности, происходит усиление синтеза пролактина, уменьшение образование ФСГ и ЛГ, поэтому МЦ может нарушиться. Снижается концентрация эстрадиола, который обычно также подавляет выработку пролактина.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОРМОНОВ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Состояние половой функции в травматологии и ортопедии остается неизученным. Есть лишь указание клиницистам на то, что при выявлении нарушений половой функции у мужчин и расстройств менструального цикла (МЦ) у женщин репаративная регенерация в любом случае будет протекать слабее, чем хотелось бы. Поэтому оперативные вмешательства необходимо проводить в оптимальные сроки и максимально защищать половую функцию (А.А. Свешников, 1994 г., 2002 г.).

В процессе уравнивания длины врожденно укороченной нижней конечности состояние половой функции изучено у 190 мужчин и 180 женщин. Уравнивание длины проводилось методом чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову в клинике ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова».

Сведения о состоянии копулятивного компонента половой функции собирали по специально составленной анкете. Забор эякулята производился методом виброэякуляции Подсчет числа сперматозоидов производили в счетных камерах для форменных элементов крови. Подсчет общего числа сперматозоидов и определение процента патологических форм в эякуляте производили по методике А.А. Рубенкова (1959) в модификации М.А. Кунина (1973). Скорость движения сперматозоидов определяли по методикам Hynie (1962) и Беглашвили (1971). Определение фруктозы, щелочной и кислой фосфатаз проводили по методикам Б.Т. Старковой (1973). Под величиной фруктолиза понимали разницу между первым и вторым определением через несколько часов. Состояния менструального цикла (МЦ) изучали по специально разработанной анкете. Для выявления зависимости между концентрацией половых гормонов и минеральной плотностью костей (МПК) скелета ее определяли на костном денситометре фирмы «Lunar» (США), модель DPX NT.

В задачу настоящего исследования входило определение концентрации гормонов стресс-группы, гонадотропинов (ФСГ, ЛГ), а также пролактина и половых гормонов - эстрадиола, прогестерона, эстрона, эстриола, андростендиона, тестостерона методом радиоиммунологического анализа. Расчет концентрации проводился на гамма-счетчике.

Концентрация АКТГ, кортизола, альдостерона и соматотропина. В процессе уравнивания длины врожденно укороченной голени их концентрация увеличивалась. Величина ее зависела от длины регенерата, числа остеотомий и удлиняемых сегментов. Наиболее высокой она была при формировании костных регенератов в двух сегментах и на двух уровнях. В этот период подавляющее число больных предъявляли жалобы на боль разной интенсивности, чаще сильную.

Изменения копулятивного компонента половой функции у мужчин сводились к снижению либидо, частоты эякуляций, которые наступают преждевременно. Это приводит к отсутствию положительных эмоций как в ранние стадии копулятивного цикла, так и после его осуществления.

Уменьшение содержания пролактина ослабляло стимуляцию простаты, и меньшим становился объем эякулята. Снижение концентрации ФСГ приводило к нарушению сперматогенеза, медленнее происходила дифференцировка и пролиферация клеток Сертоли, ослаблялись поздние стадии сперматогенеза. Снижение содержания ЛГ приводило к уменьшению синтеза тестостерона в клетках Лейдига. На фоне сниженной концентрации половых гормонов происходило уменьшение МПК скелета.

Заместительная терапия анаболическими стероидами ускоряла процесс репаративного костеобразования, существенно уменьшала проявление остеопороза в скелете и предотвращала расстройство половой функции.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ МАССА КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ И УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ

В задачу настоящего исследования входило изучение активности репаративного костеобразования по массе минералов после травм и уравнивания длины конечностей при сохраненном и нарушенном менструальном цикле.

Под наблюдением находились 246 женщин в возрасте 18-40 лет. Из них 56 после травм нижних конечностей (голень, бедро) и 190 после ортопедических операций (уравнивания длины врожденно укороченных голени и бедра). Измеряли минеральную плотность костей (МПК) массу минералов скелета на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp». Менструальный цикл (МЦ) считали нарушенным, если менструаций не было 1,5-2 месяца. Эти расстройства именуются как опсопройоменорея, опсоолигоменорея, опсоменорея и олигоменорея. В контрольную группу входили здоровые женщины аналогичного возраста.

Травма. Масса минералов (ММ) в скелете через 2 месяца при сохраненном цикле была на 4% меньше, чем в норме, а при нарушенном цикле - на 19%. В поясничных позвонках соответственно на 5 и 10%. В шейках бедренных костей - 9 и 14%. В пространстве Варда - 4 и 20%. В большом вертеле - 14 и 25%. В диафизе - 6 и 10%. Во всей проксимальной трети бедренной кости - 8 и 14%.

Уравнивание длины врожденно укороченной конечности. ММ при нормальном МЦ была уменьшена во всем скелете на 22%, при нарушенном - 31%. В позвоночнике деминерализация составляла соответственно 9 и 19%. В шейках бедренных костей - 4 и 12%. В пространстве Варда - 13-31%. В большом вертеле - 7 и 13%. В диафизе бедренной кости - 4 и 9%. Во всей проксимальной трети бедренной кости 6 и 17%.

При травме, если она происходила в первые дни МЦ, возникало нарушение его в силу того, что механическое воздействие являлось сильнейшим стресс-фактором, вызывающим торможение в гипоталамусе и, как следствие, уменьшение продукция нейрогормонов и гонадотропинов. Снижалось образование половых гормонов, которые приводят в движение остеобласты и удерживают минеральные вещества в кости. Обычно ортопеды, проводящие плановые операции, как правило, не интересуются состоянием МЦ. Больных вызывают на плановые операции сразу после менструации - именно тогда, когда делать операцию как раз нельзя (А.А. Свешников и соавт., 1998 г.). В итоге МЦ нередко нарушался и менструаций не было 1,5-2 месяца, иногда больше. Восстановлением цикла никто не занимается, ждут, когда нарушение пройдет само собой. А это является врачебной ошибкой, поскольку может наступить угасание функции яичников. Кроме этого, длительное время сниженная концентрация половых гормонов замедляла репаративный процесс.

В наших наблюдениях прослежена четкая взаимосвязь между состоянием МЦ, концентрацией эстрогенов и ММ скелета.

При низкой концентрации эстрогенов активность остеобластов уменьшалась, усиливалась резорбция и деминерализация, а врач сокрушается: «Почему плохо минерализуется регенерат?». Регулируя минерализацию регенерата, эстрогены защищают кость от воздействия паратирина.

В предыдущей нашей работе (А.А. Свешников и соавт., 1997 г.) мы обстоятельно изучили частоту встречаемости различных нарушений МЦ после травм и при удлинении конечностей и показали, что она составляет соответственно 60,1% и 76%. В данной работе обнаружено, что деминерализация выявлялась во всем скелете, прежде всего, в местах преимущественного расположения трабекулярной кости, так как в компактной значительная часть минералов прочно фиксирована.

Шатохин В.Д., Акимов А.З., Маменков А.С.
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина
г.Самара, Россия

РОЛЬ, МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

За последнее время в системе и технологиях лечения больных с политравмой многое изменилось, однако остеосинтез полифрактур аппаратами внешней фиксации получил второе «дыхание». Это связано, как с более активной тактикой лечения тяжелых повреждений скелета, так и с преимуществами данного метода лечения.

Аппараты внешней фиксации начали создавать с начала 20 века, однако ни один аппарат и его комплектующие не получили такого блестящего клинического и экспериментального обоснования, как аппарат Илизарова. Это было обусловлено тем, что автор и его последователи разработали и внедрили универсальные комплектующие, которые сделали его многофункциональным аппаратом с уникальными репозиционными и фиксационными свойствами, была создана система лечения больных с травмами и ортопедическими заболеваниями данным методом.

Рост оперативной активности у больных с политравмой происходит за счет увеличения числа операций с применением аппаратов внешней фиксации с модульными вариантами компоновок аппарата. Стабилизация отломков в первые часы поступления больного в стационар позволяет значительно снизить тяжесть травматического шока.

По словам одного из идеологов остеосинтеза Сергеева С.В., «В арсенале современных методов остеосинтеза метод чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации при открытых переломах и их осложнениях, полифрактурах является «Бриллиантовым стандартом», а его биологическое совершенство «апофеозом костной хирургии». (Сергеев С.В. и соавт. 2009 г.)

Использование упрощенных вариантов компоновок аппарата на ранних стадиях травматической болезни позволяет сократить время операции и число осложнений, ведь в конечном счете операция - это дополнительная травма, «второй удар», хирургическая агрессия. В своей практике у больных с политравмой мы часто применяем в первые 3 суток упрощенные варианты компоновок аппарата. Нередко для этой цели мы используем гибридные, спице - стержневые аппараты, обеспечивающие хорошую фиксацию перелома. Модульная конструкция обеспечивает стабилизацию перелома, но не позволяет управлять отломками.

Исходя из тяжести травмы, мы планировали вид и очередность оперативного вмешательства. При «свежих» переломах мы использовали модульные конструкции для стабилизации повреждений, для постепенной репозиции и управления отломками у больных с «застарелыми» и неправильно срастающимися переломами, мы использовали мобильную систему из комплектующих аппарата Илизарова.

С целью более эффективного лечения переломов шейки бедра, ребер и грудины нами разработаны оригинальные методики остеосинтеза. Одним из негативных факторов аппаратов внешней фиксации является возможность инфицирования зоны повреждения и снижение качества жизни больных.

Аппараты внешней фиксации широко используются у больных с сочетанной травмой в специализированных отделениях: торакальной хирургии, урологии, нейрохирургии, поэтому целесообразно идти по пути проведения совместных исследований с крупными травмоцентрами, имеющих научный и практический потенциал. Это позволит устранить некоторое охлаждение к методу Илизарова, получить новые направления научных исследований, крайне нужных практическому здравоохранению.

Обучение методу остеосинтеза аппаратами внешней фиксации должно также измениться с учетом современных технологий: дистанционное обучение, моделирование ситуаций и виртуальное их разрешение, кооперация с кафедрами последипломного обучения медицинских академий и университетов, проведение коротких тематических циклов.

На новом этапе развития травматологии и ортопедии требуется развить и усовершенствовать то, что создал гениальный ученый и его последователи, чтобы метод внешней фиксации получил дальнейшее развитие.

ВНИМАНИЕ!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ПОЛИТРАВМА»!

Научно-практический рецензируемый ежеквартальный журнал «Политравма» предназначен для клиницистов, научных работников и руководителей органов здравоохранения.

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, сотрудники фирм производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

Журнал рекомендован ВАК Министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук.

ПОДПИСКА

Подписаться на журнал «Политравма» можно в любом почтовом отделении связи РФ:

✓ по Объединенному каталогу «Пресса России». **Индекс подписки – 42358**

Ф. СП-1

Почта России

АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА» | **42358** (индекс издания)

(наименование издания) | Количество комплектов:

на 200 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс) (адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

ПВ | место | литер | **42358** (индекс издания)

«Политравма»

(наименование издания)

Стоимость | подписки _____руб.___коп. | переадресовки _____руб.___коп. | Количество комплектов

на 200 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс) (адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

Адрес для оформления подписки по каталогу «Пресса России» через Интернет:
http://www.arpk.org

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Агафонова Н.В., Ишуткин И.В., Конев Е.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Черепно-мозговая травма относится к важнейшей проблеме здравоохранения и общества в любой стране. Повреждения центральной нервной системы в общей структуре травматизма составляют около 30-40%, а среди причин инвалидизации выходят на первое место. По данным отечественных авторов, частота черепно-мозговых травм составляет в среднем 2-4 случая на 1000 человек в год. При этом отмечается неуклонная тенденция к увеличению травматических повреждений центральной нервной системы (ежегодно регистрируется прирост случаев ЧМТ до 2%).

Лучевому исследованию при черепно-мозговой травме совершенно справедливо отводится одно из центральных мест. КТ в настоящее время является методом визуализации «первой линии». КТ - быстрое и легко выполнимое исследование, в том числе при обследовании пациентов с искусственными системами жизнеобеспечения, и мониторирования. Современные спиральные компьютерные томографы обладают высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике острых повреждений мозгового вещества и костных структур, однако обладают низкой чувствительностью в диагностике поражений структур задней черепной ямки и ствола мозга, а также патологических изменений, характерных для первичного диффузного аксонального повреждения мозга. Возможности МРТ при этих условиях гораздо шире.

Цель исследования. Анализ возможностей лучевых методов диагностики в выявлении очаговых и диффузных повреждений головного мозга при ЧМТ.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты обследования 53 пациентов в остром периоде черепно-мозговой травмы. Из них 6 (11,3%) женщин, 47 мужчин (88,7%). Возраст пациентов от 7 до 66 лет. Исследования проводились на аппаратах СКТ фирмы GE Hi Speed Dual, с использованием стандартного аксиального сканирования, и на МРТ фирмы GE SIGNA PROFILE EXCITE, с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл, с использованием адаптированных программ сканирования в Т1, Т2 и Т2 flair режимах, в сагиттальных, аксиальных и коронарных проекциях (общее время сканирования занимало 9 мин 34 сек).

Результаты исследования. При проведении спиральной компьютерной томографии у 7 (13,2%) пациентов были выявлены переломы различной локализации, у 3 (5,7%) пациентов - пневмоцефалия. Очаги ушиба были выявлены у 30 (56,6%) пациентов, с формированием зон кровоизлияния, внутримозговых гематом у 16 (30,2%). По локализации очагов ушиба: лобная 29 (54,7%), теменная 29 (54,7%), височная 26 (49%), затылочная 10 (18,9%). Эпидуральная гематома была выявлена у 4 (7,5%) пациентов, у 17 (32%) пациентов выявлена субдуральная гематома, у 20 (37,7%) субарахноидальное кровоизлияние, в 2 (3,8%) случаях внутри желудочковое кровоизлияние. Дислокационный синдром развился у 10 (18,9%) пациентов. Диффузный отек вещества головного мозга выставлен 6 (11,3%) пациентам. Ликвородинамические нарушений в виде гидроцефального синдрома: у 9 (17%) пациентов, у 6 (11,3%) наружная гидроцефалия, с формированием острых субдуральных гидром лобной, височных областей.

С целью уточнения характера повреждений вещества головного мозга, при несоответствии тяжести неврологических проявлений и полученных после проведения спиральной томографии данных, 14 (26,4%) пациентам дополнительно была проведена магнитно-резонансная томография, при которой были подтверждены выявленные ранее повреждения и, дополнительно, выявлено у 3 (5,7%) пациентов очаги ушиба на уровне базальных ядер, у 3 (5,7%) очаги ушиба на уровне ствола, у 1 (1,9%) в мозжечке, очаги ушиба в мозолистом теле у 4 (7,5%), признаки диффузного аксонального повреждения у 4 (7,5%) пациентов.

Выводы.

Таким образом, преимущество в первичной диагностике черепно-мозговой травмы имеет компьютерная томография, ввиду меньшего времени на проведение исследования и легкости обработки полученных результатов. Магнитно-резонансная томография показана при несоответствии

клинических данных с данными КТ (особенно у больных в коме), прежде всего для выявления повреждений в стволе мозга и диффузно-аксональных повреждений.

Аргинтаев Е.С., Киселева А.В., Овчинников О.Д., Трубин В.В.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

СТАТУС КАЛЬЦИЙРЕГИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОГЕННЫМИ ОССИФИКАТАМИ

Травма как фактор риска образования оссификатов вообще и нейрогенная в случае травматической болезни головного и спинного мозга (ТБГМ, ТБСМ), является одним из наиболее изученных причин, связанных с образованием оссификатов.

Причиной образования оссификатов может быть целый ряд ситуаций от прямой травмы до результата агрессивной манипуляции суставов. Частота случаев эктопического формирования кости после травмы головного мозга и повреждения спинного мозга составляет 10-23% и 40-50%, соответственно. Сообщается и о других неврологических состояниях связанных с нейрогенной гетеротопической оссификацией, таких как синдром Гийена-Баре, опухоли и инфекции центральной нервной системы, однако эти случаи плохо документированы и соответствующих данных мало.

Проведенные до настоящего времени исследования позволяют с высокой степенью вероятности полагать, что пути образования оссификатов более сложные, чем считали ранее, однако патофизиологический механизм в полной мере непонятен.

В тоже время, как подчеркивает И.В. Давыдовский, травма всегда сопровождается рядом общих сдвигов в организме, обеспечивающих нормальное течение местной травматической реакции. Цикличность и закономерность этой реакции будут связаны с адаптационным влиянием нервной и эндокринной систем.

Цель исследования. Изучение уровня кальцийрегулирующих гормонов в крови больных с ТБСМ и ТБГМ с наличием оссификатов.

Материалы и методы исследования. Обследовано три группы пациентов:

- 1 группа - больные с ТБСМ и ТБГМ с наличием оссификатов;
- 2 группа - больные с ТБСМ и ТБГМ без оссификатов;
- 3 контрольная группа - пациенты с незначительными травмами без повреждения позвоночника и спинного мозга.

У всех пациентов в сыворотке крови определяли концентрацию паратиреоидного гормона (ПТГ), кальцитонина (КТ) и остеокальцина (ОК) с использованием стандартных наборов ПТГ фирмы DIA Source (Бельгия), КТ - фирмы BIOMERUKA (Германия) и ОК - фирмы IDS (Великобритания) на ИФА анализаторе Stat-Fax.

Весь цифровой материал обработан с использованием стандартных методов описательной статистики. Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних во всех случаях проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых переменных. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p<0,05$. Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США лицензионное соглашение N SN AXAAR207P396130FA-0).

Результаты исследования. Нами установлено, что в крови пациентов с травмами позвоночника, спинного и головного мозга (1 группа) содержание ПТГ, КТ, ОК составили (17,4±1,9); (10,5±2,5) и (20,0±1,6) моль/л, соответственно. У больных с нейрогенными оссификатами (2 группа) концентрация ПТГ и ОК была такой же, как и у пациентов 1 группы (15,3±1,8) и (18,0±2,4). В тоже время уровень кальцитонина в крови больных 2 группы был значительно (в 3,8 раза) ниже, чем у больных 1 группы и составлял (2,8±0,7) и в 2,3 раза ниже по сравнению с показателями контрольной группы ($p<0,05$). Выявлено, что содержание ПТГ в крови у пациентов 1 и 2 групп был статистически достоверно выше, чем у больных 3 группы.

Таким образом, полученные данные позволяю полагать, что у пациентов с повреждением

структур спинного и головного мозга меняется уровень кальцийрегулирующих гормонов. Снижение уровня КТ может являться прогностическим признаком образования нейрогенных оссификатов.

Афаунов А.А., Басанкин И.В., Кузьменко А.В., Шаповалов В.К.
ГБОУ ВПО КубГМУ Министерства здравоохранения России
г.Краснодар, Россия

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМИ СТЕНОЗАМИ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Поясничный стеноз дегенеративной этиологии - одна из наиболее распространенных причин прогрессирующей функциональной несостоятельности позвоночника. В последнее время большое распространение получила дорсальная декомпрессия корешков в сочетании с транспедикулярной фиксацией (ТПФ) и межтеловым спондилодезом, выполненным из заднего или заднебокового доступа к межпозвоночным дискам (PLIF или TLIF).

Цель исследования. Выявить причины неудачных исходов декомпресивно-стабилизирующих операций у больных с поясничными стенозами дегенеративной этиологии.

Материалы и методы исследования. Наше исследование включает опыт хирургического лечения 502 больных с поясничным стенозом дегенеративной этиологии за период 2009-2011 годы. Патологический процесс у наших больных локализовался в поясничном, либо в поясничном и нижнегрудном отделах позвоночника. Основными клиническими проявлениями заболевания на момент обращения в клинику являлась стойкая компрессионно-ишемическая радикулопатия, хроническая боль в спине и нижних конечностях, затруднения при ходьбе.

Результаты исследования. Ближайшие результаты лечения в течение 2-3 месяцев после операций изучены у всех больных. Отдаленные результаты лечения через 12-24 месяца после операций изучены у 301 (60%) больных. Необходимость в проведении ревизионных операций в отдаленном периоде наблюдения возникла у 30 (6%) больных. При этом у 18 из них протяженность стабилизации составляла 4 и боле ПДС. Дважды ревизионная операция выполнялась у 4 больных, и трижды - у 2. Таким образом, общее количество ревизионных операций, выполненных в отдаленном периоде, составило 37. Причинами реопераций были дестабилизация каудальных винтов спинальной системы у 9 (24%) больных; дестабилизация краниальных винтов у 5 (13,5%) больных; клиническая манифестация прогрессирующих дегенеративных процессов в краниальных от уровня фиксации ПДС у 3 (8,1%) больных; рецидивы компрессионно-ишемической радикулопатии вследствие развития рубцово-спаечных процессов у 8 (21,6 %) больных; переломы краниальных или каудальных винтов у 4 (10,8%) больных; разблокирование коннекторов винтов у 2 (5,4%) больных; формирование межтелового псевдартроза у 1 (2,7%) больного.

Выводы.

1. Основными причинами реопераций у больных с поясничными стенозами дегенеративной этиологии в ближайшем послеоперационном периоде являются технические дефекты выполнения декомпрессии и ликворея.

2. Увеличение протяженности декомпрессивно-стабилизирующего хирургического вмешательства по поводу поясничного стеноза до 4 ПДС и более сопровождается многократным увеличением хирургического риска и вероятности появления показаний к ревизионным операциям в отдаленном периоде.

3. При наличии протяженного дегенеративного поражения поясничного и нижнегрудного отделов позвоночника у пожилых пациентов с сопутствующей соматической патологией целесообразно ограничить протяженность декомпрессивно-стабилизирующего хирургического вмешательства тремя ПДС, имеющими максимальные анатомические изменения и наибольшее значение в клинической манифестации заболевания.

Афаунов А.А., Басанкин И.В., Тахмазян К.К.
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
ГБУЗ Краевая клиническая больница N 1 им. проф. С.В. Очаповского
г.Краснодар, Россия

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ С ЦЕМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ВИНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Среди хирургических методов, предлагаемых в настоящее время для лечения переломов позвоночника на фоне остеопороза, наиболее обоснованным, по нашему мнению, является транспедикулярная фиксация (ТПФ) с цементной имплантацией винтов.

Цель исследования. Изучить результаты применения ТПФ с цементной имплантацией винтов при переломах грудного и поясничного отделов позвоночника на фоне остеопороза.

Материалы и методы исследования. За двухлетний период 2010-2012 годы ТПФ с цементной имплантацией винтов применялась нами при лечении 48 больных с переломами грудного или (и) поясничного отделов позвоночника на фоне остеопороза. Среди больных было 15 мужчин и 33 женщин в возрасте от 56 до 78 лет. Переломы тела одного позвонка имели 35 человек, двух смежных позвонков - 5 человек, двух не смежных позвонков - 4 больных, многоуровневые повреждения более двух позвонков - 4 больных. Повреждения в грудном отделе были у 17 больных, в поясничном - 21, в грудном и поясничном отделах - 10 человек. Вертеброгенного неврологического дефицита, связанного с повреждением позвоночника, у пациентов нашей группы не было. Предоперационное обследование во всех случаях включало рентгенографию позвоночника в стандартных проекциях, КТ или МРТ. Основным спондилометрическим проявлением повреждений позвоночника у наших больных был локальный кифоз, составлявший в среднем 26,4±3,1 градуса. Наличие остеопороза подтверждали у 21 больного результатами рентгенографии и КТ по визуальным признакам, и у 27 больных - данными КТ-денситометрии позвоночника. Все больные оперированы в клинике в сроки от 1 суток до 3,5 месяцев с момента травмы. Во всех случаях ТПФ применялась в традиционной бисегментарной компоновке. У 32 больных для ТПФ с цементной имплантацией использовали перфорированные винты. У 16 пациентов для ТПФ с цементной имплантацией использовали обычные винты. У 8 больных, сразу после цементной имплантации винтов, при наличии компрессионных переломов тел других позвонков с компрессией до 1 степени, производили их вертебропластику.

Ориентируясь на данные КТ-денситометрии, при снижении минеральной плотности костной ткани в позвонках, смежных с уровнем ТПФ по Т-критерию ниже - 3,5, мы в 17 случаях выполняли вертебропластику тел позвонков, смежных с уровнем фиксации. При этом вертебропластика только краниального от уровня фиксации позвонка выполнена в 14 случаях, краниального и каудального позвонков - в 3 случаях.

29 больным при необратимых разрушениях передней и средней остеолигаментарных колонн травмированных позвонков, хирургическое лечение завершали выполнением переднего аутокорпородеза.

Результаты исследования. Ближайшие результаты лечения прослежены у всех больных. Хорошие результаты получены у 39 пациентов (81,2%). Удовлетворительные - у 9 больных (18,8%). Отдаленные результаты со сроком наблюдения более 1 года прослежены у 29 больных (60,4%). У 22 человек (75,8%) получены хорошие и у 7 человек (24,2%) - удовлетворительные результаты.

Выводы.

1. При повреждениях позвоночника на фоне остеопороза оптимальным методом контроля минеральной плотности костной ткани позвонков для предоперационного планирования является КТ-денситометрия.

2. ТПФ с цементной имплантацией винтов при лечении повреждений позвоночника на фоне остеопороза целесообразно дополнять вертебропластикой позвонков, находящихся краниально и каудально от уровня фиксации.

Басанкин И.В., Плясов С.А., Афаунов А.А., Волынский А.Л., Тахмазян К.К.
ГБУЗ «Краевая Клиническая Больница N 1 им. проф. С.В. Очаповского»
г.Краснодар, Россия

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЗВОНОЧНИКЕ И ПОЗВОНОЧНОМ КАНАЛЕ

Актуальность данной проблемы обусловлена распространенностью инфекционных поражений позвоночника, которые составляют от 2 до 8% из числа всех костных инфекций. При этом заболеваемость спондилитами и дисцитами составляет от 0,5 до 5,9 случаев на 100000 человек в год. Несмотря на современный уровень развития медицины, наблюдения поздней диагностики достигают 75%, а смертность от спондилитов и дисцитов 5-12%.

Материалы и методы исследования. Всего в период с 01.01.2010 по 31.12.2012 в отделение хирургии позвоночника ККБ N 1 г.Краснодара обратились 189 пациентов с воспалительным поражением позвоночника и позвоночного канала, из которых 159 (77,8%) пациентов подверглись хирургическому лечению. Среди оперированных больных было 112 (70,4%) мужчин, 47 (29,6%) женщин. У 22 (11,6%) пациентов процесс локализовался в шейном отделе позвоночника, у 49 (25,9%) - грудная локализация процесса, 68 (36%) - поясничная, а у остальных 50 (26,5%) множественные локализации поражений позвоночника. Средний возраст оперированных пациентов 51,2±3,4 года. Среди клинических проявлений наиболее постоянными проявлениями были: болевой синдром в соответствии с локализацией процесса - во всех случаях, неврологический дефицит различной степени выраженности - у 49%. Для подавляющего большинства характерна гипертермия в период манифестации заболевания - 92,7%, причем у 115 (60,8%) лихорадка носила пиретический характер.

Показаниями для оперативного вмешательства были:

- сохраняющийся или прогрессирующий неврологический дефицит,
- наличие выраженной деструкции позвоночно-двигательных сегментов,
- наличие паравертебральных и эпидуральных абсцессов, затеков и свищей,
- неэффективность консервативного лечения,
- наличие признаков нестабильности,
- наличие деформации,
- болевой синдром.

Неотложное вмешательство выполнялось 108 (57,1%) больным с наличием эпидурита, паравертебральных затеков, наличием неврологического дефицита, сепсиса или угрозы его развития. Торпидно текущий воспалительный процесс, наличие нестабильности, деформации позвоночника, негрубого неврологического дефицита при отсутствии его прогрессирования являлись показаниями для отсроченного хирургического вмешательства у 51 (27%) больного.

Результаты исследования. Основными задачами оперативного лечения являлись: удаление патологического очага, декомпрессия позвоночного канала, коррекция деформации, адекватная стабилизация ПДС, предупреждение рецидива нагноения. В связи с этим при дисцитах и спондилитах основополагающей операцией было вмешательство на передней колонне позвоночника, при необходимости дополняя ее задней фиксацией. В шейном отделе ограничивались изолированно передним подходом, в грудном - вентральный подход, с дополнительной задней фиксацией в 65% случаев, а в поясничном - также вентральный подход с обязательной задней фиксацией. Кроме того, в поясничном отделе при невозможности вентрального доступа - изолированный задний подход по типу TLIF или PLIF. Во всех случаях в качестве межтелового имплантата использовались титановая сетка с костным цементом или лифт-кейдж. Изолированные эпидуриты оперированы путем гемиламинэктомии на соответствующем уровне без нарушения опорной функции позвоночника.

Критериями оценки результатов лечения были:

- излечение воспалительного процесса,
- степень восстановления неврологического статуса и спондилометрических показателей пораженных ПДС,
- купирование болевого синдрома,
- улучшение качества жизни после лечения заболевания.

Достижение всех указанных критериев определялось нами как хороший результат, что составило 75% от всех больных, удовлетворительный результат достигнут в 19% случаев, неудовлетворительный - в 5,7%. Летальность при данной патологии составила 3,8%, при этом учитывали как смертность в стационаре (4 человека), так и в первый месяц после перевода в другое ЛПУ (2 человека). Прогрессирование основного заболевания отмечалось у 2 больных (1,25%), поверхностная инфекция у 2 пациентов (1,25%), нарастание неврологической симптоматики у 1 человека (0,62%). Развитие нестабильности металлоконструкции в отдаленном периоде у 2 человек (1,25%).

Выводы.

Хирургический подход - это основной метод в лечении эпидуритов, дисцитов и спондилитов. Поскольку при таких заболеваниях зачастую наблюдается поражение передней колонны позвоночника - 95%, неотъемлемым компонентом в хирургическом лечении является вентральное вмешательство - некрэктомия, резекция или корпорэктомия, межтеловой спондилодез. Для замещения вентрального дефекта позвоночника оптимальны небиологические имплантаты (титановая сетка, костный цемент, лифт-кейдж). Транспедикулярная фиксация - прекрасное дополнение к радикальному хирургическому вмешательству, позволяющее добиться адекватной стабильности, ранней двигательной реабилитации и благоприятных условий для формирования блока. Воспалительное поражение позвоночника зачастую требует хирургического вмешательства, которое должно выполняться в кратчайшие сроки и учитывать весь комплекс неврологических, опорно-двигательных и общесоматических нарушений.

Елистратов О.Б., Новокшонов А.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждения
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику закрытия дефектов костей черепа пластинами из титана у больных черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы исследования. Материал основан на 206 больных с травматическими дефектами костей черепа. Больные распределены по следующим группам:

1 группа - краниопластика ауто- и аллотрансплантатами (58 чел.),

2 группа - эндопротезирование эксплантатами из протакрила (43 чел.),

3 группа - эндопротезирование дефектов костей черепа пластинами из титана (105 чел.).

При клиническом обследовании у 56% больных имелось сочетание синдрома вегетативной дисфункции, вестибулярного, коркового очагового с синдромом нарушения ликвороциркуляции.

Техника операции закрытия дефекта черепа пластиной из титана. Во время операции обнажается дефект черепа. По размеру дефекта формируется пластина из титана круглой и/или овальной формы, на 1 см больше, чем величина дефекта, для более надежной фиксации и с учетом изменения размера пластины при придании ей сферичности. При закрытии дефектов черепа в лобных и теменных бугров для создания сферичности делается разметка пластины, намечая расположение треугольных вырезов на равном расстоянии, друг от друга и их глубину, которая зависит от нужной степени придания сферичности пластины. По краю пластины ножницами выполняются треугольные вырезы. Сближаются боковые стороны вырезов и пластина принимает нужную степень сферичности. Сформированная пластина накладывается на дефект костей черепа. Затем через перфорационные отверстия фиксируется пластина из оксидированного титана винтами, скобками металла с памятью формы или лавсановой нитью. Причем при фиксации должны захватываться обе боковые стороны треугольного выреза по краю пластины.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ хирургического лечения больных с дефектами черепа свидетельствует о том, что закрытие дефектов костей черепа ауто- и аллотрансплантатами и эксплантатами из пластической массы дает высокий процент осложнений как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периодах (14,5%) - вторичные сосудистые

реакции, нагноение, частичная или полная резорбция аллотрансплантата.

Наши исследования показали, что после закрытия дефектов костей черепа титановыми пластинами уменьшается ассимметрия мозгового кровотока, которая бывает сниженной на стороне костного дефекта.

У всех больных после операции закрытия дефекта костей свода черепа пластиной из титана отмечалось уменьшение или исчезновение головной боли. У 40% с очаговыми двигательными расстройствами регрессировал парез в конечностях.

Обоснование техники операции. Несмотря на возможность создания конгруэнтности пластины из титана, невозможно создать ее сферичность при закрытии дефекта, особенно, когда последний расположен в области теменных и затылочных бугров. Поставленная задача достигается тем, что устройство для закрытия дефектов костей черепа, состоящая из пластины, выполненной из оксидированного титана, круглой и/или овальной и имеет по краю треугольные вырезы, направленные вершинами к центру. Треугольные вырезы расположены на равном расстоянии друг от друга. Боковые стороны вырезов перед установкой сближают для придания пластине сферичности. Крепежные элементы располагают в отверстиях пластины с одновременным захватом обеих сближенных боковых сторон треугольных вырезов по краю пластины. Пластина имеет 4 треугольных выреза. К положительным свойствам устройства и его новизне можно отнести следующие моменты. Пластина выполнена круглой и/или овальной. Такая форма не имеет острых углов и меньше травмирует покрывающие пластину мягкие ткани. Пластина имеет по краю треугольные вырезы, направленные вершинами к центру. Эти вырезы позволяют легче трансформировать пластину и придавать ей нужную форму. Треугольные вырезы расположены на равном расстоянии друг от друга. Это позволяет производить равномерную деформацию пластины. Боковые стороны вырезов перед установкой сближают для придания пластине сферичности. Изменяя величину треугольного выреза и его глубину, можно добиваться необходимой кривизны сферы. Крепежные элементы располагают в отверстиях пластины с одновременным захватом обеих сближенных боковых сторон треугольных вырезов по краю пластины. Пластина имеет 4 треугольных выреза. Такое их количество достаточно для придания сферичности пластине. Наличие, например 2-х вырезов приводит к получению формы гребня, а трех к созданию конусовидной формы. Таким образом, наличие треугольных вырезов по краю пластины, позволяет добиться лучшей сферичности пластины, при замещении дефектов костей черепа, особенно в области лобных и теменных бугров. Кроме того, пластина более удобна для работы, так как легче трансформируется при установке.

Выводы.

Полученные результаты исследования показывают возможность использования закрытия посттравматических дефектов черепа пластинами из титана. Трансплантат из титана обладает биоинертностью и, как следствие, не происходит отторжения пластины. Использование пластин круглой или овальной формы и треугольных вырезов со сближением краев придают пластинам сферичность кривизны черепа, а большое количество отверстий создает условия для прорастания соединительной ткани.

Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Колотова Е.В., Кельмаков В.В.

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОРСАЛЬНЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОРЕШКОВЫМ КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОЧЕТАНИЕМ СПОНДИЛОАРТРОЗА И ОСТЕОХОНДРОЗА

В настоящее время постоянно растущая хирургическая активность в лечении компрессионного синдрома при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника способствует значительному прогрессу и совершенствованию методик оперативных вмешательств. Но, на наш взгляд, также требуется и поиск оптимальных вмешательств, которые, не уступая задним декомпрессивно-стабилизирующим вмешательствам, снижали бы себестоимость лечения пациента, не снижая качества оказываемой помощи.

В связи с этим мы стали активно использовать передние декомпрессивно-стабилизирующие

вмешательства, которые стали значительно совершеннее.

Материалы и методы исследования. За период с сентября 2008 г. по март 2012 г. двум идентичным группам пациентов выполнено 170 декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств по поводу компрессионного корешкового болевого синдрома на поясничном уровне.

Первую группу составили 83 человека (51 женщина и 32 мужчины, средний возраст - 46±1,5 года). Всем им выполнен трансфораминальный доступ, с последующей стабилизацией транспедикулярной конструкцией и межтеловым кейджем (TLIF).

Во вторую группу вошли 87 пациентов, которым выполнены декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства с использованием передне-бокового забрюшинного доступа и межтеловой стабилизацией пористым винтовым Ni-Ti. Мужчин было 36, женщин - 51 (средний возраст - 47±1,2 года).

Результаты и обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде хорошие и отличные результаты преобладали в первой группе: 85,3% против 75,3% у пациентов второй группы. Связано это с тем, что в оперированном сегменте в первые 3-6 месяцев присутствует незначительная подвижность, что и вызывает боль в пояснице, которая никогда не приводит к грубому снижению качества жизни. В отдаленном периоде благодаря физико-механическим свойствам пористого Ni-Ti в позвоночном двигательном сегменте постепенно формируется костный блок, и результаты лечения становятся идентичными. Хорошие и отличные результаты в группах через 12 месяцев составили 86,1% и 84,0% соответственно (p=0,05).

Мы сравнили себестоимость лечения пациентов двух групп. Каких либо отличий в обследовании, предоперационной подготовке, послеоперационному медикаментозному обеспечению нет. Поэтому на первый план выступает только себестоимость металлоконструкций. У пациентов первой группы стоимость транспедикулярных одноуровневых фиксаторов составила от 82000 до 120000 рублей, а стоимость требуемого у этого же больного кейджа для межтелового спондилодеза от 15000 до 24000 рублей. Стоимость же используемого для передней стабилизации пористого Ni-Ti в течение промежутка исследования поднялась от 5800 до 9200 рублей, а в настоящее время составляет 11100 рублей, т.е. цена ведения больного ниже в 10 и более раз.

Выводы.

Таким образом, вентральные декомпрессивно-стабилизирующие операции с использованием пористого Ni-Ti, обладающего оптимальными биофизическими и биомеханическими свойствами по отношению к тканям организма является адекватным методом хирургического лечения компрессионных синдромов спондилоартроза в сочетании с грыжами межпозвонковых дисков.

Особым преимуществом передних доступов является сохранение как передней, так и, особенно, задней группы паравертебральных мышц, что позволяет в дальнейшем достичь лучшей реабилитации больных.

Матузов С.А., Рожанский С.А., Ступин Ю.В., Мироманов А.М.
ГУЗ « Городская клиническая больница N 1»
г.Чита, Россия

ТРАНСДЕНТАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ АКСИСА

К наиболее частым повреждениям верхне-шейного отдела позвоночника относится переломы зубовидного отростка С2позвонка. Такие переломы составляют 6-8% всех переломов шейного отдела позвоночника и около половины из них, к сожалению, выявляются не сразу. Характер травмы, сложности диагностики и лечения нередко становятся причиной серь□зных неврологических осложнений, ортопедической несостоятельности позвоночника и формирования стойкого посттравматического болевого синдрома в последующем.

Сопоставляя данные литературы и на основе собственного опыта, считаем бесперспективным консервативное лечение переломов зубовидного отростка типа II и III (по классификации Anderson и D'Alonzo). Связываем это с высоким риском развития псевдоартроза (у лиц старше 50 лет этот показатель близок к 100%), а также с риском возможных витальных нарушений в случаях вторичных смещений.

Лечение с помощью скелетного вытяжения и Галло-аппаратов существенно ограничивают

возможности жизнедеятельности человека. К тому же после длительной иммобилизации консолидация зубовидного отростка может не случится, и тогда вопрос об оперативном лечении уже будет стоять без альтернативы.

Операция краниоцервикальногоспондилодеза в настоящее время все еще востребована, но ряд ее недостатков - агрессивность, отсутствие прямой атаки на «зону» перелома, инва лидизирующеекраниоцервикальное обездвиживание - заставляют хирургов заниматься новыми высокотехнологичными вмешательствами.

К такому виду оперативного вмешательства, без сомнения, относится трансдентальная компрессирующая фиксация зубовидного отростка аксиса.

С 2008 г. нами освоены и выполняются технологии фиксации зубовидного отростка с использованием инструментария UCSS (Sofamor Danec Medtronic) и DTS® (Ulrich Medical GmbH). Остеосинтез производился титановымиканюлированными и неканюлированнымивинтами-саморезами с компрессирующей резьбой.

В настоящее время уже прооперировано 18 пациентов с отслеженным катамнезомне менее 6 месяцев после операции.Возраст пациентов составил 21-55 лет, срок после получения травмы от 5 до 20 дней. У 5 пациентов травма носила сочетанный характер.

Выполняя методично известные технологии оперативных вмешательств, в ходе операций в ряде случаев репозицию зубовидного отростка осуществляли трансорально (спицей с самонарезающимся винтом) и с помощью оригинального управляемого скелетного вытяжения за скуловые дуги (Патент N 2472451 РФ).

Учитывая малую травматичность операции, пострадавшие активизировались в кровати после выхода из наркоза, вертикализировались с наружной иммобилизацией шейного отдела позвоночника в полужестком головодержателе на следующие сутки. В последующем, при динамическом контрольном КТ-исследовании было подтверждено сращение во всех случаях синтеза.

Применение оперативного лечения позволило использовать раннюю и полноценную реабилитацию, а также значительно сократило срок стационарного и общего срока лечения.

Матузов С.А., Рожанский С.А., Мироманов А.М., Бусоедов А.В., Ступин Ю.В.

ГУЗ «Городская клиническая больница N1»
г.Чита, Россия

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

На долю травм шейного отдела позвоночника (ШОП) приходится 19-22% от общего количества всех повреждений позвоночника. Значительная часть пациентов с тяжелыми травмами ШОП попадают на лечение в условия районных больниц и, зачастую, в связи с нарушением витальных функций, являются некоторое время нетранспортабельными до специализированных стационаров.

Перед врачами общего профиля в таких случаях стоит специфическая задача восстановления правильного анатомического соотношенияв ШОП.

Доступным и эффективным методом лечения является скелетное вытяжение, которое устраняет патологические смещения и фиксирует позвоночные структуры в достигнутом положении на необходимый срок. Существующее многообразие способов (В.Д. Чаклин и З.В. Базилевская, Б.Е. Брык и Е.И. Бабиченко, А.С. Добров, В.Т. Пустовойтенко, F.Glisson, W.Crutschfield, C.Reimers) вытяжения с использованием петель или различных конструкций скоб говорит о неудовлетворенности практических врачей и исследователей в поиске оптимального метода.

Исходя из существующего уровня технологий лечения травм ШОП и устранения недостатков известных способов нами была поставлена задача: упростить методику вытяжения, снизить травматичность манипуляции и сохранить высокую эффективность.

Нами предложен способ скелетного вытяжения ШОП с использованием спиц Киршнера (Патент на изобретение N RU 2472451 C1, опубликовано: 20.01.2013 Бюл. N 2).

Непосредственно перед выполнением вытяжения из спиц Киршнера диаметром 1,2-2 мм изготавливаются два крючка специальной формы. После обработки кожных покровов области

скуловой дуги растворами антисептиков определяют точки проведения спицы - находят середину траго-орбитальной линии (линия, проведенная от козелка уха до нижне-наружного угла глаза) и проводят перпендикулярную ей линию, нижний и верхний края скулового отростка височной кости в данной линии являются точками входа и выхода спицы. Выполняют местную анестезию в указанных точках. Производят введение спицы, снизу вверх и изнутри кнаружи, охватывая скуловую дугу. К верхним концам спиц прикрепляют скобу, например, в виде стандартной фиксирующей рамы. Вытяжение осуществляют по обычной методике, прикрепляя груз к скобе через блок.

Данная конструкция выдерживает груз до 20 кг (в зависимости от толщины спиц), что позволяет ее использование и в случаях, требующих использования максимально допустимого веса.

В ряде случаев, вытяжение нами выполнялось кратковременно - на время предоперационной подготовки и во время оперативного лечения, как этап в комплексном лечении травмы ШОП.

Выполнения способа имеет ряд преимуществ:

- при сохранении эффективности вытяжения существенно уменьшился объем и риск хирургической манипуляции; установка системы скелетного вытяжения требует от 3 до 5 минут, что в сравнении с другими способами значительно экономит время врача, снижает экспозиционную психо-эмоциональную нагрузку на больного;
- выполнение способа имеет также удовлетворительный косметический эффект, облегчает уход за кожей лица, головы больного;
- при использовании способа упрощается осуществление питания больного и санации ротовой полости;
- способ не требует специальной подготовки врача и может быть использован, как на краткосросрочное (надо- и послеоперационное вытяжение), так и на долгосрочное вытяжение в случае выбора консервативного лечения.

Предлагаемый способ лечения использовался индивидуально как метод выбора в стационарах Забайкальского края различного уровня и во всех случаях позволилэффективно решить поставленную задачу с хорошим клиническим результатом.

Матузов С.А., Рожанский С.А.
ГУЗ «Городская клиническая больница N 1»
г.Чита, Россия

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛИТА

В настоящее время термин «спондилит» понимается шире и применяется для обозначения поражения всех частей, составляющих позвоночно-двигательный сегмент (ПДС). В процесс воспаления включены: межпозвонковый диск, замыкательная пластинка позвонка, губчатая часть тела позвонка. Анатомические особенности, варианты развития осложнений, трудности диагностики раннего этапа привлекают к лечению этого заболевания специалистов различного профиля, вместе с этим спондилит, находясь на стыке интересов нескольких специалистов, остается «ничьим», что зачастую приводит к фатальному результату или грубой инвалидизации.

Спондилит составляет 2-4% от всех инфекционных поражений костей другой локализации. Отметим, что заболевание является пожизненным, и каждый год в ГКБ N 1 г.Читы мы регистрируем 6-8 новых случаев заболевания.

В основе лечения спондилита нами используются принципы, обоснованные в 1928 г. проф. Т.П. Краснобаевым для лечения «костной» инфекции: лечение «макроорганизма», непосредственное воздействие на микроорганизм (возбудителя) и местное лечение очага.

Если два первых принципа понятны, и не вызывают трудностей для исполнения у врача, во внимание которого попал такой пациент, то третий - лечение местного очага - требует вмешательства специализированного, что связанно с особенностями позвоночника, как нейроортопедического органа.

Нами разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий местного вмешательства, который на протяжении последних пяти лет зарекомендовал себя успешно и в настоящее время проходит процедуру патентной экспертизы.

С помощью игл Джамшиди, проведенных транспедикулярно моно- или биполярно под

контролем электронно-оптического преобразователя, пациенту выполняется трепанбиопсия (для микроскопического, бактериологического и гистологического исследования). Остеоперфорация также позволяет решить вопрос о снижении внутрикостного давления, как нивелирования одного из основных факторов активности воспалительного процесса.

По иглам, установленным непосредственно в очаг деструкции, проводится гибкий микроирригатор (аналогично этапам чрескожной катетеризации сосудов по методу Сельдингера), по которым затем осуществляется подача лекарственных препаратов (прежде всего антибиотиков).

Обязательным условием для быстрого купирования гнойно-воспалительного процесса и болевого синдрома является надежная фиксация ПДС. Мы проводим внутреннюю транспедикулярную фиксацию, осуществляя ее чрескожно и вне очага инфекции с помощью любых из имеющихся систем. В последующем такая фиксация в большинстве случаев позволяет добиться спондилодеза в пораженном ПДС и без использования «передних» операций, а также позволила практически всем пациентам избежать патологического положения ПДС, избавляя от неизбежной, в таких случаях боли в суставных сочленениях. Если спондилит был диагностирован до возникновения паравертебральных или внутриканальных гнойников, то комплекс названных мероприятий является достаточным для быстрого и эффективного купирования гнойно-воспалительного процесса в течение 7-14 суток.

В случаях возникновения забрюшинных гнойников выполнялись передние санационные операции, в случаях с гнойными эпидуритами - обязательная ламинэктомия в пределах гнойника с использованием систем эффективного дренирования.

Используя комплекс, как способ лечебно-диагностических мероприятий, нами пролечено 24 человека. В целом, и детализируя оценочные показатели группы пациентов, отмечена хорошая эффективность метода, позволяющая добиться стойкой ремиссии заболевания и восстановления опорной функции позвоночника.

Мухаметжанов Х., Мухаметжанов Д.Ж., Карибаев Б.М., Бекарисов О.С.
РГП «НИИТО» на ПХВ
г.Астана, Республика Казахстан
ФГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
г.Москва, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА

Цель исследования. Выработка тактики лечения сочетанной травмы позвоночника.

Материалы и методы исследования. За период с 2006 по 2012 гг. в РГП «НИИТО» пролечено 854 больных с травмой позвоночника, мужчин было 522 (61%), лиц женского пола - 332 (39%), средний возраст больных составил 38,1±15,1 лет. Основная часть больных поступила в остром периоде травмы 644 (75,5%), в раннем периоде травмы госпитализировано 94 (11,5%), промежуточном - 36 (4%), позднем и отдаленном периодах - 80 (9%) пострадавших. По виду травмы распределились следующим образом:

- травма получена в быту 442 (51,8%)
- пострадавшими, при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) - 250 (29,3%),
- на производстве - 132 (15,5%),
- прочие виды травм - 16 (1,9%)
- и у 14 (1,5%) больных вид травмы неизвестен.

При получении травмы в ДТП 151 (60%) пострадавших были пассажирами, 59 (24%) - пешеходами и 39 (16%) - водителями. Травма получена при падении с большой высоты 346 (41%) больными, при падении с высоты роста 188 (22%), при падении тяжести на спину - 25 (3%), при нырянии в воду - 8 (1%) и при прочих обстоятельствах - 29 (3%) пострадавшими.

В структуре травм позвоночника первое место приходится на переломы поясничного отдела 400 (46,8%), второе - на переломы грудного отдела - 242 (28,3%), третье - на переломы шейного отдела позвоночника - 119 (13,4%), четвертое - на переломы грудопоясничного перехода и двух отделов позвоночника - 89 (10,4%). У 534 (62,5%) больных переломы позвоночника были нестабильными и у 320 (37,5%) - стабильными; у 646 (75,6%) - неосложненными и у 208 (24,4%) - осложненными. После клинико-неврологического осмотра пострадавшим

проведены обследования: рентгенография позвоночника в двух проекциях и по показаниям в дополнительных проекциях, а также рентгенография повреждений сочетанных областей, 743 (87%) компьютерная томография (КТ), 238 (27,9%) - миелография, 160 (18,7%) - веноспондилография, 80 (9,4%) - лигаментография, 76 (8,9%) - ультразвуковое исследование костно-связочных структур заднего опорного комплекса, 427 (50%) - ультразвуковая или рентгеновская остеоденситометрия, 151 (17,7%) - электронейромиография (ЭНМГ).

Оперативные вмешательства на позвоночнике проведены 512 (59,9%) больным. По показаниям пострадавшим выполнялись операции на позвоночнике: изолированно внутренняя транспедикулярная фиксация (ВТФ), передний спондилодез (ПС), чрезкожная вертебропластика (ЧВП); ВТФ и ПС, ВТФ и транспедикулярная пластика тела поврежденного позвонка гранулами пористого никелида титана изолированно и в смеси с антибиотиками и/или гидроксиаппатита, ВТФ и ЧВП. Операции производились в зависимости от состояния больных в один или два этапа. Все операции выполнялись по ЭОП контролем. Показания к ламинэктомии при осложненных переломах позвоночника уточнялись по результатам клинико-неврологического исследования, ЭНМГ и дооперационной или интраоперационной миелографии. Для операций на позвоночнике использовались стабилизирующие системы: НИТЕК (Новосибирск), ChM (Польша), Stryker и Medtronic (США), ЧВП выполнялась с использованием рентгеноконтрастного костного цемента и PCD системы фирмы Stryker, транспедикулярная пластика тела поврежденного позвонка производилась по собственно разработанной методике в условиях ВТФ (Инновационный патент РК N 22005 от 15.12.2009 г.; патент на изобретение РФ N 2411017 от 10.02.2011г.).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у 386 (45,2%) пострадавших с травмой позвоночника отмечались сочетанные повреждения, который у 35% сопровождался травматическим шоком и 10% - гипоксией. У 386 больных было 697 сочетанных повреждений, то есть на одного больного приходилось в среднем по два повреждения (1,8). У 185 (47,9%) больного наблюдалось одно сочетанное повреждение, у 115 (29,8%) - два, у 59 (15,3%) - три, у 18 (4,6%) - четыре, у 7 (1,7%) - пять и у 3 (0,7%) - шесть. Наиболее частым сочетанным повреждением была черепно-мозговая травма у 173 (24,8%), затем по частоте следовали травма нижних конечностей - у 153 (21,9%), травма грудной клетки - у 104 (14,9%), травма верхних конечностей - у 90 (12,9%), двухуровневое повреждение позвоночника - у 76 (10,9%), переломы костей таза - у 40 (5,7%), повреждения органов брюшной полости - у 27 (4%) и забрюшинного пространства - у 25 (3,6%) и лицевого скелета - у 9 (1,3%) пострадавших. Таким образом, при сочетанной травме позвоночника и спинного мозга у $^1/_4$ больных наблюдается черепно-мозговая травма, у 1/5 - травма нижних конечностей, у 15% - травма грудной клетки, у 6-12% больных - травма верхних конечностей, двухуровневые повреждения позвоночника, травма органов брюшной полости, которые у $^1/_3$ пострадавших сопровождается травматическим шоком. Сочетанные повреждения корригируют тактику хирургического лечения больных с травмой позвоночника и спинного мозга. В первую очередь больные выводятся из травматического шока и, выполняются оперативные вмешательства, направленные на спасение жизни больного: удаление внутричерепных гематом, остановка внутреннего кровотечения и т.д. Во вторую очередь выполняются операции, направленные на спасение органа, его функции. К таким операциям относятся операции при осложненных переломах позвоночника.

Затем выполняются операции по стабилизации конечностей, таза, операции при неосложненных травмах позвоночника. Операции на конечностях при неосложненной травме позвоночника могут выполняться симультанно.

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с посттравматической гидроцефалией путем разработки новых способов хирургического лечения.

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 91 больного с сообщающейся посттравматической гидроцефалией в возрасте от 18 до 54 лет.

Проведены лучевые методы исследования (МСКТ, МРТ), исследование глазного дна, электрофизиологические (ЭХО-ЭС, ЭЭГ+картирование, УЗДГ), исследование ликвороциркуляции: измерение люмбального и вентрикулярного давления, ликвородинамические пробы, исследование дефицита резорбции, КТЦГ).

В первой группе больных (n=81), проводились различные виды шунтирующих операций, в том числе: ВПШ - у 38 больных, ЛПШ - у 43 больных, из них, ВПШ в два этапа у 14 больных и ЛПШ в два этапа у 8 больных. Повторные операции проводились в 58,8%, 33,3%, 14,3% и 28,5% случаев соответственно.

Во второй группе больных (n=10) был применен разработанный способ управляемого люмбоперитонеального шунтирования (патент на изобретение N 2279296), потребовалась одна повторная операция по замене клапанной помпы высокого давления на клапанную помпу среднего давления, что позволило снизить процент повторных операций до 10%,

Выводы.

Применение люмбоперитонеального шунтирования при посттравматической сообщающейся гидроцефалии не влечет за собой риск дополнительной травматизации мозга во время операции в сравнении с применением вентрикулоперитонеального шунтирования. У всех больных, оперированных по разработанной методике в послеоперационном периоде, не отмечено развитие синдрома внутричерепной гипотензии.

Новокшонов А.В., Николаев А.С.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждения
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕСКЛАПАННОГО ЛЮМБОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Цель исследования. Изучить возможности применения операции бесклапанного люмбоперитонеального шунтирования в хирургической реабилитации больных травматической гидроцефалией.

Работа основана на 260 наблюдениях над больными с нарушениями ликвороциркуляции при посттравматической сообщающейся гидроцефалии.

При клиническом обследовании больше, чем у половины больных имелось сочетание синдромов вегетативно-сосудистой дистонии, вестибулярного, коркового очагового с синдромом нарушения ликвороциркуляции. Ведущими при этом были синдром вегетативно-сосудистой дистонии (51,4%) и вестибулярный (45,7%). Нарушение ликвородинамики проявлялось в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома.

Среди больных с повышенным и нормальным ликворным давлением превалирует внутренняя гидроцефалия над другими ее формами (77,8%). Сочетанные формы гидроцефалии (22,3%) - наружной гидроцефалии с внутренней и порэнцефалической кистозной полости с внутренней гидроцефалией - преобладают в группе больных с повышенным ликворным давлением. По выраженности атрофии мозга преобладают больные второй и третьей степеней гидроцефалии по Э.И. Канделю (92,6%), как в группе больных с повышенным, так и с нормальным ликворным давлением.

47 больным с нормальным ликворным давлением проведена МСКТ-цистернография с омнипаком, где выявлено базальное скопление контраста и наличие желудочкового рефлюкса, что позволило диагностировать арезорбтивную форму гидроцефалии с нарушением резорбции ликвора. Кроме того, снижение резорбции при МСКТ-цистернографии с омнипаком определено еще у 11 больных гидроцефалией с повышенным ликворным давлением.

Обоснование операции люмбоперитонеостомии с бесклапанной системой.

Наши клинические и ликвородинамические расчеты показывают, что градиент давления в

бесклапанном люмбоперитонеальном дренаже в вертикальном положении зависит от величины внутрибрюшного давления, которое положительно и составляет 60-85 мм вод.ст. Нами имитирована физическая модель полости черепа с помощью установки В.А. Киселева (1967 г.), ранее применявшейся лишь для сравнения методов измерения ликворного давления. Измерение в установке проводилось в сосуде без предварительного и с предварительным выпусканием жидкости из него. Для расчета пользовались известной формулой отрицательного давления, возникающего в сосуде с эластической стенкой в результате выпускания некоторого количества жидкости в измерительную трубку.

Проведение физико-математических расчетов позволило получить следующие выводы: на давление в субарахноидальном пространстве влияет эластическое напряжение оболочек мозга; при выпускании всего 1,7 мл жидкости из сосуда давление в манометрической трубке снижается до нуля и истечение жидкости прекращается. Таким образом, клинические, ликвородинамические, физико-математические расчеты показали, что использование бесклапанной системы при операции люмбоперитонеостомии не вызовет перепадов внутричерепного давления в вертикальном положении больного.

Техника операции люмбоперитонеостомии состоит из трех этапов:

- I этап - введение проксимального конца дренажа в субарахноидальное пространство на поясничном уровне.
- II этап - проведение дренажа в подкожножировой клетчатке поясничной области на переднюю брюшную стенку.
- III этап - микролапаротомия в верхних отделах живота, введение дистального конца дренажа в брюшную полость.

На I этапе операции используется пункционное введение дренажа из силиконовой трубки в субарахноидальное пространство. Микролапаротомия производится на границе эпигастральной и левой боковой области передней брюшной стенки.

Показания к операции люмбоперитонеостомии у больных гидроцефалией.

Операция люмбоперитонеостомии показана:

- при прогрессировании посттравматической сообщающейся гидроцефалии с повышенным и нормальным ликворным давлением;
- при нарушении ликвородинамики, нарушении резорбции ликвора даже при нормальном ликворном давлении.

У всех больных гидроцефалией непосредственно после имплантации люмбоперитонеального дренажа отмечалось уменьшение или исчезновение головной боли. В последующие 1-2 месяца этот положительный эффект удерживался и лишь в течение последующего наблюдения у 6,7% больных головные боли вновь усилились, однако они не носили гипертензионный характер и выраженность их была меньшей, чем до операции. Ввиду функционирования дренажа наличие головных болей объяснялось обострением конвекситального арахноидита. Вестибулярные нарушения при гидроцефалии с повышенным ликвоным давлением уменьшались в первые месяцы после операции; причем, чем выше было исходное давление ликвора, тем раньше наступало улучшение. При нормальном ликворном давлении уменьшение вестибулярных расстройств констатировано к концу первого года после операции. У всех больных с нормальным ликворным давлением, страдающих недержанием мочи, исчезли тазовые расстройства к концу первого года после операции. Исследование размеров желудочковой системы у всех больных гидроцефалией показало, что уменьшились размеры III желудочка на 2-8 мм.

Таким образом, бесклапанное люмбоперитонеальное шунтирование - эффективное средство лечения больных посттравматической гидроцефалией. Данные ближайших и отдаленных результатов свидетельствует, что люмбоперитонестомия приводит к прекращению прогрессирования гидроцефалии.

Новокшонов А.В., Федоров М.Ю., Николаев А.С., Елистратов О.Б., Ванеев А.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 186 больных с тяжелыми черепно-мозговыми повреждениями при политравме. У 64 больных имелся ушиб головного мозга тяжелой степени, у 51 - ушиб мозга со сдавлением. 26 больных с ушибами мозга и во всех случаях компрессии мозга больные были оперированы, что составило 70% от всех пострадавших. Наложение фрезевых отверстий и эндокраниоскопия проведены в 45 случаях (59%), а расширенная декомпрессивная трепанация черепа в 32 случаях (41%). 20 человек (40%) были с полифакторным сдавлением мозга, которое проявлялось не только в первые часы после травмы, а, в основном, на 2-4 сутки, и 18 из них были оперированы повторно.

Лечебная и хирургическая тактика.

1. Консервативное лечение показано при:

- пластинчатой оболочечной внутричерепной гематоме на небольшом протяжении без сдавления головного мозга;
- очаге ушиба без перифокального отека головного мозга.

2. Хирургическая тактика в виде наложения фрезевого отверстия, эндокраниоскопии, внутренней декомпрессии показана при:

- очаге ушиба с перифокальным отеком головного мозга;
- очаге размозжения головного мозга;
- множественных очагах ушиба с диффузным отеком головного мозга;
- внутричерепной компрессии головного мозга оболочечными гематомами, гидромами, вдавленными костными отломками.

3. Хирургическая тактика в виде декомпрессивной трепанации черепа, внутренней декомпрессии головного мозга, эндокраниоскопии показана при:

- множественных очагах ушиба с диффузным отеком головного мозга;
- внутричерепной компрессии головного мозга оболочечными гематомами, гидромами, 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.

5. Повторные операции показаны при:

- вторичных очагах деструкции с отеком головного мозга;
- рецидиве внутричерепной гематомы;
- нарастающем отеке головного мозга.

Умер 41 больной (35,7%). Среди умерших 19 были с ушибами мозга (летальность при ушибах мозга составила 29%) и 22 - со сдавлением мозга (летальность при сдавлениях мозга - 42%). Важное значение имеют сроки госпитализации. 22 умерших (53,6% от всех умерших) поступили в стационар более чем через сутки после травмы. Причинами смерти были размозжение, отек и дислокация головного мозга, кровоизлияние в стволовые отделы, воспалительные осложнения и полиорганная недостаточность.

Таким образом, при компрессии головного мозга предпочтение следует отдавать малоинвазивным методам операции: наложение фрезевых отверстий и эндокраниоскопия перед расширенной декомпрессивной трепанацией черепа.

Овчинников О.Д., Филатов Е.В.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРААРТИКУЛЯРНЫХ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКИХ ОССИФИКАТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Актуальность. Повреждение спинного мозга приводит к нарушению функции опорно-двигательного аппарата, вследствие парезов, параличей. Пациент теряет способность полноценно пользоваться конечностями для передвижения и трудовой деятельности. Образование параартикулярных гетеротопических оссификатов делает невозможным реализовать сохранившийся двигательный потенциал, приковывая пациента к постели, лишая его способности самообслуживания. Консервативное лечение при этом оказывается неэффективным.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения в ходе реабилитации у спинальных больных с гетеротопическими параартикулярными оссификатами нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе нейрохирургического отделения ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 2004 г. по 2013 г.

Обследование пациентов включало: неврологический, ортопедический осмотр, рентген-лучевую диагностику, исследование объема движений в суставах. Двигательный балл оценивался по шкале уровней компенсации (Потехин Л.Д., Коновалова Н.Г.,1988 г.).

Оперативное вмешательство заключалось в резекции оссификатов и устранении препятствий для движений сустава. Восстановление движений осуществлялось путем проведения редрессации на операционном столе. Восстановительное лечение начиналось через 2 недели после проведения операции и полного заживления раны. Разработка движений в тазобедренном и коленном суставах проводилась при помощи аппаратов «Артромот» и «Кинетек». После завершения курса реабилитации проводилось исследование объема движений оперированного сустава, оценивалась динамика локомоторного балла.

Результаты и обсуждение. По поводу параартикулярных гетеротопических оссификатов тазобедренного и коленного суставов было прооперировано 46 пациентов, среди которых было 44 мужчин и 2 женщины. Все больные были с повреждением шейного и верхне-грудного отдела позвоночника. Из них 65,2% составили повреждения шейного отдела позвоночника; 86% больных имели степень неврологического дефицита типа «А» и «В» по шкале ASIA. Локомоторный балл у всей группы больных не превышал 1-2 баллов.

Было проведено 74 операции (65 операций на тазобедренных и 9 - на коленных суставах). На коленных суставах проводилась резекция оссификатов, на тазобедренных - резекция оссификатов и резекционная артропластика. Оперативное лечение на двух тазобедренных суставах было проведено 14 пациентам. Двум больным проводилось оперативное лечение двух тазобедренных и двух коленных суставов. Еще у двух пациентов были выполнены операции на двух коленных суставах.

Оперативное лечение у 42 больных проводилось один раз, 4 пациента с оссификатами тазобедренных суставов были прооперированы повторно в связи с рецидивом. В трех случаях была проведена резекционная артропластика тазобедренного сустава, в одном - повторная резекция оссификатов.

После лечения локомоторный балл увеличился до 3 баллов у 31 больного (67,4%), до 4-5 баллов у 14 (30,4%) больных, в одном случае (2,2%) локомоторный балл не изменился ($p<0,05$).

Результаты оперативного лечения у 45 пациентов (97,8%) признаны удовлетворительным. В одном случае объем движений оказался недостаточным для восстановления функции сидения и самообслуживания.

Выводы.

Образование параартикулярных гетеротопических оссификатов нижних конечностей

у пациентов с травматической болезнью спинного мозга усугубляет нарушения, связанные с неврологическим дефицитом. Оперативное лечение является единственным эффективным методом восстановления движений в пораженных суставах и позволяет повысить реабилитационный потенциал данного контингента больных, улучшить социальную адаптацию.

Федоров М.Ю., Новокшонов А.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Цель исследования. Разработка комплексной системы диагностики, лечения и профилактики интракраниальных осложнений с использованием лечебно-диагностической эндокраниоскопии, эффективных методов рационального дренирования и санации мозговых ран у больных с травматическими внутричерепными гематомами.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 282 пострадавших с травматическими внутричерепными гематомами, в том числе 229 мужчин и 53 женщин (средний возраст 38,3 года). Пострадавшие в зависимости от методов хирургического лечения были распределены на две группы: основную группу - 134 пациента (средний возраст 37 лет), внутричерепные гематомы удалялись с помощью эндокраниоскопии. И 148 пациентов (средний возраст 39 лет) группы сравнения, внутричерепные гематомы удалялись с помощью декомпрессивной трепанации черепа. Всем больным при поступлении проводилась эхоэнцефалоскопия, обзорная рентгенография костей черепа, компьютерная томография головного мозга. Эпидуральные гематомы выявлены у 20,2% пострадавших, субдуральные гематомы - у 50,7% пострадавших, внутримозговые гематомы - у 29,1% пострадавших. Характер выявленной патологии был идентичным, как в основной, так и в сравниваемой группах.

Результаты исследования. У 47,1% пострадавших с субдуральными гематомами при эндокраниоскопии дополнительно выявлены очаги корковых ушибов, у 7,4% пострадавших с эпидуральными и у 27,9% пострадавших с субдуральными гематомами при эндокраниоскопии дополнительно выявлены очаги размозжения. При острых эпидуральных гематомах источник кровотечения выявлен в 51,9%, при острых субдуральных гематомах - в 26,5%, а при внутримозговых гематомах источник 15,4% отмечалось артериальное кровотечение.

Все эндокраниоскопические операции заканчивались проточно-промывным дренированием и санацией мозговой раны. Дренаж функционировал до 3-суток, в зависимости от объема отделяемой жидкости и до полного очищения промываемых пространств.

Для определения влияния эндокраниоскопии на уровень гидратации ткани головного мозга, нами прослежена динамика показателей импедансометрии пораженного полушария головного мозга 29 больным (14 пациентам в основной группе и 15 пациентам в контрольной группе).

Сравнительный анализ значений модуля сопротивления клеточного сектора показал значительное снижение гипергидратации клеток ткани мозга у пациентов основной группы в период с 2-х по 8-е сутки, что подтверждалось увеличением значений модуля сопротивления в 1,3 раза относительно контрольной группы. Данная динамика отражала процесс уменьшения отека клеточного сектора пораженного полушария головного мозга. У больных контрольной группы значения модуля сопротивления оставались в зоне низкого сопротивления характерного для стабильного отека клеточного сектора пораженного полушария головного мозга, следовательно использование эндокраниоскопии при травматических внутричерепных гематомах приводило к значительному снижению дополнительной травматической агрессии.

В процессе работы нами был разработан алгоритм диагностики и лечения пострадавших с травматическими внутричерепными гематомами. При поступлении в стационар больным проводится клинико-неврологическое обследование, эхоэнцефалоскопия, обзорная рентгенография костей черепа, компьютерная томография головного мозга и на основании полученных результатов ставится диагноз и определяются показания для оперативного вмешательства.

Необходимость повторного оперативного вмешательства определяется на основании клинико-неврологических данных и компьютерной томографии головного мозга проводимой в динамике на первые, третье и сутки после оперативного лечения.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что применение комплекса мероприятий по лечению травматических внутричерепных гематом и профилактики осложнений у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой, включающего лечебно-диагностическую эндокраниоскопию, методы рационального дренирования позволяют осуществить раннюю и объективную диагностику, своевременно провести лечебные мероприятия и тем самым улучшить результаты лечения: в виде снижение развития осложнений (вторичных очагов деструкции) с 14,9% до 9%, 37,8% до 32,8%, сокращения сроков стационарного лечения с 24 до 17 койко-дней, из них в отделении реанимации с 11 до 8 койко-дней и восстановления трудоспособности пациентов в 30,5%.

Федоров М.Ю., Новокшонов А.В., Ванеев А.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА НЕЙРОХИРУРГИИ ФГБЛПУ «НКЦОЗШ»

Цель исследования. Оценить эффективность лечения геморрагического инсульта по данным центра нейрохирургии за период 2007-2011 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ хирургического лечения 229 пациентов с геморрагическим инсультом по данным центра нейрохирургии за пять лет. Мужчины составили 58,4% и женщины 41,6% соответственно. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: до 39 лет - 8,3%, 40-60 лет - 40,6%, старше 60 лет - 51,1%. В 50% случаев пациенты были трудоспособного возраста, до 60 лет. Гипертоническая болезнь выявлена у 84,7% пациентов. При поступлении всем пациентам проводилась МСКТ головного мозга. В первые сутки от момента кровоизлияния госпитализировано 75,1% пациентов, на 2 сутки - 19,7%, на 3-5 сутки - 5,2%. Соматическая патология выявлена у 42% пациентов и была представлена в основном хронической ишемической болезнь сердца и сахарным диабетом.

Результаты исследования. По формам кровоизлияния пациенты распределились следующим образом:

- спонтанное субарахноидальное кровоизлияние - 7,4%,
- путаменальные - 55,9%,
- субкортикальные - 21,8%,
- гематомы задней черепной ямы - 4,8%,
- таламические - 7,9%,
- стволовые - 2,2%.

Оперативное лечение проведено 181 пациентам при поступлении в стационар. Виды оперативного лечения разделены на открытые: декомпрессивная трепанация черепа проведена в 23,2% случаях.

Закрытые: пункционное удаление гематом - 45,3%, пункционное удаление гематом в сочетании с локальным фибринолизом - 2,7%, эндоскопическое удаление гематом - 14,4%, наружное дренирование желудочков 14,4%. В первые сутки было оперировано 134 пациента: с субкортикальными гематомами 32 пациента, 79 пациентов с путаменальными гематомами и 23 пациента с внутрижелудочковым кровоизлиянием с развитием окклюзионной гидроцефалии. На вторые сутки прооперировано 43 пациента: с субкортикальными гематомами 10 пациентов, 24 пациентов с путаменальными и 9 пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием с развитием окклюзионной гидроцефалии. На 3-5 сутки прооперированы 4 пациента с путаменальными гематомами. В первые сутки были оперированы наиболее тяжелые пациенты, у 79,9% пациентов утрата сознания была 7 и ниже баллов по шкале ком Глазго. Из 134 пациентов 89 пациента умерло, что составило 66,4%. С субкортикальными гематомами умерло 13 пациентов (40,6%), с путаменальными гематомами 56 пациентов (70,9%), с внутрижелудочковыми кровоизлияниями

умерло 20 (87,0%). На вторые сутки оперировано 43 пациента, у этих пациентов утрата сознания была до сопора. Из них умерло 25, что составило 58,1%. С субкортикальными гематомами умерло 3 пациента (30%), с путаменальными гематомами 15 (62,5%), с внутрижелудочковым кровоизлиянием 7 (77,8%). На 3-5 сутки оперировано 4 пациента, два пациента с субкортикальным кровоизлиянием и два пациента с путаменальным кровоизлиянием. Эти пациенты находились в сознании. Умер 1 пациент с путаменальной гематомой, что составило 25%.

Рецидивы кровоизлияний преимущественно возникали у пациентов, оперированных в первые сутки, и отмечались у 22 (20,4%) пациентов, эта категория пациентов находилась в наиболее тяжелом состоянии. У пациентов, оперированных на вторые сутки, рецидивы кровоизлияний отмечались у 5 (14,7%). Все пациенты, у которых отмечались рецидивы внутримозговых кровоизлияний и проводились повторные операции, умерли. Пациентам, которым удаление гематомы проводилось на 3-5 сутки, рецидивов кровоизлияний не отмечалось. 48 пациентам оперативное лечение не проводилось, пациенты находились в ясном сознании: 17 пациентов со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием, 8 пациентов с субкортикальными кровоизлияниями малых объемов, до 30 см^3, 23 пациента с путаменальными кровоизлияниями малых объемов, до 30 см^3.

У пациентов с субкортикальными кровоизлияниями послеоперационная летальность составила 36,4%, у пациентов с путаменальными кровоизлияниями послеоперационная летальность - 68,6%, у пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием послеоперационная летальность составила - 84,4%. Летальность по возрастным группам распределилась следующим образом:

- до 39 лет летальность составила 15,8%,
- 40-60 лет - 23,7%,
- старше 60 лет - 76,9%.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в 48,9% случаев пациенты с геморрагическим инсультом были трудоспособного возраста до 60 лет, наиболее распространенными формами геморрагического инсульта явились путаменальные кровоизлияния 55,9%, наилучшие результаты хирургического лечения отмечены у пациентов с субкортикальной локализации кровоизлияний, удовлетворительный результат составил 56,8%, наибольший процент летальность отмечался у пациентов старше 60 лет и составил 76,9%, хирургическое лечение больных с геморрагическим инсультом, находящихся в коме малоэффективно - летальность составила 83,2%, наиболее широкое использование малоинвазивных методик (пункционная аспирация гематом с использованием локального фибринолиза) направленное на снижение травматической агрессии ведет к снижению летальности и степени инвалидизации.

Филатов Е.В., Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Фроленко С.Ю.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОСТЮМА «АТЛАНТ» В ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

Актуальность. Вследствие позвоночно-спинномозговой травмы нарушаются движения и чувствительность ниже уровня повреждения, нарушается «схема тела» - пациент частично или полностью не ощущает тело ниже уровня травмы. Наиболее сохраненным видом чувствительности остается проприоцепция. По литературным данным, из клинической практики известно, что наиболее эффективны методы двигательной реабилитации в сочетании со стимуляцией проприоцептивной чувствительности. На стимуляцию именно этого вида чувствительности направленно действие пневмокостюма «Атлант».

Цель исследования. Изучить эффективность двигательной реабилитации с применением пневмокостюма «Атлант» у пациентов с повреждением головного и спинного мозга. Определить показания применения пневмокостюма «Атлант» у пациентов с повреждением головного и спинного мозга.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 01.01.2012 по 01.01.2013 гг. В исследование были включены пациенты с повреждением спинного и головного мозга. Под наблюдением находилось 40 пациентов из них: 24 человека с повреждением спинного мозга и 16 человек с повреждением головного мозга.

Критерии включения: пациенты, поступившие на консервативное лечение в отделение нейрохирургии с января 2012 г. по январь 2013 г., с остаточными явлениями травмы центральной нервной системы в виде тетрапареза и параплегии (парапареза) с неврологическим дефицитом типа A, B, C, D по шкале ASIA/ISCSCI (при повреждении спинного мозга), а также с геми- и терапарезом после повреждения головного мозга. Уровень спастичности 1-2-3 балла по шкале Ашфорт.

Критерии исключения объединили факторы, которые препятствуют проведению полноценного курса консервативного лечения пациента:

- декомпенсированные или нестабильные соматические заболевания;
- психические нарушения, острые инфекционные заболевания;
- запланированные хирургические вмешательства.

Уровень спастичности 4-5 баллов по шкале Ашфорт.

Обследование пациентов проводилось до и после курса реабилитации и включало: оценку неврологического статуса, стабилометрическое обследование.

В комплекс восстановительных мероприятий входили занятия ЛФК в костюме «Атлант» продолжительностью 30 минут. Курс занятий - 8 процедур и стандартное восстановительное лечение: физиотерапевтические методы (исключение-электростимуляция), массаж, медикаментозная терапия, ИРТ и занятия ЛФК.

Результаты и обсуждение. По результатам стабилограммы у больных с поражением спинного мозга со спастическим параличом увеличилась площадь статокинезиограммы ($p<0,05$), а у больных с вялым параличом увеличилась длина и площадь статокинезиограммы ($p<0,05$). В клинической картине это проявилось тем, что пациенты стали более устойчивы в вертикальном положении. У 25,3% больных с ТБСМ отмечено увеличение локомоторного балла.

Изучение показателей поддержания статикодинамического баланса в группе больных с ТБГМ не выявило статистически значимых различий ($p>0,05$). В данной группе больных также не выявлено различий в изменении двигательного и локомоторного балла на фоне восстановительного лечения ($p>0,05$). Для более детальной оценки стабилограммы у больных с последствиями черепно-мозговой травмы необходимо в дальнейшем исследовать такой показатель, как «центр давления» статокинезиограммы.

Сравнительный анализ показателей статокинезиограммы у больных с повреждением головного и спинного мозга до и после проведенных реабилитационных мероприятий так же не выявил достоверных отличий.

Выводы.

Занятия в пневмокостюме «Атлант» пациентов с клинической картиной вялого паралича ри повреждении спинного мозга улучшает двигательный потенциал больных.

Реабилитация больных с повреждением головного мозга дает хороший клинико-неврологический результат.

Применение пневмокостюма «Атлант» в сочетании со стандартными методиками ЛФК у пациентов с повреждением спинного и головного мозга делает реабилитацию более эффективной за счет улучшения постуральной регуляции.

Щедренок В.В., Гуманенко Е.К., Потемкина Е.Г., Захматова Т.В. Жарова Е.Н., Могучая О.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы кафедра общей хирургии СПб ГМУ
г.Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕЙРОТРАВМЕ

За последние годы удельный вес пострадавших с очень тяжелыми повреждениями составляет не менее 6-7% в структуре политравмы за счет быстрой доставки их службой СМП с места происшествия. Новым подходом к лечению этой патологии явилась тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ), обозначаемая в зарубежной литературе как «damage control surgery».

Цель исследования. Анализ использования тактики ЗМХЛ при нейротравме.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ диагностики и хирургического лечения 440 пострадавших с политравмой, которые находились на лечении в ЛПУ Санкт-Петербурга, Сыктывкара и Омска на протяжении 2009-2012 гг. Доминирующим повреждением была нейротравма, под которой подразумевали черепно-мозговую (ЧМТ), позвоночно-спинномозговую (ПСМТ) и травму периферической нервной системы (ТПНС).

Основополагающими методами диагностики были СКТ-исследование, УЗИ грудной и брюшной полостей, а также цветовое дуплексное сканирование при повреждении шеи и конечностей. В основной группе (220 человек, средний возраст 31,4±5,2 лет) была использована тактика ЗМХЛ: при ЧМТ (79,1%), ПСМТ (14,1%) и ТПНС (6,8%). В контрольной группе (220 человек, средний возраст 30,7±5,4 лет) применена традиционная тактика лечения.

Результаты и обсуждение. На всех этапах пострадавшим с нейротравмой выполнены различные хирургические вмешательства на поврежденных анатомических областях. В трети случаев первым этапом было предпринято частичное удаление внутричерепных гематом и почти у каждого пятого пострадавшего (21%) - путем наложения фрезевых отверстий с установкой системы приливно-отливного дренирования. Первым этапом при ПСМТ осуществляли заднюю фиксацию позвоночника.

В алгоритм II этапа тактики ЗМХЛ входило проведение мероприятий интенсивной терапии с целью быстрой стабилизации гемодинамики, применения ИВЛ и ВВЛ, коррекции коагулопатии и контроля температуры тела с продолжением дальнейшей диагностики возникших повреждений различных анатомических областей. В комплексное обследование входило обязательное использование СКТ головы с морфометрией степени дислокации головного мозга, а также МРТ, в том числе и при ТПНС.

На III этапе тактики ЗМХЛ осуществляли окончательное устранение всех интракраниальных компримирующих факторов, включая и очаги размозжения головного мозга. При ПСМТ на этом этапе предпринимали опорный спондилодез с помощью аутокости или пористых титановых имплантатов. На этом этапе производили и реконструктивные операции, которые при ЧМТ, как правило, заключались в проведении краниопластики, которая была выполнена у 42% пациентов.

Нейрореабилитация входила органично в систему ЗМХЛ, основным принципом которой было раннее (с момента операции) применение, а алгоритмом действия - определение степени нарушения иннервации, необходимого объема и методов восстановительного лечения.

Выводы.

Запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение по сравнению с традиционным оказалось существенным резервом улучшения результатов исходов политравмы, которое позволило снизить летальность при нейротравме на 15% и улучшить социальную адаптацию пострадавших на 13%.

Щедренок В.В., Гуманенко Е.К., Кирьянова В.В., Жарова Е.Н., Потемкина Е.Г., Могучая О.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы, кафедра общей хирургии
СПб ГМУ Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
г.Санкт-Петербург, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Цель исследования. Обоснование ранней комплексной реабилитации при лечении пострадавших с нейротравмой.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 172 пострадавших с нейротравмой, которые находились на курации в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова и городской больнице святой преподобномученицы Елизаветы Санкт-Петербурга на протяжении 2009-2012 гг. У 99 пациентов имела место черепно-мозговая травма (ЧМТ), у 41 - позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) и в 32 случаях - травма периферической нервной системы (ТПНС). Средний возраст пострадавших составил 41,5±4,6 лет, преобладали лица мужского пола (122 наблюдения - 70,9%).

Комплексное клинико-лучевое обследование включало неврологический осмотр, исследование акустических стволовых вызванных потенциалов. Диагностику при ТПНС осуществляли с помощью 4-канальной системы ЭМГ/ВП Viking Quest фирмы Nicolet Biomedical и аппарата Нейро-МВП. Лучевое исследование проведено на мультиспиральном рентгеновском компьютерном томографе Brilians 6s фирмы Philips и магнитно-резонансном томографе Signa Exite 1,5T фирмы GE.

При ЧМТ, по данным лучевого обследования, проводили морфометрию области тенториального и большого затылочного отверстий с выделением умеренной, значительной и выраженной степени дислокации головного мозга.

Перед выпиской состояние пациентов определяли по шкалам исходов Глазго (ШИГ), спастичности по Ашфорт (Ashworth), 6-балльной шкале мышечной силы, а также общей оценки жизнедеятельности по индексу Бартел.

Результаты и обсуждение. Раннее реабилитационное хирургическое лечение заключалось в окончательном устранении всех интракраниальных компримирующих субстратов и применении мероприятий по созданию внутренней декомпрессии для устранения дислокации ствола мозга.

Основными методами нейрореабилитации совместно с общепринятой медикаментозной терапией являлись постуральная коррекция, прикладная кинезитерапия, механотерапия (в том числе и роботизированная), террентерапия, физиотерапия, массаж, функциональный нейротренинг, ортезирование, логопедическая коррекция, а также различные виды психотерапии. Во время операции область операционной раны обрабатывали лазерным или светодиодным излучением для усиления процессов регенерации. Нейрореабилитационный этап начинали с первых суток после операции. Хорошо зарекомендовал себя в раннем восстановительном периоде метод КВЧ-терапии. У 73 пациентов (43,4%) отмечено возвращение к прежнему уровню занятости и у 26 человек (15,1%) выявлена умеренная инвалидизация. Средние цифры по шкале исходов Глазго были достаточно высоки и составили 1,9±0,2. Улучшение самочувствия по шкале Бартел происходило в среднем на 21,7±4,5 балла и достигало 55-80 баллов, в зависимости от степени тяжести перенесенной ЧМТ и ПСМТ.

Выводы.

Нейрореабилитация представляет собой систему методов лечения, которую целесообразно использовать в ближайшие сроки после повреждения. В остром периоде ЧМТ необходимо применять способы внутренней декомпрессии головного мозга. Эффективными методами нейрореабилитации являются обработка операционной раны с помощью лазерного или светодиодного излучения, КВЧ-терапия, магнитная и электростимуляция.

Якушин О.А., Новокшонов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Травматическое повреждение позвоночника и спинного мозга - это не только личная трагедия отдельно взятого человека и его семьи, но и серьезная социальная проблема для общества в целом, обычно связанная с необходимостью сложного, дорогостоящего, многоэтапного лечения больного и продолжительного периода его последующей реабилитации.

Цель исследования. Оценить эффективность микрохирургических реконструктивных операций у больных с травмой позвоночника и спинного мозга в остром и отдаленном периодах.

За период 2008-2011 гг. в центре нейрохирургии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» проведено лечение 162 пациентам с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ). Мужчины составляли - 126 (77,8%) и женщины - 36 (22,2%), в возрасте от 5 до 72 лет. Средний возраст пострадавших составил 35,4±12,9 года. По механизму повреждений преобладали бытовой и дорожно-транспортный травматизм - 82,1%. Повреждения шейного отдела позвоночника составили 39,5%, грудного - 28,4% и поясничного - 32,1% случаев соответственно. В остром периоде ПСМТ поступило - 102 (62,9%) пострадавших, в позднем периоде - 60 (37,1%).

Степень нарушения функции спинного мозга оценивали по шкале ASIA/ISCSI. В остром периоде ПСМТ преобладали нарушения типа А и С - 76 (74,5%), в позднем периоде преимущественно тип В и С - 35 (58,3%).

В остром периоде ПСМТ 53 пациента поступили в клинику с диагнозом политравма. При анализе этой группы пациентов выявлено преобладание сочетаний следующих повреждений: 28,3% - ПСМТ в сочетании с тяжелой ЧМТ; 39,7% - ПСТМ в сочетании с ЧМТ, скелетной, торакальной и абдоминальной травмой.

Оперативное лечение выполнено 145 больным, выполнено 203 оперативных вмешательств. В 48,9% случаев пациентам потребовалось проведение двухэтапного хирургического лечения. В 75,2% оперативное лечение проводилось с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники.

В результате проведенного комплексного лечения ближайшие результаты в сроки от двух месяцев до 1 года прослежены у 121 пациента в остром и отдаленном периодах ПСМТ. Оценку результатов лечения проводили по шкале Карновского. Неудовлетворительные результаты лечения получены у 30 пациентов, полное отсутствие динамики в неврологическом статусе, средний индекс по шкале Карновского - 37±6,3. У 73,3% больных результат оценен как удовлетворительный, критерием оценки служило: улучшение чувствительности ниже уровня повреждения, появление минимальных активных движений, увеличение силы мышц конечностей, восстановление функции тазовых органов, активизация пациента, улучшение самообслуживания. Средний индекс составил - 76,3±6,9. В 17,3% результат оценен как хороший, средний индекс по шкале Карновского равен 95,5±1,7.

Таким образом, при лечении пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой необходимо использовать микрохирургические реконструктивно-восстановительные операции на спинном мозге, оболочках мозга, как в остром, так и в позднем периоде травмы, что ведет к улучшению нарушенных функций спинного мозга.

ОФОРМИТЕ ЗАКАЗ КНИГИ!

Политравма / В.В. Агаджанян, А.А. Пронских, И.М. Устьянцева и др.
- Новосибирск: Наука, 2003. - 492 с.

Монография посвящена актуальной для практического здравоохранения проблеме политравмы.
Подробно освещены вопросы организации специализированной медицинской помощи, методы диагностики, лечения и реабилитации при политравме, патофизиологические и иммунологические аспекты травматической болезни, принципы интенсивной терапии.

ОФОРМИТЕ ЗАКАЗ КНИГИ!

Политравма. Септические осложнения / В.В. Агаджанян, И.М. Устьянцева, А.А. Пронских и др.
- Новосибирск: Наука, 2005. - 391 с.

Книга всесторонне охватывает современные представления о развитии септических осложнений при политравме, которые изложены с единых позиций системного подхода с учетом новых данных о молекулярных механизмах развития системной воспалительной реакции и синдрома полиорганной дисфункции.
Представлены основные патофизиологические и иммунологические аспекты, системы оценки сепсиса и органной дисфункции, принципы и методы прогнозирования развития и лечения септических осложнений травм опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговой травмы, общие принципы лечения хирургических заболеваний при политравме.

Только у нас

По вопросу приобретения обращаться:
"Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"
Россия, 652509, Кемеровская область, г.Ленинск-Кузнецкий, Лесной городок, 52/2
Тел.: (384-56) 2-38-88; Fax: (384-56) 2-40-50; E-mail: info@gnkc.kuzbass.net, irmaust@gnkc.kuzbass.net, www.mine-med.ru

Кому: "Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма." _____ *экз.*

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

Кому: "Благотворительный Фонд охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма. Септические осложнения" _____ *экз.*

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

**Агаджанян К.В., Яковлева Н.В., Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
Петухова О.В.**

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность. Среди различных причин бесплодия эндометриоз занимает одно из ведущих мест. Широта изучения проблем патогенеза и терапии генитального эндометриоза и бесплодия давно уже носит мультидисциплинарный характер. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в диагностике и лечении эндометриоза, восстановление репродуктивной функции у пациенток при данной патологии остается сложной задачей.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на проспективном анализе обследования и лечения 125 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), ассоциированным с бесплодием, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ФГБЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» с 2005 по 2007 гг. Средний возраст женщин составил 29,8±0,44 лет, длительность заболевания варьировала от 2 до 15 лет.

Первую (I-ую) группу составили 75 пациенток с легкими формами эндометриоза I и II стадии (от 1 до 15 баллов) по классификации AFS.

Вторую группу (II-ую) - 50 пациенток с тяжелыми формами эндометриоза III и IV стадии (16-80 баллов).

Изучение анамнеза и клинической симптоматики заболевания позволило выявить следующие жалобы:

- боль внизу живота и в области поясницы;
- значительное усиление болей в период менструации и при половой жизни;
- различные нарушения менструальной функции в виде мено- и метроррагий.

Основной жалобой всех пациенток было бесплодие. Первичное бесплодие диагностировано у 64 (65,9%) пациенток с НГЭ и наблюдалось в 2 раза чаще, чем вторичное. Были изучены клинические, биохимические и иммунологические особенности при различных вариантах течения генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста. Выявлена прямая корреляционная связь между интенсивностью клинических проявлений, концентрацией первичных и вторичных медиаторов воспаления, онкомаркером Са-125 в сыворотке крови больных с эндометриозом и тяжестью течения патологического процесса: Са-125 ($r=0,44$, $p<0,01$),СРБ ($r=0,6$, $p<0,0001$), ферритин ($r=0,57$, $p<0,001$), ИЛ2-R ($r=0,46$, $p<0,001$), щелочная фосфатаза ($r=0,59$, $p<0,0001$). Определено значительное увеличение содержания СА-125 при рецидивировании генитального эндометриоза. Проведено комбинированное малоинвазивное хирургическое и медикаментозное лечение пациенток с эндометриозом, направленное на удаление эндометриоидных гетеротопий и профилактику рецидивирования и прогрессирования патологического процесса.

При оперативном лечении пациенток с наружным генитальным эндометриозом использовали лапароскопический доступ, проводили следующие виды оперативных вмешательств в зависимости от выявленных поражений:

- вылущивание эндометриоидных кист яичника или резекция яичника в пределах здоровых тканей;
- резекция или коагуляция очагов эндометриоза на брюшине, кресцово-маточных связках, ректовагинальной перегородке;
- разделение сращений между маткой, придатками и смежными органами;
- комбинированные, сочетанные и симультанные оперативные вмешательства.

Гистероскопия проведена одновременно с лапароскопией всем пациенткам с НГЭ. В ходе гистероскопии у 17 (13,6%) пациенток дополнительно выявлялись признаки внутреннего эндометриоза. При хирургическом лечении пациенток с тяжелой формой наружного генитального эндометриоза или сопутствующем аденомиозе из-за обширного поражения брюшины, матки и смежных органов иногда невозможно полностью удалить все эндометриоидные гетеротопии. Поэтому в лечении больных с эндометриозом мы использовали комбинированный метод:

хирургическое оперативное вмешательство и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) в послеоперационном периоде в течение 3 циклов. Результаты комбинированного метода лечения пациенток с НГЭ были оценены как хорошие у 76% (95) женщин, удовлетворительные - у 21,6% (27), неудовлетворительные - у 2,4% (3). Маточная беременность наступила у 45 (46,3%) пациенток. Рождением живых доношенных детей закончились 43 беременности, выкидыши наблюдались у 2-х пациенток. Внематочная беременность наступила у 1-й больной. Применение предложенного комплексного обследования больных с эндометриозом позволило своевременно установить диагноз, стадию заболевания и явилось эффективным критерием проведенного лечения.

Выводы.

Патогномоничными симптомами НГЭ являются альгодисменорея, диспареуния, хроническая тазовая боль, первичное бесплодие. Комплексное обследование пациенткам с НГЭ должно включать клинико-лабораторное исследование, с изучением содержания опухолевых маркеров и медиаторов воспаления; инструментальные и эндоскопические методы, что позволит своевременно установить диагноз наружного генитального эндометриоза, выявить стадию патологического процесса.

Лечение пациенток с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, должно быть малоинвазивным, органосохраняющим, с обязательным удалением очагов эндометриоза, нормализацией анатомических соотношений и функций органов малого таза. Определение содержания СА-125, ИЛ-2R, СРБ, ферритина в периферической крови пациенток с эндометриозом является эффективным критерием оценки тяжести генитального эндометриоза, его прогрессирования рецидивирования.

Агаларян А.Х., Другов А.С., Галятин Д.О.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Повреждения диафрагмы чаще всего располагаются в области сухожильного центра или в месте его перехода в мышечную часть и обусловлены внезапным повышением внутрибрюшного давления. В 90-95% случаев происходит разрыв левого купола. При разрывах и ранениях диафрагмы вследствие отрицательного внутригрудного давления в плевральную полость перемещаются желудок, тонкая толстая кишка, сальник, селезенка, часть печени. Открытые повреждения диафрагмы бывают при колото-резаных и огнестрельных ранениях. Они в большинстве случаев сочетаются с повреждением органов грудной и брюшной полости.

Сохраняется высокий уровень диагностических и тактических ошибок в лечении этой категории пострадавших. Их причинами являются тяжесть состояния пациента и шок, маскирующие симптомы повреждения органов грудной и брюшной полостей, наркотическое или алкогольное опьянение, нередко наблюдающееся у этих пациентов. Учитывая, что пациенты с закрытой травмой груди и живота относятся к группе наиболее тяжелых, эта проблема не теряет своей актуальности и в настоящее время.

Между тем до сих пор остаются нерешенными вопросы, касающиеся диагностического алгоритма при закрытой травме груди и живота, выбора рациональной хирургической тактики при разрыве диафрагмы. Трудность своевременной диагностики данной патологии обусловлена полисимптомностью клинической картины в зависимости от характера повреждения различных органов, тяжестью состояния пострадавших, отсутствием специфических признаков разрыва диафрагмы, сочетанным повреждением органов грудной и брюшной полостей, нарушением их герметичности. Смертность при данном виде повреждений по данным разных авторов составляет 19,4-28%.

Цель исследования. Анализ диагностики и лечения пациентов с повреждением диафрагмы, находившихся на лечении в нашем центре в период в период с 2008 по 2013 годы.

Всего за указанный период на лечении в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» находилось 18 пациентов, из них 10 (55,6%) мужчин и 8 (44,6%) женщин. Возраст пациентов колебался от 17 до 60 лет. Наибольшее число пострадавших отмечено в возрастной группе от 20 до 30 лет - 7 пациентов

(38,9%). По механизму травмы повреждение диафрагмы распределилось следующим образом:

- ножевые ранения - 5 (27,7%),
- автодорожная травма - 8 (44,6%),
- производственная травма - 4 (22,2%),
- кататравма - 1 (5,5%).

В течение первых 2-х часов от момента травмы в нашу клинику были доставлены 13 (72,3%) пациентов. Из других ЛПУ области были переведены 5 (27,7%) пациентов. Перевод был осуществлен на 2-4-ые сутки от момента травмы.

Наряду с повреждениями органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства повреждения диафрагмы сочетались с повреждением опорно-двигательного аппарата - 3 (16,7%) пациента, черепно-мозговой травмой - 2 (11,1%) пациента и сочетание черепно-мозговой травмы с повреждением опорно-двигательного аппарата - 4 (22,2%) пациента.

Всем пациентам при поступлении проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки. По результатам рентгенологического исследования только у 6 (33,3%) пациентов было выявлено повреждение диафрагмы. У остальных 12 (66,7%) пациентов повреждение диафрагмы было выявлено при проведении диагностической лапароскопии, которая проводилась в экстренном порядке для исключения повреждений органов брюшной полости.

Всем больным выполнено оперативное вмешательство. Мы не отдавали предпочтения лапаротомному или торакотомного доступу. В 14 (77,8%) случаях ушивание повреждения диафрагмы производилось из лапаротомного доступа и сочеталось с хирургической коррекцией выявленных повреждений органов брюшной полости. У 4 (22,2%) пациентов выполнялась торакотомия на стороне поврежденного купола диафрагмы. При линейных дефектах проводилось ушивание по типу «дупликатуры». При обширных повреждениях диафрагмы, повреждениях нелинейной формы проводилось ушивание дефекта «край в край» с фиксацией полипропиленового сетчатого имплантата. В послеоперационном периоде отмечались гипостатические явления и инфильтративные и зменения в нижних отделах легких, более выраженные на стороне повреждения. Гнойных осложнений и посттравматических грыж диафрагмы в послеоперационном периоде не было выявлено. Средние сроки стационарного лечения данной категории больных составили 34±13,8 к/дней. Умерло 2 (11,1%) пациента. Причиной летального исхода являлась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ушиба сердца и массивной кровопотери на догоспитальном этапе.

Таким образом, при поступлении пациентов с подозрением на травму грудной клетки и живота хирург должен всегда помнить о возможном повреждении диафрагмы. Использование диагностической лапароскопии в ближайшие сроки от момента травмы в алгоритме диагностики повреждений у пациентов с политравмой позволяет своевременно выявлять повреждения диафрагмы и оптимизировать хирургическую тактику лечения. Оказание медицинской помощи данной категории больных необходимо проводить в условиях специализированных многопрофильных стационаров.

Акентьева Т.Н., Кудрявцева Ю.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

История хирургии тесно связана с проблемой поиска наиболее совершенного шовного материала. Изучению реакции тканей на различный шовный материал посвящено достаточно большое количество работ. Из множества факторов, определяющих исход оперативного вмешательства, большое влияние оказывает шовный материал.

К шовным материалам в сосудистой хирургии предъявляются особые требования, так как наличие нити, выступающей в просвет сосуда, может увеличивать сорбцию белков крови, тем самым провоцировать процесс тромбообразования. Поэтому, на первое место выходит такое требование к шовным материалам как гемосовместимость. Это свойства материала не оказывать

отрицательного воздействия на компоненты крови и не инициировать образование тромбов.

Цель исследования. Оценить влияние шовного материала на реакцию белков крови при его имплантации и разработать способ повышения его гемосовместимости.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе использовались два вида нитей из полипропилена: Монофил 6,0 (Линтекс, Россия, г.Санкт-Петербург) и Prolene 6,0 (ETHICON, USA). В качестве модифицирующего агента использовали сополимер полигидроксибутират-оксивалериат (ПГБВ), синтезированный в Институте биохимии и физиологии микроорганизмов им. Г.К. Скрябина РАН (г.Пущино, Московская область). Концентрация модифицирующего раствора составила 3%. Для оценки реакции белков крови на шовный материал использовали сегменты внутренней грудной артерии крупного рогатого скота, с базовой консервацией 5% раствором диглицидилового эфира этиленгликоля. Анастомоз выполняли путем сшивания двух сегментов артерий модифицированным и немодифицированным шовным материалом. Кровь для исследования брали от условно здоровых доноров посредством пункции локтевой вены в пластиковые пробирки с 3,8% цитратом натрия, в соотношении 1:9. Время контакта образцов с кровью составило 40 минут при температуре 37°С. Реакцию крови на шовный материал оценивали по количеству адсорбировавшихся протеинов (методом Мэрион Брэдфорд) в зоне сосудистого анастомоза. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «STATISTICA 6.0». Результаты представлены в виде медианы и квартильного отклонения. Статистически значимыми считали различия при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. Изучение количества адсорбированных протеинов крови на поверхности образцов, прошитых шовным материалом показало, что присутствие нити в биоматериале усиливает адсорбцию белков крови. Об этом свидетельствовало меньшее количество адсорбированных протеинов в образцах без шовного материала и составило 674,61 мг/см^2 (641,50-722,88). Зоны анастомозов, выполненные немодифицированным Монофилом и Prolene сорбировали 832,36 мг/см^2 (732,23-947,76) и 834,39 мг/см^2 (690,40-982,23) белка соответственно. При исследовании зоны анастомозов, выполненных шовным материалом с модификацией раствором ПГБВ было выявлено статистически значимое снижение количества сорбированных белков крови. Через 40 минут контакта с кровью общее количество протеинов на образцах, прошитых модифицированным шовным материалом составило: модифицированный ПГБВ Монофил сорбировал 681,37 мг/см^2 (641,53-732,33), а модифицированный ПГБВ Prolene сорбировал 613,72 мг/см^2 (493,92-773,59) белка.

Выводы.

Немодифицированный шовный материал более активно провоцирует сорбцию белков крови в зоне сосудистого анастомоза по сравнению с модифицированной нитью.

Для повышения гемосовместимости шовного материала перспективным является модификация поверхности нити раствором сополимера ПГБВ.

Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В.

Муниципальное учреждение здравоохранения «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ГОЛЕНИ ОСЕВЫМ ЛОСКУТОМ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ НА ПРОКСИМАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

Глубокие дефекты области коленного сустава, подколенной ямки и проксимальной трети голени являются причиной серьезных функциональных нарушений со стороны нижней конечности. Замещение их традиционными методами всегда представляет сложную задачу в связи с ограниченностью местных ресурсов покровных тканей и высокими функциональными требованиями.

Одним из путей разрешения этой задачи является на наш взгляд применение пластики кожно-мышечным лоскутом одной из головок икроножной мышцы. Анатомическими предпосылками к этому виду пластики являются осевой характер кровоснабжения головок икроножной мышцы, наличие у каждой из них собственной сосудисто-нервной ножки, достаточно большие размеры возможного

лоскута, минимальные функциональные нарушения в конечности при его использовании. Сосуды головок икроножной мышцы отходят от подколенной артерии и вены в их среднем отделе (чуть выше щели коленного сустава. Внутри лоскута они разделяются преимущественно дихотомически, что дает возможность при необходимости формировать лоскут, используя лишь отдельные порции мышцы. Нервное снабжение представлено двигательными нервами, отходящими от основного ствола большеберцового нерва. Чувствительная иннервация отсутствует.

Формирование лоскута начинаем с периферии, для уменьшения кровопотери и сокращения длительности операции первый этап вмешательства выполняем под жгутом. Производим разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции по всему периметру. Внешний край мышцы отслаивается от подлежащих тканей по межмышечному пространству тупым путем. Разделение головок мышцы производится вблизи центральной оси острым путем. Пересеченный участок пяточного сухожилия фиксируем двумя П-образными швами в поперечном направлении. После мобилизации лоскута до нижней границы подколенной ямки снимаем жгут, определяем пульсацию артерии лоскута, контролируем его кровоснабжение по наличию краевого кровотечения и окраске кожи.

Дальнейший этап диссекции выполняем с использованием микрохирургической техники: операционного микроскопа «Мовена» Карл Цейс, Германия м микрохирургического инструмента. При замещении дефекта нижней части коленного сустава, проксимального отдела голени лоскут может быть применен в ротационном варианте. При этом нет необходимости прецизионно выделять изолированную сосудисто-нервную ножку. Достаточно провести мобилизацию основания лоскута на требуемом протяжении. При обширных по площади дефектах коленного сустава требуется применение островкового варианта лоскута. Для его формирования пальпаторно и визуально определяется локализация сосудистой ножки лоскута на вентральной поверхности мышцы. После чего она изолируется, а мышца и кожа пересекаются по всему периметру. Ножка мобилизуется на необходимом протяжении вплоть до отхождения от подколенных сосудов. В среднем длина сосудисто-нервной ножки составляет до 5 см.

Мобилизация латеральной головки в проксимальном отделе и ее ротация сопряжены с опасностью повреждения или сдавления малоберцового нерва. Перемещение лоскута в зону дефекта может быть проведено через подкожный туннель или же путем рассечения кожи. Донорская рана закрывается методом комбинированной кожной пластики после широкой распрепаровки краев и частичного ушивания.

По данной методике в ожоговом отделении г.Кемерово выполнено 5 операций у 4 больных средний возраст 34,4 гр. У 2 больных причиной дефекта были механические повреждения, у 2 глубокие электроожоги, у 1 отморожения передней поверхности коленных суставов. Некроза лоскута не было ни в одном наблюдении. Лоскут медиальной головки применили в 4 случаях, латеральной - в 1. Функциональных нарушений со стороны стопы, связанных с утратой функции одной из головок икроножной мышцы мы не наблюдали.

Альтшулер Е.М.
Муниципальное учреждение здравоохранения «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

СИЛИКОН И КОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Восстановление утраченного кожного покрова у обожженных не означает выздоровление, рубцы, образующиеся на месте ожоговых ран, дают о себе знать еще долгие годы, причиняя пациентам физические и моральные страдания, заставляя их вновь и вновь обращаться за помощью, а врачи вынуждены применять все новые и новые методы лечения. Так применение компрессии для лечения рубцов кожи имеет многовековую историю. Первое упоминание о возможности применения давления для этой цели обнаружено в трудах Амбруаза Паре. Возрождение интереса к этой теме произошло в конце 60-х годов XX столетия после сообщения д-ра Сильвестейна из Брукского госпиталя армии США в Сан-Антонио о том, что при ношении давящих повязок у больных с сосудистой патологией снизилась частота формирования рубцов кожи.

Другое важное направление в лечении рубцов - это применение препаратов силикона.

Разумеется, это значительно более «молодой» метод лечения - его используют немногим более 40 лет. Как это часто бывает, все началось со случайного наблюдения, но с течением времени применение силиконовых покрытий стало привычным и повседневным занятием в практике работы хирургов различных специальностей. Несмотря на то, что уже накоплен большой практический опыт применения силикона для лечения рубцов, механизм лечебного действия указанного препарата до сих пор окончательно не выяснен. В отечественной научной литературе особенности механизма действия силикона и компрессионной терапии в достаточной степени не отражены. Указанные методы весьма часто применяются одновременно, в связи с чем, целесообразно и обсудить совместно.

Цель исследования. Отразить основные варианты применения препаратов силикона и компрессионной терапии для профилактики и лечения рубцов кожи. Силиконы - это большая группа синтетических полимеров, в состав цепочек которых входит кремний. Способы применения препаратов силикона для лечения рубцов также разные и обусловлены физической формой препарата. Силиконовые жидкости и гели наносят, чаще всего, на открытые участки тела, где они находятся в виде тонкой пленки.

Наиболее распространенные силиконовые гели - это «Kelo-Cote» (патент США N 5741509) и «»Dermatix». Значительная часть гелевых препаратов распространяются по системам сетевого маркетинга. Препарат «Dermatix» (пр-во «Valeant», Швейцария), который в достаточной мере эффективен и удобен в применении, официально разрешен к применению и доступен в аптеках. Эластомеры (пластины) применяют в сочетании с компрессионной терапией. Для этого были разработаны многочисленные «давящие устройства» в виде разных вариантов компрессионного белья, масок, «сплинтов» и др. из всего обилия вариантов исполнения можно выделить три основных подхода:

- с использованием тугого бинтования;
- с помощью специально сшитого компрессионного белья, а также масок для лица;
- с применением т.н. «conformers» (устройств, адаптированных по размеру и форме к профилю участка тела с рубцами в виде шин, лангет и т.п.).

Последние два варианта лечения давлением могут осуществляться по- разному: без изделий из силикона или же с их использованием. Для этого силиконовые пластины подкладываются под компрессионную одежду.

Очень часто неправильное проведение компрессионной терапии (без, или с применением препаратов силикона) сводит на нет все усилия. Наиболее частые ошибки это: недостаточное давление на рубцовую ткань и неправильно выбранные временные режимы воздействия. Очень часто пациенты ослабляют или вообще снимают компрессионную одежду (например, на ночь), а носят ее только в дневное время. Такое лечение не дает никакого результата. В идеале, при использовании компрессионного белья в качестве лечебного средства, оно должно носиться 23 часа 30 минут в сутки, начиная с момента завершения эпителизации ран до созревания рубца. Допускается на короткий период (до 30 минут) снимать повязки для осуществления гигиенических процедур. По величине необходимого давления данные противоречивы. Тем не менее, хорошие результаты достигаются и при меньшем давлении - от 5 до 15 мм.рт.ст. Так, указывает, что 15 мм - это уровень, необходимый для ускорения «созревания «рубца», а 10 мм - это минимально эффективный уровень. Тем не менее, несмотря на попытки многих исследователей определить уровень оптимального давления, сделать это до сих пор не удалось. Излишне говорить, что, как правило, врач не имеет возможности определить давление под компрессионной одеждой, т.к., необходимые для этого технические средства измерения отсутствуют. Обе крайности - недостаточное или избыточное давление на рубец имеют свои недостатки. В первом случае - не достигается лечебный эффект, а во втором - иногда развиваются нарушения кровообращения в тканях.

Личный опыт автора позволяет заключить, что все разновидности препаратов силикона (жидкости, гели, эластомеры) пригодны для лечения рубцов. Количественные сравнения (в отношении эффективности лечения) провести между ними крайне сложно. От терапии с использованием компрессии и силикона нельзя ожидать невозможного, например, полного исчезновения рубца. От такого лечения рубец может заметно улучшить свои характеристики - измениться его внешний вид, рубец бледнеет, уменьшается в объеме, становится менее плотным, более растяжимым, исчезают субъективные ощущения. Итак, основным эффектом от применения препаратов

силикона является протезирование недостаточной функции РС, что приводит к нормализации водного баланса в эпидермисе.

Баран О.И., Григорьев Ю.А., Москвитин П.Н.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ У ЖЕНЩИН

Число курящих женщин во всем мире исчисляется десятками миллионов, а с учетом тех, которые пристрастились к другим формам потребления табака, еще больше. Появление в конце XIX века промышленно изготовленных сигарет привело к тому, что вскоре, уже в начале XX века, их курение стало доминирующей формой потребления табака. В развитых странах распространенность и интенсивность курения среди женщин далеко не одинаковы. В целом же страны, население которых первым приобщилось к курению (Испания, Португалия, Великобритания), оказались первыми, где число курящих женщин снизилось.

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 существует в три раза большая вероятность зачатия в более отдаленные сроки, в три раза больше риск первичной непроходимости маточных труб и повышенный риск внематочной беременности.

Установлено, что частота наступления беременности при использовании методов вспомогательной репродукции (оплодотворение in vitro, искусственная инсеминация) значительно ниже как у курящих женщин, так и в тех группах, где курит только отец. При этом у курящих женщин снижена чувствительность эндометрия к действию гормонов. У курящих беременных отмечен рост частоты преждевременных родов, пренатальных и перинатальных потерь. У таких женщин чаще рождаются дети с низкой массой тела, что обычно связывают с уменьшением кровотока в плаценте, то есть с гипоксией плода.

Известно, что низкий вес при рождении является одной из основных причин перинатальной смертности. Уже накоплено достаточно данных о том, что у лиц, родившихся с низкой массой тела, в дальнейшей жизни чаще наблюдаются тяжелые формы гипертонической болезни, атеросклероза и диабета. С курением матери, в том числе и «пассивным», связывают случаи «синдрома внезапной смерти» новорожденных. У детей, рожденных курящими матерями, отмечается нарушение «физиологической асимметрии» левого и правого полушарий головного мозга, что отрицательно отражается на умственных способностях ребенка. Установлено, что нарушения менструального цикла, включая дисменорею, предменструальный синдром, нерегулярность менструаций и вторичную аменорею, связаны с курением. У курящих женщин климакс, как правило, начинается на 2-3 года раньше, чем у некурящих. Курение повышает риск развития болезней, связанных с дефицитом эстрогена (например, постклимактерический остеопороз и как следствие - переломы костей).

Курение не только влечет за собой неблагоприятные последствия для здоровья женщины, ее потомства и семьи, но и имеет весьма существенные экономические издержки. Изучение данной проблемы в экономически развитых странах показало, что потери для общества, связанн ые с курением, значительно превосходят поступления в бюджет, получаемые от табачной индустрии.

В 2003 году Всемирная организация здравоохранения, обобщив имеющийся опыт, приняла Рамочную конвенцию по борьбе против табака. Она предполагает использование стратегии гибкого государственного регулирования табакокурения и направлена на снижение спроса, на вредоносное зелье.

В России в 2002 г. вступил в силу ФЗ «Об ограничении курения табака». Мероприятия, предусмотренные этим Законом, не привели к сокращению курения в нашей стране. В Госдуме в феврале 2013 г. принят правительственный антитабачный законопроект, который разработан Минздравом в соответствии с требованиями Рамочной конвенции ВОЗ.

Данный законопроект предусматривает более жесткие ограничения табакокурения.

Необходимо дальнейшее совершенствование законодательной базы по ограничению курения и контроля за исполнением закона, поощрение женщин, поддерживающих принцип «Жизнь и беременность без табака».

Беляев М.К.
Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Научно обосновать возможности расширения показаний к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей.

Настоящая работа основана на опыте диагностики и лечения 448 детей с инвагинацией кишечника, наблюдавшихся в клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1976 по 2010 гг. Из них 214 (47,8%) детей до года и 234 (52,2%) старше одного года. Мальчиков среди них было 310 (69%), девочек - 138 (31%). Для более четкого представления динамики развития патологического процесса, мы распределили больных согласно классификации И.Н. Осипова (1967) в модификации В.В. Подкаменева на 4 стадии.

Формирование базы данных, преобразование, математическую обработку проводили с помощью персонального компьютера на базе процессора Intel-Pentium 4, с применением пакетов Microsoft Office и программы STATISTICA 99 Edition (США). Нормальность распределения проверяли при помощи критерия Колмогорова-Смирнова. Интервальные величины сравнивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для оценки различий нескольких групп по разработанным параметрам и выявления приоритетных влияний применяли однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Связь исследуемых данных проверяли с помощью корреляции Спирмена (для категориальных данных). Различия между сравниваемыми величинами признавали статистически достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Мы провели математическую обработку и анализ развития симптомов заболевания (схваткообразная боль, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, кровь в стуле) в зависимости от стадии патологического процесса. Детальное изучение основных симптомов инвагинации в динамике показало их диагностическую ценность (уменьшение или увеличение в зависимости от стадии заболевания), тем не менее, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) не показал статистически значимого различия между группами во всех стадиях патологического процесса. Следовательно, фактор времени не оказывает существенного влияния на степень морфологических изменений в кишечной стенке, поскольку во всех стадиях преобладают функциональные нарушения.

При рассмотрении двух групп больных - без перитонита и с перитонитом (при том, что перитонит был четко документирован клинико-лабораторными данными и подтвержден последующим оперативным вмешательством) однофакторный дисперсионный анализ статистически достоверно показал, что при отсутствии перитонита статистически достоверных различий между группами в зависимости от стадии заболевания, получено не было ($p=0,067441$). При рассмотрении же группы больных с перитонитом эти различия статистически достоверны и документируется достаточно четко ($p=0,000049$).

Отсюда следует важнейший вывод - именно перитонит является главным признаком, по которому различаются эти группы. Следовательно, ведущим в выборе тактического решения является не длительность заболевания и его клинические проявления, а наличие или отсутствие перитонита.

Данное положение подтверждено нами на клиническом материале. Консервативное лечение инвагинации применялось у 424 (94,4%) больных, которые не имели клинических признаков перитонита. Эффективность бескровного лечения оказалось успешным у 397 (93,6%) пациентов, не зависимо от возраста и длительности заболевания. А в течении последних 24 лет (1987-2010) эффективность консервативного лечения составила - 98%.

Беляев М.К.
Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

ОБОСНОВНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Определение давления «растяжения» на стенку толстой кишки при пневмокомпрессии в эксперименте.

Мы усовершенствовали ранее проведенные экспериментальные исследования, что позволило максимально приблизить методику консервативного расправления к естественным условиям и уточнить данные. Экспериментальная работа проведена на 9 детских трупах различного возраста: новорожденные, 1-7 лет, 8-15 лет. Всего проведено 9 опытов - по 3 в каждой группе. Каждый опыт состоял из следующих этапов:

1 этап - поперечная лапаротомия по Шпренгелю справа и перевязка тонкой кишки на уровне баугиниевой заслонки. Через отдельный прокол в правом подпеченочном пространстве в брюшную полость вводили баллон - катетер, заполненный воздухом (50 см^3) и соединенный с манометром посредством полихлорвиниловой трубки. Его устанавливали перпендикулярно толстой кишке. Лапаротомную рану ушивали через все слои.

2 этап - в прямую кишку вводили трубку, соединенную с манометром и грушей Ричардсона через систему полихлорвиниловых трубок. Анальный сфинктер максимально сжимали руками на трубке.

3 этап - при нагнетании воздуха в кишечник на манометре фиксировался уровень внутрикишечного давления. Петли толстой кишки, растягиваясь, сдавливали баллон - катетер, находящийся между кишечными петлями и задней поверхностью передней брюшной стенки, при этом на манометре фиксировался уровень давления «сопротивления» со стороны органов и тканей брюшной полости.

4 этап - после окончания исследования проводили релапаротомию с целью установления целостности кишечника.

В ходе эксперимента мы выяснили, что создать внутрикишечное давление свыше 200 мм рт.ст., при максимальном сжатии анального отверстия руками, не представляется возможным, поскольку анус является естественным вентилем, через который происходит сброс воздуха. Наши исследования показали, что давление «растяжения» на стенку кишки при пневмокомпрессии, при достижении «критического» внутрикишечного уровня давления в 200 мм рт.ст., составляет 70 мм рт.ст. у детей 8-15 лет, 90 мм рт.ст. у детей 1-7 лет и 120 мм рт.ст. у новорожденных. ($p<0,001$). Связь этих показателей подтверждается расчетом коэффициента корреляции Пирсона, который составил: - 0,98 ($p<0,05$).

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что даже у новорожденных давление «растяжения» на стенку толстой кишки во время пневмокомпрессии не превышает 120 мм рт.ст. Следовательно, на практике достичь «критического» уровня давления, способного вызвать перфорацию кишки невозможно даже у новорожденных, а тем более у детей старшего возраста. Данное положение было подтверждено нами на клиническом материале.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2010 гг. находилось 448 больных с инвагинацией кишечника. Из них 214 (47,8%) детей до года и 234 (52,2%) старше одного года. Мальчиков среди них было 310 (69%), девочек 138 (31%). Из 424 пациентов консервативное лечение оказалось эффективным у 397 (93,6%).

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном методе лечения кишечного внедрения мы не наблюдали.

Беляев М.К.
Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Разработать оптимальный лечебный алгоритм при инвагинации кишечника у детей.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2010 гг. находилось 448 больных с инвагинацией кишечника. Из них 214 (47,8%) детей до года и 234 (52,2%) старше одного года. Мальчиков среди них было 310 (69%), девочек 138 (31%). Показанием к консервативному расправлению инвагината служило отсутствие клинических признаков перитонита при любых сроках заболевания.

Бескровное лечение проводили под масочным наркозом, с предварительной постановкой премедикации за 30 минут до манипуляции. Дезинвагинацию осуществляем аэродинамическим способом под контролем электронно - оптического преобразователя. После установления диагноза инвагинации кишечника хирург определяет оптимальную лечебную тактику в каждом конкретном случае. Если у больного имеются клинические признаки осложнения со стороны органов брюшной полости (перитонита), то пациента переводят в отделение реанимации для предоперационной подготовки и проведения в дальнейшем оперативного вмешательства.

Если у больного отсутствуют клинические симптомы перитонита, то проводится попытка консервативной дезинвагинации воздухом под масочным наркозом в рентгенологическом кабинете. При успешном расправлении инвагината больному дают выпить бариевую взвесь и переводят в отделение хирургии для наблюдения. Появление стула с барием, отсутствие беспокойства свидетельствует о восстановлении проходимости кишечного тракта, и пациент выписывается домой. При безуспешных многократных (до 8) попыток дезинвагинации под масочным наркозом больного в рентгенологическом кабинете переводят на интубационный наркоз и вновь, проводится попытка расправления. После успешной дезинвагинации больного переводят в отделение хирургии под наблюдение с контролем проходимости кишечника бариевой взвесью. И только при отсутствии эффекта после многократных (до 5) попыток расправления инвагината под эндотрахеальным наркозом, выставляются показания к проведению лапароскопической дезинвагинации.

Пациент переводится в операционную, где проводится попытка лапароскопического расправления инвагината. При успешной дезинвагинации под контролем лапароскопии больного переводят в отделение хирургии для дальнейшего наблюдения. Через 6-7 дней снимают швы и ребенок выписывается домой. Если расправить инвагинат не удается лапароскопически, только тогда выполняется открытая лапаротомия.

Внедрение в клиническую практику данной последовательности (алгоритмов) действий при лечении инвагинации кишечника у детей позволило нам за 35 лет работы клиники добиться консервативного расправления в 93,6% случаев (у 397 из 424 больных) независимо от формы внедрения, возраста пациентов, тяжести состояния при различных сроках заболевания. А за последние 19 лет (1994-2012 гг.) эффективность консервативного метода составила - 99,4%. Только у одного больного не удалось расправить инвагинат бескровным способом, поскольку манипуляция выполнялась врачом, не имеющим достаточного опыта консервативного расправления, а самое главное, в данном случае не был выполнен в полном объеме отработанный алгоритм действия при дезинвагинации.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном методе лечения кишечного внедрения мы не наблюдали.

Предложенный лечебный алгоритм позволяет расправить инвагинат у 99,4% детей консервативным методом.

Беляев М.К., Федоров К.К.
Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Повышение эффективности ранней диагностики и лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью на основе использования метода лапароскопии.

За последние пять лет в клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа находилось на лечении 64 больных со спаечной кишечной непроходимостью в возрасте от 9 мес. до 15 лет. Диагноз спаечной кишечной непроходимости ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного и клинических исследований: общие анализы крови, мочи, биохимии крови. Из дополнительных исследований мы использовали рентгенологическое обследование, с обязательной оброзной рентгенографией брюшной полости, УЗИ живота, лапароскопию.

Лечебные мероприятия проводим с момента поступления больного в стационар, основу которых составляет комплекс лечебных воздействий на патогенетические звенья заболевания. После эвакуации содержимого желудка и промывания его раствором соды, всем больным выполняем сакроспинальную блокаду по Н.Д. Муртазаеву. Затем пациенту назначается инфузионно-трансфузионная терапия. После восстановления основных показателей гомеостаза, тонуса желудочно-кишечного тракта при обтурационной кишечной непроходимости приступаем к стимуляции кишечника, как правило, используем 0,05% раствор прозерина в возрастных дозировках и только после проведенных мероприятий выполняем сифонную клизму.

Если консервативная тактика оправдывает себя при обтурационной кишечной непроходимости, которая оказалась эффективной у 64,3% больных, то странгуляционная кишечная непроходимость требует скорейшего оперативного лечения. Чрезвычайно важно четко провести дифференциальную диагностику между обтурационной и стангуляционной кишечной непроходимостью. Однако в ряде случаев клиническая картина может быть настолько нетипична, что может привести к диагностическим ошибкам и развитию серьезных осложнений. Лапароскопия в данном случае является методом выбора в установлении правильного диагноза, позволяет объективно оценить состояние кишечника и, исходя из этого, выбрать оптимальную лечебную тактику.

В тех случаях, когда имеются показания к оперативному лечению кишечной непроходимости, лапароскопия позволяет выбрать рациональный доступ. Но наиболее эффективным является применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 больных. Лапароскопический адгезиолизис при острой кишечной непроходимости был эффективен в 94% наблюдениях. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилось какой-либо декомпрессии тонкой кишки и довольно быстро (1-3 дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствует более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром был не выражен у всех больных и легко купировался введением анальгетиков. В связи с более гладким течением послеоперационного периода значительно сократились и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом, метод лапароскопии открывает достаточно широкие возможности, как в диагностике, так и комплексном лечении острой кишечной непроходимости у детей. Лапароскопический адгезиолизис является безопасным, щадящим и высокоэффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей во всех возрастных группах.

Беляев М.К.
Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ПОД ИНТУБАЦИОННЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

В настоящее время практически все детские хирурги отдают предпочтение консервативной дезинвагинации. Однако сама методика консервативного расправления инвагината еще далека от совершенства.

Цель исследования. Разработать оптимальную методику консервативного расправления инвагината у детей.

Поставленная задача достигается тем, что после неудачного бескровного расправления инвагината под масочным наркозом, больного в рентгенологическом кабинете переводят на эндотрахеальный наркоз и вводят внутривенно миорелаксант короткого действия в возрастной дозировке. После расслабления мышц передней брюшной стенки и диафрагмы вводят в прямую кишку воздух в объеме на 10-20% больше по отношению к объему воздуха введенного в условиях масочного наркоза. Новизна предлагаемого способа заключается в следующем:

- больного дополнительно переводят на эндотрахеальный наркоз;
- внутривенно вводят миорелаксант короткого действия в возрастной дозировке.
- вводят в прямую кишку воздух в объеме на 10-20% больше чем при масочном наркозе.

Совокупность существенных признаков изобретения позволяет снизить противодействующее давление со стороны брюшной полости, вызывает расслабление диафрагмы и мышц передней брюшной стенки, увеличивает объем брюшной полости, за счет чего создается дополнительное пространство для перемещения органов внутри брюшной полости, увеличивается возможная величина перемещения. Это приводит к увеличению объема вводимого в прямую кишку воздуха на 10-20% по отношению к объему воздуха, необходимого для расправления инвагината в условиях масочного наркоза. При такой пневмокомпрессии удается достичь большего расширения внутреннего диаметра наружного цилиндра, увеличения расстояния между внутренним и внешним цилиндром, а так же расширения ущемляющего кольца, то есть добиться лучшего эффекта при лечении инвагинации.

Данная методика защищена патентом РФ N 2223047 от 10.02.2004 г. и внедрена в клиническую практику с 1994 года. За последние 19 лет (1994-2012 гг.) работы клиники удалось расправить инвагинат под интубационным наркозом у 10 больных, а эффективность консервативной дезинвагинации составила - 99,4% независимо от формы внедрения, возраста пациентов, тяжести состояния при различных сроках заболевания. Только у одного больного не удалось расправить инвагинат бескровным способом, поскольку манипуляция выполнялась врачом, не имеющим достаточного опыта консервативного расправления.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном методе лечения кишечного внедрения мы не наблюдали.

Беляев М.К., Беляев А.М.
Кафедра хирургии детского возраста ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ

Цель работы. Показать клинические результаты лечения келоидных рубцов у детей методом криодеструкции.

За последние 5 лет в клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа под наблюдением находились 25 пациентов (15 девочек и 10 мальчиков) в возрасте от 10 месяцев до 18 лет с келоидными рубцами. Длительность существования келоидов составила от 2 месяцев до 11 лет. «Молодые» келоиды наблюдались у 10 пациентов, «старые» - у 15. В

основном келоиды наблюдались у детей среднего и старшего школьного возраста (18 случаев, или 72%). Максимальное количество келоидных рубцов (10 или 40%) были послеожоговые, у 5 (20%) больных образовались после оперативного вмешательства, у 6 (24%) после перенесенных заболеваний кожи, в остальных случаях (4) посттравматические. Площадь поражения была не более 5 см^2 у 9 больных, у 7 не более 10 см^2, у 5 не более 15 см^2, у 4 более 15 см^2. Келоиды высотой до 0,5 см наблюдались у 12 пациентов, у 8 - 1 см и у 5 - 1,5 см.

Все больные получали криогенное лечение. Криовоздействие осуществляли с помощью аппарата заливного типа с температурой рабочей части - 160°С. Продолжительность криовоздействия зависила от величины рубца и составляла от 2 до 5 мин. Для усиления криодеструкции мы применяли повторные циклы замораживания - оттаивания, что позволяет проводить повреждение ткани рубца на большую глубину, чем при однократной аппликации.

Келоидные рубцы в большинстве случаев представляли одиночные опухолеподобные образования ярко-розового цвета, плотной консистенции, возвышающиеся над уровнем кожи на 0,5-1,5 см, имеющие гладкую блестящую поверхность, иногда бугристую, в редких наблюдениях (3) отмечались изъязвления. Во всех случаях наблюдался инвазивный рост рубца за пределы первоначального поражения, края которого четко контурировались с нормальной кожей.

В первые 2-4 дня после криодеструкции наблюдался значительный отек мягких тканей, в дальнейшем - образование буллы в зоне криодеструкции. На 5-7-е сутки отмечалось вскрытие буллы, сопровождающееся выделением большого количества серозной, иногда геморрагической жидкости и образованием струпа. После отторжения струпа наблюдались очаги грануляционной ткани или полностью эпителизированная поверхность.

Результаты лечения больных с келоидами оценивали не ранее чем через 3 месяца с момента окончания лечения. Отличный результат (исчезновение субъективных ощущений, образование на месте келоида депигментированного пятна или здоровой кожи) отмечен у 18 (72%) пациентов, хороший (исчезновение субъективных ощущений, образование на месте келоида мягкого гипертрофического рубца) - у 5 (20%), удовлетворительный (исчезновение субъективных ощущений, остановка роста келоида и уменьшение его размеров) у 2 (8%). Неудовлетворительных результатов мы не наблюдали.

Необходимо особо отметить, что наиболее лучшие результаты в лечении келоидных рубцов мы отмечали при криовоздействии на ранних этапах образования рубца. Чем «моложе» келоидный рубец, тем легче он подвержен криодеструкции и для его удаления меньше требуется повторных циклов заморозки.

Таким образом, полученные клинические данные свидетельствуют о высокой эффективности метода криодеструкции при лечении келоидных рубцов у детей.

Берестенников А.В., Бомбизо В.А., Гонтарев И.Н., Яцын А.М.
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ

Острая спаечная кишечная непроходимость - синдром, проявляющийся нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различными клиническими и морфологическими изменениями пораженной части кишки, а позднее, и всех систем организма. В структуре госпитализации в неотложный хирургический стационар острая кишечная непроходимость составляет 9,4-27,1%, среди них спаечная кишечная непроходимость - до 80% (Петров В.П., Ермолов А.С.). Летальность в данной группе больных, оперированных в первые 6 часов, составляет 3,5%, а среди оперированных после 24 часов - 24,7% и более (Белоконев В.И., Абрамов А.Ю., Исаев Г.Б., Кригер А.С.).

Цель исследования. Высокая частота, распространенность и не имеющая тенденции к снижению летальность при спаечной болезни, осложненной острой кишечной непроходимостью, настоятельно требуют дальнейшего поиска путей повышения эффективности лечения при данной

патологии.

Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении нашей клиники за период с января 2007 по сентябрь 2012 год было прооперировано 242 пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью. Длительность заболевания составляла от 3 часов до 7 суток. Среди пациентов преобладали женщины - 173 (71,48%). Возраст больных варьировал от 17 лет до 89 лет. Все пациенты ранее перенесли от 1 до 6 различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Лапаротомным доступом было прооперировано 188 (77,7%) больных. У 54 (22,3%) пациентов был использован лапароскопический доступ. У 3 (5,56%) больных ограничились диагностической видеолапароскопией в связи с конгломератной формой спаечной кишечной непроходимости, что потребовало выполнения лапаротомии. В 5 (9,2%) случаях выполнена видеоассистированная резекция участка тонкой кишки с наложением аппаратного анастомоза из минидоступа в связи с некрозом тонкой кишки. Все больные, которым было выполнено видеолапароскопическое вмешательство, были оперированы в первые часы от поступления, при отсутствии противопоказаний, после короткой предоперационной подготовки.

Основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа считали:

- острую кишечную непроходимость с явными признаками некроза кишки или перитонита;
- длительную «запущенную» кишечную непроходимость с выраженным вздутием живота.

Первый прокол делали с помощью иглы Veressa, точка доступа определялась индивидуально, в зависимости от перенесенных ранее операций, локализации послеоперационных рубцов, данных УЗИ (наличие акустических окон) и клинической картины. В 70% случаев первый прокол выполняли в левой эпигастральной области, по нашим наблюдениям выраженность спаечного процесса здесь меньше. После введения первого троакара проводили первичный осмотр брюшной полости для оценки общего характера спаечного процесса и выявления причины кишечной непроходимости. Основываясь на данных первичного осмотра, устанавливали лапаропорты для манипуляторов. У 35 (68,6%) пациентов причиной непроходимости была одиночная шнуровидная спайка, у 15 (31,4%) больных - множественные плоскостные сращения. Рассечение спаек выполняли эндохирургическими ножницами в бессосудистых зонах. Считаем использование диатермокоагуляции опасным из-за грубой деформации тканей вследствие воздействия тока на кишечную стенку и высокого риска перфорации кишки.

В последнее время мы используем ультразвуковой диссектор. По нашим наблюдениям это наиболее эффективный и безопасный метод. После ликвидации препятствия выполняли ревизию всей тонкой кишки, начиная от спавшегося отдела по направлению к раздутому - вероятность повреждения стенки кишки в этом случае значительно ниже. Основным правилом безопасной ревизии кишечника считаем постоянный визуальный контроль над всеми манипуляторами и бережное отношение к тканям. Операцию заканчивали туалетом брюшной полости и ее дренированием одним или двумя тонкими трубчатыми дренажами диаметром 5 мм.

Результаты исследования. Зарегистрировано одно осложнение - перфорация кишки при рассечении плотных сращений. Образовавшийся дефект был зашит из минидоступа. Средняя продолжительность нахождения в стационаре у больных после видеолапароскопических операций составил 5,6 дней, у больных оперированных традиционно - 10,1.

У пациентов, оперированных традиционным способом, послеоперационные осложнения возникли в 11 случаях (5,85%), в том числе нагноение раны - 4, инфильтрат брюшной полости - 3, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - 3, несостоятельность тонкокишечного анастомоза у 1 больного. У 2 (3,9%) пациентов после видеолапароскопических вмешательств в послеоперационном периоде развился рецидив спаечной тонкокишечной непроходимости, что потребовало лапаротомии и ликвидации осложнения. Других послеоперационных осложнений у больных данной группы не было. Летальных исходов после эндохирургических вмешательств не было.

Выводы.

Видеолапароскопические вмешательства являются эффективным методом миниинвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости и определить характер, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки и ликвидировать причину кишечной непроходимости.

Бомбизо В.А., Бердинских А.Ю., Устинов Д.Н.
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Травма поджелудочной железы достаточно редкая и сложная для диагностики патология. Результаты лечения во многом зависят от быстроты постановки правильного диагноза. Летальность по данным мировой статистики составляет до 35% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению.

С 2005 по 2013 годы в Городской больнице наблюдалось 42 пострадавших с травмой поджелудочной железы. Из всех пациентов 37 были мужчины и 5 женщины, что составляет 88% и 12% соответственно. Возраст пациентов колебался от 16 до 54 лет. В 24 случаях повреждения поджелудочной железы были закрытыми (57%), а в 18 - открытыми (43%). Изолированное повреждение поджелудочной железы отмечено у 5 пациентов - 12%.

Открытые повреждения поджелудочной железы встречались при колото-резаных ранениях, проникающих в брюшную полость, и были выявлены в процессе операции - лапаротомии. В случае повреждения ткани поджелудочной железы (12 пациентов) проводился гемостаз путем прошивания поврежденного участка и проведением (в 7 случаях) подавления внешней секреции поджелудочной железы препаратами сандостатин и октреатид в раннем послеоперационном периоде. При выявлении повреждения вирсунгова протока в области тела и хвоста железы оперативная тактика варьировала. В 3-х случаях проксимальных отрезок железы вместе с протоком ушивали наглухо, а между дистальным участком и тощей кишкой накладывали панкреатоеюноанастомоз на выключенной кишечной петле. Трем пациентам выполнены резекции хвоста поджелудочной железы с ушиванием проксимального участка.

Более сложными для диагностики были повреждения закрытого характера. Выявить их помогала лапароскопия, ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). При ушибах поджелудочной железы (16 случаев - 66,6%) макроскопическая картина была представлена ненапряженными подкапсульными и парапанкреатическими гематомами и отеком в области забрюшинной клетчатки. Оперативные вмешательства в этих случаях заключались в абдоминизации поджелудочной железы (11 случаев), в 5 случаях ограничиваясь дренированием сальниковой сумки. В дальнейшем у 4-х пациентов с ушибами развился очаговый стерильный панкреонекроз, купированный на фоне проведения консервативных мероприятий. При разрывах и размозжениях поджелудочной железы предпочтение отдавали резецирующим операциям. В 2-х случаях при размозжении хвоста поджелудочной железы проведена резекция дистального участка с прошиванием проксимального. 6 пациентам после резекции хвоста железы был наложен панкреатоеюноанастомоз с проксимальным участком железы. Операции с формированием панкреатоеюноанастомоза проводились в первые 12 часов от момента травмы, до развития явлений панкреонекроза.

В тех случаях, когда был обнаружен травматический панкреонекроз, операция ограничивалась гемостазом, удалением нежизнеспособных тканей и наружным дренированием зоны повреждения, в большинстве случаев (7/29,1%) через желудочно-ободочную связку. При развитии парапанкреатической забрюшинной флегмоны (5 случаев) забрюшинное пространство дренировали через люмботомный доступ. При травматическом панкреонекрозе и размозжении ткани поджелудочной железы возникает разгерметизация протоковой системы поджелудочной железы, создаются условия для развития забрюшинной флегмоны. В этих случаях (3 наблюдения) во время операции мы применяли разработанный в нашей клинике метод формирования ограничительного барьера в забрюшинной клетчатке с применением криопреципитата плазмы, позволивший сформировать парапанкреатический инфильтрат и блокировать распространение ферментов и воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке.

Общая летальность среди пациентов с повреждениями поджелудочной железы составила 7,1% (3 человека). Все умершие пациенты относились к наиболее тяжелой клинической группе пациентов (12 случаев) с посттравматическим панкреонекрозом и гнойно-некротическим воспалением в окружающих железу тканях, а также явлениями полиорганной недостаточности.

Таким образом, на исход лечения пациентов с повреждениями поджелудочной железы кроме тяжести травмы и степени повреждения тканей большое значение оказывает своевременная диагностика с применением УЗИ, МСКТ, лапароскопии, а также проведение оперативного лечения в кратчайшие сроки от момента постановки диагноза.

Бомбизо В.А., Дорохина С.А., Бердинских А.Ю., Яцын А.М., Макин А.А.
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

РАНЕНИЯ СЕРДЦА: ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

КГБУЗ Городская больница N 1 г.Барнаула, как бывшая Больница Скорой Медицинской Помощи, обладает большим опытом лечения больных с открытой травмой груди; в двух 75-и коечных отделениях, оказывающих круглосуточную помощь по неотложной хирургии. Количество травматических повреждений не имеет тенденции к снижению за последние годы, и несмотря на улучшение «криминальной» обстановки остается на достаточно высоком уровне. Анализируются данные о 246 больных с ранениями сердца за последние 22 года оперированных в хирургических отделениях с 1990-2012 гг. (213 - 86,1% мужчин и 20 - 8,1% женщин превалирующий возраст пострадавших от 18 до 60 лет, из них 4 пациента в возрасте старше 60 лет). Все больные были доставлены в приемное отделение бригадами скорой помощи в срок от 15 минут до 4-х часов после получения травм.

В процессе обследования и диагностики, помимо клинических данных, использовали стандартные виды инструментального исследования: - электрокардиографического (240) и рентгенологических (229) исследования. В восьми случаях была выполнена торакоскопия (3,2%). В 227 (92,3%) случаях раны нанесены колюще-режущим, в 12 (4,9%) - колющим, в 7 (2,8%)- огнестрельным оружием. Характер ранений был различным. У 143 (58,1%) пациентов установлено изолированное ранение сердца, у 103 (41,8%)-сочетанные повреждения (у 47 ранение сердца сочеталось с повреждением легкого, у 28 с повреждением органов брюшной полости - 12 с ранением печени, 10 селезенки, 13 желудка и 6 кишечника). У 231 (94,1%) пострадавших раны сердца оказались одиночными, у 14 (5,9%) - множественные (2-4). По локализации ран чаще поражались желудочки. У 11 пациентов оказалось одновременное ранение двух камер сердца, 5 из них оперированы по поводу огнестрельных ранений, а 6 в связи множественными ножевыми ранениями. Проникающее ранения сердца установлено у 138 (56,0%) больных, сквозное - у 42 (17,0%), непроникающее - у 66 (26,8%). У пациентов последней группы во время торакотомии выявлены различной глубины (от 0,1 до 0,3 см) раны миокарда без вскрытия сердечной полости. При анализе ЭКГ у 137 (57,0%) пострадавших установлены признаки ишемии или повреждения у103 (43%) миокарда, синусовая тахикардия и ее сочетания с блокадой ножки пучка Гиса или низким вольтажом зубцов ЭКГ. При рентгенологическом исследовании у 65 из 98 пациентов отмечено расширение границ сердечной тени, что свидетельствовало о наличии гемоперикарда, у 42 гемоторакс и у 38 эти рентгенологические симптомы сочетались. Все многочисленные проявления ранений сердца мы подраздели на достоверные и вероятные.

Достоверные признаки:

- рана грудной клетки (особенно в области анатомической проекции сердца) с обильным наружным или внутриплевральным кровотечением,
- выраженная гипотония или отсутствие АД,
- синдромом тампонады сердца,
- наличие признаков повреждения или ишемия по данным ЭКГ,
- гемоперикард по данным рентгенологического исследования.

Вероятные признаки: расположение глубокой раны в области анатомической проекции сердца без выраженного кровотечения или тампонады сердца в сочетании с умеренной гипотонией и приглушенностью тонов сердца, синусовая тахикардия на ЭКГ. При целенаправленном обследовании у 238 (96,7%) пострадавших ранения сердца распознано своевременно. Большинство из них(86%)оперированы в первые 10-20 мин после поступления. Диагноз обычно ставился на

основании клинической картины. У лиц с сомнительным диагнозом и удовлетворительным общим состояние уточнить повреждения сердца помогали электрокардиографическое, рентгенологическое исследование или торакоскопия. Диагностические ошибки допущены у 16 (6,5%) больных. Они оперированы через 1-4 ч с подозрением на ранение легкого (13) или сердца (3). При удовлетворительном общем состоянии и стабильных показателях гемодинамики у них имелась глубокая рана в области анатомической проекции сердца, умеренно выраженный гемоторакс (у 12) и синусовая тахикардия (8) по данным ЭКГ. Операция оказалась оправданной. Во всех случаях обнаружено ранение сердца: в 3-х непроникающее и в 13-и проникающее в полость левого желудочка или правого предсердия.

Наработанный опыт в экстренном и своевременном оперативном лечении ранений сердца позволяет сказать, что в последние четыре года хирургические вмешательства были выполнены практически в 100% случаев в первый час от момента поступления. Опыт нашей клиники не дает оснований придерживаться тактики ряда авторов, предлагающих осуществлять динамическое наблюдение за больными при отсутствии явных признаков ранения сердца, но наличие глубокой раны в области его анатомической проекции.

Считаем обоснованным у таких больных производить торакоскопию с ревизией плевральной полости и перикарда. Это всегда позволяет своевременно распознавать повреждения сердца и устранить ранение в более благоприятных условиях. Отступление от такого правила может привести к развитию внезапной тампонады перикарда (в 6 наших наблюдениях) или профузного наружного либо внутриплеврального кровотечения (в 5) на фоне которых операция сопряжена с большим риском. Экстренная операция - единственно правильный метод решения лечения, позволяющий сохранить жизнь пострадавшего. Методика обработки раны сердца может быть различной. Одни хирурги закрывают ее узловыми, другие - восьмиобразными или П-образными швами. Мы применили в 196 (80,3% случаях узловые, а в 50 (19,7%) случаях - П-образные швы. Швы накладывали атравматичной иглой без захвата эндокарда. В удовлетворительном состоянии выписаны 145 (81,4%) пациентов, умерли 16 (6,5%) (13 с проникающим или сквозным ранением сердца и 3 с непроникающим повреждением, сочетавшимся с тяжелым ранением печени и кишечника).

Таким образом, летальность составила 6,5%. У 14 больных смерть наступила на операционном столе или в ближайшие часы после торакотомии от острой кровопотери с развитием декомпенсированного геморрагического шока. У 8 пострадавших повреждения были несовместимы с жизнью. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 8 мес. до 9 лет у 37 больных: 25 оперированы по поводу проникающего ранения сердца, 13 по поводу непроникающего ранения. У 28 пациентов раны сердца зашиты узловыми, у 9 П-образными швами. У всех наступило клиническое выздоровление: самочувствие хорошее, жалоб нет, 19 из них выполняют тяжелую физическую работу. У большинства на ЭКГ нарушений функции миокарда нет, у 9 имеются признаки рубцовых изменений.

Таким образом, ранение сердца - одно из опаснейших повреждений, часто приводящее к экстремальному состоянию и высокой летальности. Своевременная диагностика, особенно непроникающих повреждений, нередко представляет серьезные трудности. При проникающем и сквозном ранениях сердца в большинстве случаев выявляется симптомокомплекс достоверных признаков:

- рана грудной клетки в сочетании с обильным наружным или внутриплевральным кровотечением,
- выраженная гипотония(отсутствие АД) или синдром тампонады сердца,
- ишемия или повреждения миокарда (по ЭКГ),
- признаки гемоперикарда.

Распознать непроникающее ранение помогают вероятные симптомы: глубокая рана в область анатомической проекции сердца без обильного кровотечения, умеренная гипотония, приглушенность тонов сердца, синусовая тахикардия.

В случае отсутствия достоверных признаков повреждения сердца одним из наиболее эффективных методов диагностики считаем - торакоскопию. Экстренная операция - единственный эффективный метод лечения ранения сердца.

Бомбизо В.А., Варнавский Е.В., Кундиус С.А., Яцын А.М., Бердинских А.Ю.
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Цель исследования. Вопросы диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки остаются в значительной степени нерешенными в силу относительной редкости таких наблюдений, составляющих 0,9-1,5% от числа всех наблюдений травмы живота (Абакумов М.М.). Во время Великой Отечественной Войны среди закрытых повреждений желудочно-кишечного тракта разрывы двенадцатиперстной кишки (далее ДПК) составляли около 1% (Криворотова И.А.). Диагностика травмы забрюшинной части ДПК очень трудна, а при сочетанной травме почти невозможна. В литературе встречаются единичные упоминания о случаях, когда до операции был выставлен правильный диагноз (Фридус Е.И., Лебедев А.П., Касимцев А.С., Соболев Ю.А.).

Материалы и методы исследования. За последние 20 лет (с 1993 по 2013 годы) в Городской больнице N 1 г.Барнаула наблюдались 32 пациента с повреждениями ДПК (1,1% от всех поступивших с травмой органов брюшной полости). Возраст больных составлял от 17 до 68 лет, среди них было 28 мужчин и 4 женщины. Чаще встречалась сочетанная травма ДПК (19 человек из 32) с другими органами, такая как:

- разрыв правой почки (2 человека),
- разрыв тощей и подвздошной кишки (6 человек),
- разрыв печени (4 человека),
- ушиб и разрыв поджелудочной железы (5 человек),
- разрыв ободочной кишки (2 человека).

Однако у 13 человек из 32 наблюдалось изолированное повреждение ДПК. Механизм травмы был самым разнообразным: автодорожная травма, удар в живот тупым предметом (бревном, кулаком, ногой и т.п.), падение с высоты. Нижеперечисленные признаки служили основанием для подозрения на травму ДПК:

- факт травмы в области эпигастрия или поясницы;
- длительное сохранение или нарастание болевого синдрома в этих же областях (при отсутствии перитонеальной симптоматики);
- отек подкожной клетчатки поясничной области;
- положительный симптом «поколачивания» в правой поясничной области;
- признаки желудочной диспепсии (в том числе и признаки желудочно-кишечного кровотечения).

Наличие воздуха в забрюшинном пространстве и укорочение перкуторного звука в данном месте позволили заподозрить разрыв ДПК у двух наших больных, а у 6 был поставлен правильный диагноз. Широко использовались инструментальные методы диагностики, такие как УЗИ, рентгенография, ФГДС, МСКТ - давали информацию о наличии воздуха, жидкости в брюшной полости, забрюшинном пространстве. Также применялся лапароцентез - давал информацию о характере выпота в брюшной полости.

Лапароскопия - позволила установить правильный диагноз по следующим признакам:

- характерный экссудат в брюшной полости зеленоватого цвета;
- студенистый отек тканей в области ДПК и пропитывание их зеленоватой жидкостью;
- забрюшинная гематома; эмфизема забрюшинной клетчатки парадуоденальной зоны;
- наличие разрыва париетальной брюшины в области ДПК.

В большинстве случаев при подозрении на травму внутренних органов нашим больным была выполнена лапароскопия (22 больных). Лапароцентез проведен 6 больным (3 из них с положительным результатом). При неинформативности лапароцентеза сразу же выполнялась л апароскопия. При обнаружении хотя бы одного из перечисленных признаков проводилась лапаротомия, мобилизация («обнажение») ДПК. Ревизия ДПК осуществлялась по одному из двух основных способов:

- мобилизация ДПК по Кохеру-Клермону с пересечением при необходимости связки Трейтца;
- мобилизация по Cattell-Braasch - отделение брюшины в области правого угла ободочной

кишки, позволявшее осмотреть забрюшинное пространство более полноценно, особенно при наличии большой гематомы.

Все наши пациенты оперированы в первые 12 часов после госпитализации (21 (66,7%) - в первые 6 часов, 11 (33,3%) - через 7-12 часов). Задержка с операциями объясняется отсутствием патогномоничных симптомов, кроме того, 18 больных находились в состоянии алкогольного опьянения, а двое имели тяжелую черепно-мозговую травму. Во время операций у 15 больных в забрюшинном пространстве обнаружен выпот желто-зеленого цвета в значительном количестве, а у 10 - скудный желтоватый выпот с пропитыванием забрюшинной клетчатки. У 7 пациентов имело место гнойное расплавление забрюшинной клетчатки (распространенная флегмона). Количество кишечного содержимого и массивность гнойного воспаления зависели от величины раны кишки и времени, прошедшего с момента травмы до операции. При обнаружении раны (разрыва) двенадцатиперстной кишки 30 пациентам произведено зашивание раны ДПК тремя рядами швов, а 2 из них, у которых имелось сужение просвета кишки, наложен передний гастроэнтероанастомоз на длинной петле. Двум больным с обширным продольным разрывом нижней горизонтальной ветви ДПК дефект был закрыт тонкой кишкой на выключенной петле с анастомозированием тощей и 12-перстной кишки в области разрыва последней. Для декомпрессии и дальнейшего энтерального питания устанавливался назоинтестинальный зонд. Задний листок брюшины во всех случаях восстанавливался, и забрюшинное пространство дренировалось через поясничную область.

Осложнения. В послеоперационном периоде у 9 больных наблюдались различные осложнения (дуоденальный свищ, перитонит). Все они были вызваны несостоятельностью швов ДПК. Осложнения возникли в запущенных случаях при наличии забрюшинной флегмоны и панкреатита, а также при тяжелых сочетанных травмах. Летальность при травматических повреждениях ДПК литературным данным составляет от 29% до 70% (А.П. Лебедев, Б.Е. Стрельников, В.С. Волков). За последние 20 лет в Городской Больнице N 1 г.Барнаула умерло 4 из 32 больных от тяжелых осложнений. Двое больных погибли в первые 2 часа после операции, двое других - через 19-30 дней.

Выводы.

Забрюшинные разрывы ДПК относятся к тяжелым, труднодиагностируемым травмам, чреватым серьезными осложнениями в послеоперационном периоде. Диагностика повреждения забрюшинной части ДПК при тяжелой сочетанной травме затруднена в связи с крайней тяжестью состояния пациентов, часто их неадекватностью в виду ЧМТ, алкогольного опьянения, оперативного вмешательства на других органах и системах. Тщательно собранный анамнез при возможности с учетом механизма травмы и использованием соответствующих диагностических методов позволяют поставить правильный диагноз. Ранняя, правильно выполненная операция, адекватное ведение послеоперационного периода позволяют предупредить возможные осложнения.

Ванеева Л.С.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Актуальность проблемы. Внематочная беременность до настоящего времени является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Частота внематочной беременности в развитых странах достигает 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей. В России число внематочных беременностей составляет 1 на 200 случаев беременности. Вероятность развития бесплодия после хирургического лечения внематочной беременности составляет 70-80%. В связи с этим выбор объема оперативного вмешательства при внематочной беременности имеет огромное значение.

Цель исследования. Изучение эффективности эндоскопических органосохраняющих операций у пациенток с трубной беременностью.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение результатов оперативного лечения 40 женщин в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст 28,4±4,7 года), находившихся в отделении гинекологии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» по поводу внематочной беременности. В 9

случаях была проведена тубэктомия. Органосохраняющие операции проведены 31 пациентке. Сохранение маточной трубы проводилось при наличии ряда условий: удовлетворительное состояние пациентки, размер плодного яйца не более 35 мм, желание женщины сохранить репродуктивную функцию.

Результаты исследования. С клиникой прогрессирующей трубной беременности поступило 28 больных. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности наблюдались в 12 случаях. У 11 больных данная эктопическая беременность была повторной. У пациенток с трубной беременностью были выявлены следующие факторы риска в анамнезе. Хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки страдали 22 (55%) пациентки, у 22 (59%) из них определялись инфекции, передаваемые половым путем. Медицинские аборты отмечены в анамнезе у 13 женщин, выкидыши - у 8. Операции на органах малого таза отмечали 20 (50%) человек: у 4-х - реконструктивно-пластических операции на маточных трубах, у 3 - кесарево сечение, у 2-х - аднексэктомии и у 11 женщин операции по поводу внематочной беременности. Бесплодием в анамнезе страдали 18 женщин, первичное 5 и вторичное 13 больных. Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 13 пациенток.

При лапароскопии у всех пациенток была выявлена внематочная беременность. В 8 из 40 случаев на единственной маточной трубе. Лапароскопические органосохраняющие операции выполнены 31 пациентке. Проведено 23 (81,8%) туботомии, 5 резекций ампулярной части маточной трубы и 3 милкинга плодного яйца. Вид оперативного вмешательства определялся на основании локализации и размеров плодного яйца. Туботомия проводилась при расположении эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы, при размерах плодного яйца до 35 мм. Линейный разрез стенки маточной трубы выполнялся игольчатым монополяром в месте наибольшего истончения ткани. Мягким зажимом проводилось удаление плодного яйца через созданный разрез. Для гемостаза использовался микробиполяр. Милкинг плодного яйца выполнен 3 из 31 пациентки при локализации внематочной беременности в фимбриальном отделе маточной трубы. Резекция ампулярной части маточной трубы использована в 2 случаях в связи с невозможностью провести гемостаз после удаления плодного яйца. В 3 случаях на единственной маточной трубе при размерах плодного яйца, превышающих 35 мм, локализации эктопической беременности в ампулярном отделе и настойчивом желании пациентки сохранить трубу. С целью профилактики повторных случаев внематочной беременности при необходимости проводился адгезиолизис (9) и сальпингоовариолизис (11). Всем пациенткам с выявленной сопутствующей патологией выполнены сочетанные вмешательства: - цистэктомия - у 5, - сальпингонеостомия - у 3, коагуляция очагов эндометриоза - у 3. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений.

Отдаленные результаты определены у 22 из 31 пациентки после проведения органосохраняющих оперативных вмешательств по поводу трубной беременности. Гистеросальпингография проведена 17 из 22 пациенток. Проходимость оперированной маточной трубы была сохранена в 13 (76,4%) случаях. У 4 из 22 больных после удаления плодного яйца сформировался гидросальпинкс. Реконструктивно-пластические операции с целью восстановления проходимости маточной трубы выполнены в последующем 2 женщинам. Всего за время наблюдения в течении 12 месяцев беременность наступила у 14 (63,6%) из 22 женщин. Маточная беременность, завершившаяся срочными родами, наблюдалась у 8 из 22 больных. Повторные внематочные беременности зарегистрированы у 6. Эктопическая беременность в ранее оперированной трубе развилась в 3 из 6 случаев. Локализация плодного яйца в другой маточной трубе отмечена также в 3 из 6 случаев. Весь период наблюдения продолжали контрацепцию 5 женщин.

Таким образом, использование эндоскопических органосохраняющих операций при внематочной беременности является эффективным методом сохранения репродуктивной функции, который позволяет профилактировать развитие трубного бесплодия и дает возможность восстановления проходимости маточной трубы в дальнейшем. Учитывая, высокий риск развития внематочных беременностей после любых оперативных вмешательств на органах малого таза, необходимо проводить раннюю диагностику трубной беременности, что позволит провести органосохраняющие операции. Пациенткам, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, перед планируемой беременностью необходимо проводить курс противовоспалительной терапии для снижения вероятности наступления трубной беременности.

Васильева В.Е., Басалаева Н.С., Ефимова Т.В.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Цель исследования. Анализ структуры гноеродной микрофлоры в отделениях хирургического профиля ГБУЗ КОКБ за 2011 год.

Материалы и методы исследования. Использованы данные микробиологических исследований, проведенных в ГБУЗ КОКБ в 2012 г. Выделение и идентификацию культур проводили традиционными методами в соответствии с общепринятыми требованиями.

Результаты исследования. Количество положительных проб составляет 65%, причем в отделении общей хирургии - 58%, в отделении сосудистой хирургии - 73%. В целом в структуре клинической микрофлоры преобладает грамположительная бактериальная флора (61%), половину из этого числа составляют стафилококки (30% коагулазонегативные и 20% S. aureus), 33% - стрептококки, 17% - энтерококки. Доля грамотрицательной микрофлоры составляет 24%, в т.ч. 15% - энтеробактерии, 5,2% - синегнойная палочка, 3,8% - ацинетобактер. В 5% положительных результатов выделены анаэробные грамположительные и грамотрицательные бактерии, среди которых преобладают первые (78%). В отделении сосудистой хирургии S. aureus является основным возбудителем гнойных осложнений, его доля составляет 27,6%, 22,6% приходится на коагулазонегативные стафилококки, 16,9% - на энтерококки. Энтеробактерии составляют 14,5%, среди них превалирует E. coli (72%). В отделении общей хирургии структура микрофлоры представлена следующим образом: на первом месте - энтеробактерии, составляющие 39,3%, затем стафилококки (19,8%), энтерококки (16,3%), стрептококки (13,6%), P. aeruginosa (4,2%). Среди энтеробактерий превалирует E. coli (51%), на втором месте - Klebsiella spp (31%).

Выводы.

В структуре гноеродной микрофлоры хирургических отделений ГБУЗ КОКБ преобладают грамположительные бактерии, в отделении общей хирургии (ХО) они составляют 49,7% от выделенной микрофлоры, доля их в отделении сосудистой хирургии (СХО) еще больше и составляет 75,1%. Большой процент гнойных осложнений в ХО вызывают E. coli , Klebsiella spp. и другие энтеробактерии (39,3%), в СХО - S. aureus (27,6%).

Власова И.В., Пронских И.В., Власов С.В., Агаларян А.Х., Кузнецов А.Д.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ИСХОДОВ ПЕРЕВЯЗКИ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ

Выявление при ультразвуковом исследовании флотирующих тромбов в венах нижних конечностей является показанием для экстренного оперативного вмешательства с целью профилактики эмболии. Выполняется тромбэктомия и перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) дистальнее впадения глубокой вены бедра.

Цель исследования. Изучить ультразвуковую картину отдаленных результатов перевязки ПБВ.

Материалы и методы исследования. Была проведена ретроспективная обработка результатов дуплексного сканирования (ДС) вен нижних конечностей 57 пациентов (25 мужчин, 32 женщины). Операция выполнялась под местной анестезией. Вена лигировалась рассасывающимся шовным материалом. Давность операции от 6 месяцев до 10 лет.

Результаты исследования. При сходной первоначальной картине ДС после операции в дальнейшем наблюдаются различные исходы данного состояния. По сходности ультразвуковой картины были выделены 4 типа изменений.

У большинства пациентов (55%) ПБВ после перевязки исключается из кровообращения вследствие полной облитерации, при этом происходит формирование венозных коллатералей с бассейном глубокой вены бедра, достаточное для удовлетворительного оттока от голени (I тип). Еще четверть пациентов имеют частичную облитерацию ПБВ с признаками реканализации (II тип). Реканализация ПБВ в данной ситуации, при выраженных явлениях облитерации ПБВ, не имеет гемодинамической значимости, и основной отток осуществляется по коллатералям, как при I типе.

Клинические проявления венозной недостаточности при I и II типах умеренные. Подколенная вена и вена голени реканализируются удовлетворительно. Клапанная недостаточность перфорантных вен голеней обычно умеренная. Неблагоприятным нужно считать III тип изменений, при котором происходит удовлетворительная реканализация ПБВ с посттромботической фиброзной трансформацией стенки вены и выраженной клапанной недостаточностью (7%). ПБВ при таком исходе становится крупным коллектором, по которому происходит выраженный сброс крови. Вены голени и перфорантные вены расширены, имеется значительный сброс по ним и по перфорантным венам. Наиболее благоприятное течение имеет IV тип возможных исходов (12%). Все пациенты с удовлетворительной, практически полной реканализацией вен, не имеют клинических проявлений венозной недостаточности. Возможность такого исхода объясняется сохранением целостности вены во время операции, рассасыванием используемого для перевязки материала, быстропротекающими процессами реканализации при успешном лечении.

Таким образом, десятилетний опыт наблюдения за пациентами, перенесшими операцию перевязки ПБВ демонстрирует удовлетворительные результаты. Перевязка бедренной вены при флотирующем тромбе предотвращает эмболические осложнения. В большинстве случаев ремоделирование венозной системы происходит с полной или частичной облитерацией перевязанной вены, что препятствует выраженному рефлюксу. Достаточное развитие коллатералей с бассейном глубокой вены бедра обеспечивает удовлетворительный отток, при этом не развивается значительной венозной недостаточности. При определенных условиях возможна полная реканализация вены, которая сопровождается либо посттромбофлебитическими проявлениями, либо относительной сохранностью структуры вены и ее клапанного аппарата.

Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В., Раздорская М.В.
Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Повреждения таза и тазовых органов относятся к группе наиболее тяжелых травм, характеризующихся высокой летальностью, длительным расстройством здоровья, наличием большого числа осложнений, в том числе и со стороны нижних мочевых путей, нередко проявляющихся в отдаленном периоде. Одним из них является синдром гиперактивного мочевого пузыря. Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) - клинический термин, включающий наличие императивных позывов (ургентное мочеиспускание), которые могут сопровождаться ургентным недержанием мочи, учащенным мочеиспусканием и ноктурией. Полагают, что императивными позывами на мочеиспускание страдает 16-19% взрослого населения России.

Нами ранее было выявлено, что при повреждении тазового кольца ГАМП развивается в 18,9-33,3% случаев.

Цель исследования. Выработать меры профилактики ГАМП у пациентов после оперативного лечения нестабильных повреждений тазового кольца.

Материалы и методы исследования. В отделении тяжелой сочетанной травмы с 2008 по 2011 гг. прошли лечение 652 больных с нестабильными переломами костей таза (типы B и C). Осмотрено 420 пациентов, что составило 64,4% от первичного контингента пострадавших. При травме имели место открытые повреждения мочевого пузыря и уретры у 24 человек. Указанные пациенты были исключены из исследования. Прошли анкетирование 396 человек. По

данным дневника 212 пациентам (32,5%) с нарушением мочеиспускания проводили дополнительное обследование, включающее:

- общие анализы крови и мочи,
- анализ мочи на стерильность,
- сахар крови,
- УЗИ почек и мочевого пузыря,
- у мужчин старше 40 лет - УЗИ простаты.

У 24 пациентов с изменениями в анализах мочи была выполнена цистоскопия. У 40 (6,1%) пациентов в их основе лежали органические причины:

- у 21 (3,2%) пациентов обнаружен хронический цистит,
- у 10 (1,5%) - камни мочевого пузыря,
- у 5 (0,8%) - выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ),
- у 4 (0,6%), с повышенным уровнем глюкозы крови, установлен диагноз сахарный диабет.

188 пациентов без органической патологии взяты под наше наблюдение и разделены на 4 группы.

В первую группу вошли 50 пациентов, оперированных в ранние сроки, в остальные группы - пациенты, которым оперативное лечение было проведено в поздние сроки.

Во II группе 47 пациентов с целью профилактики развития ГАМП принимали м-холиноблокатор: солифенацин (Везикар) 5 мг*1 раз в сутки 2-3 месяца и альфа-адреноблокатор тамсулозин (Омник) 0,4 мг*1 раз в сутки 1-3 месяца,

В III группе 35 пациентам проводилось физиолечение: эндотон на область мочевого пузыря 10 сеансов.

В IV группе (56 пациента) профилактика не проводилась. Всем пациентам проведено дообследование: урофлоуметрия.

Результаты и обсуждение. При обследовании с ургентным мочеиспусканием в I группе выявлено 22 пациентов, во II - 14, в III - 32, в IV - 53; с ургентным недержанием в I группе - 28, во II - 18, в III - 35, в IV - 35; с ноктурией в I - 26, во II - 17, в III - 30, в IV - 54; с учащенным мочеиспусканием в I - 30, во II - 18, в III - 33, в IV - 56.

Для постановки диагноза ГАМП требовалось наличие триады симптомов: ургентных позывов, ноктурии, учащенного мочеиспускания, изменений по урофлоуграмме, результатам УЗИ. У пациентов с ГАМП при урофлоуметрии отмечалось снижение объемной скорости потока мочи, удлинение времени мочеиспускания и волнообразный вид урофлоуграммы. При проведении УЗИ объем мочевого пузыря был в среднем 100 мл, что свидетельствовало о сниженной накопительной функции мочевого пузыря. После опорожнения мочевого пузыря остаточная моча определялась у 8 пациентов в I группе, у 5 - во II, у 10 - в III, у 15 - в IV.

По данным обследования признаки ГАМП в I группе выявлены у 22 пациентов, которым проводилась ранняя стабилизация переломов таза, во II группе - 14, во III группе - 32, в IV группе - 54.

Таким образом, частота развития ГАМП у пациентов, которым проведено оперативное лечение повреждений тазового кольца в поздние сроки без профилактики составляет 28,2%, что выше, чем у пациентов, которым в предоперационном периоде проводилось медикаментозное (7,5%) и физиолечение (18,1%).

Частота развития ГАМП у пациентов, которым проводилась ранняя стабилизация переломов костей таза, составляет 11,7%, что ниже, чем у пациентов, которым было проведено оперативное лечение в поздние сроки (28,2%).

Следовательно, ранняя стабилизация переломов таза и профилактика м-холиноблокаторами и альфа-адреноблокаторами приводит к снижению развития ГАМП у пациентов после повреждений тазового кольца.

Володин В.В., Демидов Д.Г., Пархоменко И.С., Торгунаков С.А.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 2»
г.Кемерово, Россия

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Цель исследования. Анализ результатов лапароскопических операций, выполненных в « ГКБ N 2» г.Кемерово.

Материалы и методы исследования. В клинике с 1996-2012 гг. включительно было выполнено 1733 лапароскопических операций. Среди них абсолютное большинство составляет лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при доброкачественных заболеваниях желчного пузыря. Причем соотношение ЛХЭ при хроническом холецистите (576) и острых, деструктивных холециститах (572) оказалось равное 1:1. На 1146 выполненных ЛХЭ у 14 (1,2%)больных развились интраобдоминальные осложнения, которые потребовали проведение повторных операций. У больных с деструктивными формами холецистита осложнения наблюдались чаще. Среди осложнений при хроническом холецистите наблюдалось 3 случая внутрибрюшного кровотечения - у 2 пациентов из ложа пузыря и у 1 из прокола брюшной стенки. У одного пациента развился желчный перитонит. С деструктивными формами холецистита осложнения наблюдались у 9 больных. Среди них повреждение ОЖП выявлено у 3 (0,2%) больных. Внутрибрюшное кровотечение наблюдалось у 3 больных и желчный перитонит так же у 3 больных. С целью устранения полученных осложнений у 3 больных успешно выполнена релапароскопия и у 6 лапаротомия.

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) выполнена у 229 больных с разными формами острого аппендицита. ЛА нами выполняется только лигатурным способом. Осложнения наблюдались у 10 (4,3%) больных. Точечное повреждение троакаром подвздошной артерии, с формированием забрюшинной гематомы было выявлено у 1 больного. У 2-х пациентов развился коагуляционный некроз культи червеобразного отростка с формированием кишечного свища. У 6 больных ЛА осложнилась послеоперационным перитонитом, который в половине случаев удалось разрешить проведением санационной релапароскопии, а у остальных больных посредством лапаротомии.

Лапароскопическое ушивание прободной язвы ДПК выполнено у 16 больных. Осложнение в раннем послеоперационном периоде наблюдалось у одного больного, и было обусловлено несостоятельность наложенного шва на прободную язву.

В клинике разработана программа лечения спаечной болезни брюшной полости 3-4 степени. Пациентам с распространенным спаечным процессом проводится открытый адгезиолизис с энтеролизисом, в брюшную полость заливаются барьерные препараты (реополиглюкин, гель-мезогель), устанавливается лапароскопическая гильза и на 2-5-8 сутки выполняется программный лапароскопический адгезиолизис. Проведено таким образом 41 лапароскопический адгезиолизис с хорошими ближайшими результатами, осложнения нами не наблюдались.

С 2000 г. нами выполнено 76 лапароскопических дренирующих операций у больных с панкреатогенным перитонитом. Клинический эффект от своевременно выполненных дренирующих операций отчетливо просматривается у большинства больных.

С 2012 г. в клинике применяется лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах и вентральных. Выполнено пока небольшое количество операций (16) без каких либо осложнений. Без осложнений выполнено 40 варикоцелэктомий при варикоцелле 2-3 степени.

Вывод.

Следует отметить отсутствие в клинике летальных исходов после лапароскопических операций за 17 лет их применения. Осложнения чаще всего наблюдались на этапах освоения техники этих операций и специфики тактических подходов, процент этих осложнений находится в пределах литературных данных.

Володин В.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития г.Кемерово, России

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) является одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии. Это обусловлено ростом числа больных с ДБТК, тяжестью течения болезни и неудовлетворительными результатами лечения. Среди этих больных наиболее тяжелыми являются пациенты с осложненными формами ДБТК.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов с осложненными формами течения ДБТК по материалам клиники общей хирургии КемГМА за последние пять лет.

Материалы и методы итсследования. Под наблюдением в клинике общей хирургии КемГМА с 2008 по 2012 гг. находилось 110 пациентов с ДБТК в возрасте от 36 до 94 лет. Средний возраст составил 65,6 лет. Все пациенты поступили по экстренной помощи. По годам наблюдается рост числа поступления пациентов с ДБТК: так в 2008 г. - 12, 2009 г. - 17, 2010 г. - 20, 2011 г. - 26, 2012 г. - 35 пациентов. Среди них 36 (32%) были мужчины и 74 (68%) женщины. Среди поступивших пациентов лишь у 18 (16,3%) ДБТК была ранее диагностирована. Преимущественное большинство пациентов с впервые выявленной ДБТК в анамнезе имели клинические признаки нарушения функции толстой кишки, абдоминальный болевой синдром. В связи с чем пациенты обращались в амбулаторную сеть, но обследование толстой кишки им не проводилось. В результате проведенного обследования у 22 (20%) пациентов ДБТК была исключена, выявлены другие заболевания толстой кишки (колит, рак и др.).

ДБТК, осложненная перфорацией дивертикула и перитонитом наблюдалась у 28 (31%) пациентов. Все они оперировались в экстренном порядке. ДБТК, осложненная кишечным кровотечением наблюдалась у 6 (6,8%) пациентов, трое из них оперированы также в неотложном порядке. ДБТК, осложненная микроперфорацией и формированием изолированного гнойника брюшной полости наблюдалось у 8 (9%) пациентов. ДБТК, осложненная дивертикулитом с формированием воспалительных инфильтратов брюшной полости наблюдалось у 10 (11,3%) пациентов. У остальных пациентов ДБТК проявлялась абдоминальным болевым синдромом и признаками воспаления толстой кишки (дивертикулитом) без воспалительных инфильтратов брюшной полости.

За этот период от осложненных форм ДБТК в клинике умерло 10 пациентов. Общая летальность составила 11,3%, а послеоперационная - 23,6%. От калового перитонита умерло 6 пациентов, после вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости - 2 пациента, кишечное кровотечение явилось причиной смерти у 2 пациентов. Средний возраст умерших составил 66,8 лет.

Выводы.

1. Количество поступающих больных с осложненными формами ДБТК ежегодно увеличивается.
2. Наиболее частым из осложнений ДБТК является дивертикулит, а наиболее тяжелым - перфорация дивертикула с развитием перитонита.
3. Смертность при осложненных формах ДБТК остается высокой (общая - 11,3%, послеоперационная - 23,6%).
4. Выявляемость ДБТК в амбулаторной сети остается низкой (16%).

Галятина Е.А., Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Совершенствование помощи детям с политравмой - одна из наиболее актуальных задач современной медицины. Политравма отличается особой тяжестью клинических проявлений, трудностью диагностики, сложностью лечения, высокой летальностью. Трудность диагностики абдоминальных повреждений определяется рядом неблагоприятных факторов, к которым относятся шок, расстройство сознания, острая кровопотеря, обширность повреждений различных систем и органов, что в совокупности приводит к наложению, извращению или полному отсутствию клинических проявлений , характерных для повреждения живота.

Цель исследования. Совершенствование хирургической лечебно-диагностической тактики у детей с абдоминальными повреждениями при политравме.

Материалы и методы исследования. Основой нашего исследования является анализ результатов лечения 84-х пациентов с абдоминальными повреждениями при политравме за период с 2000 по 2012 гг. Мальчиков - 51 (60,7%), девочек - 33 (39,3%). По возрасту:

- 1-3 года - 6 человек,
- 4-7 лет - 9 человек,
- 8-11 лет - 24 человека,
- 12-15 лет - 28 человек,
- 16-18 лет - 17 человек.

Большинство наших пациентов травмировались при дорожно-транспортных происшествиях - в 85,7% случаев - 72 пациента (из них в результате наезда на пешехода - в 58 случаях (80,5%), внутриавтомобильная травма - в 14 случаях (19,5%). В 14,3% (12 человек) травмировались в результате кататравмы. У 21 пациента (25,0%) отмечались повреждения двух анатомических областей, у 43 человек (51,2%) - трех, у 15 человек (17,9%) - четырех, у 5 человек (5,9%) - пяти анатомических областей. Наиболее часто абдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой травмой - у 52 пациентов - 61,9%. Из них в 70% случаев (у 37 пациентов) отмечалось нарушение сознания. У 33 (39,3%) пациентов определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Наибольшее число пациентов имели травмы опорно-двигательной системы - в 90,5% (76 пациентов). Пострадавшие доставлялись в наш центр с места происшествия машиной скорой помощи, либо попутным транспортом, а также транспортировались из других лечебно-профилактических учреждений на реанимобиле нашего центра. Тяжесть политравмы по шкале ISS у пациентов составила 26,3±10,2.

Результаты и обсуждения. У пострадавших детей с политравмой использовался комплекс традиционных клинических, лабораторных, инструментальных методов (обзорная рентгенография грудной клетки, черепа, таза, конечностей, по возможности органов брюшной полости, по показаниям компьютерная томография, УЗИ брюшной полости, диагностическая лапароскопия). В зависимости от тяжести состояния пострадавшего, объем обследования был полным, частичный или минимальный в условиях операционной.

По результатом обследования, клинические проявления внутрибрюшного кровотечения отмечались лишь у 17 пациентов (20,2%). Показатели «красной крови» при поступлении соответствовали возрастной нормы в 59,5% случаев (50 человек). Наиболее информативным и постоянным показателем было повышение количества лейкоцитов - в 92,8% случаев (78 человек). Учитывая тот факт, что клинические и лабораторные показатели не обладают высокой достоверностью, у пострадавших с политравмой, распознавание внутренних повреждений больше основывалось на данных объективных методов диагностики. Методом выбора является УЗИ органов брюшной полости, применение которого способствует ранней диагностике повреждений. УЗИ брюшной полости было проведено у 9 пациентов (10,7%). Из них у 2-х пациентов выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения, что явилось показанием для оперативного вмешательства, у 7-х пациентов - отсутствие свободной жидкости в брюшной

полости, что не потребовало оперативного лечения.

Для проведения КТ необходимо стабильное состояние пациента, что резко ограничивает использование данного метода. По нашим данным КТ было проведено у 4-х пациентов (4,7%). У 1 пациента выявлена гематома печени, у 3-х пациентов - повреждение органов брюшной полости исключено, выявлены ушибы почек.

Наиболее информативным методом является видеолапароскопия. По нашим данным видеолапароскопия проведена у 75 (89,3%) пациентов. У 26 (34,7%) пациентов возможности видеолапароскопической техники позволили полноценно ликвидировать внутрибрюшные последствия травмы эндоскопическим способом, что позволило избежать лапаротомии. У 49 пациентов (65,3%) при проведении диагностической лапароскопии, выявлены повреждения внутренних органов с продолжающимся кровотечением, что потребовало выполнение лапаротомии. Наиболее часто во время операции обнаруживались повреждения паренхиматозных органов (печени, селезенки) - в 71,4% случаев. При повреждении селезенки, по нашим данным, органосберегающие операции проведены в 31,0% случаев. В послеоперационном периоде осложнения отмечались у 7-ми пациентов: развитие пневмонии - у 6 пациентов, у 1 пациента - развитие острой кишечной непроходимости на фоне формирования стеноза тонкой кишки после ушивания разрыва. Средний койко/день составил - 29,1±2,4, в ОРИТ - 10,2±1,4 к/дней. Летальность - 4 пациента (4,8%).

Выводы.

Проблема лечения политравмы приобретает все большую актуальность. Показан бригадный метод обследования пострадавших, с использованием комплекса диагностических пособий в зависимости от состояния пострадавшего. Диагностическое значение видеолапароскопии у детей особенно возрастает при политравме, когда клинические проявления закрытой травмы живота менее выражены. Видеолапароскопия является методом, который позволяет определить дальнейшую тактику лечения, отказавшись в некоторых случаях от выполнения срединной лапаротомии.

Наиболее часто встречаются повреждения паренхиматозных органов (печени, селезенки) - по нашим данным в 71,4% случаев. При повреждении селезенки не исключается возможность выполнения органосберегающих операций.

Гнедь М.А., Альтшулер Е.М.
МБУЗ «Городская клиническая больница N2»
г.Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА СКИН-АКТИВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБШИРНЫЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ОЖОГИ

Рубцы до настоящего времени остаются одной из проблем хирургии. Эта проблема важна для специалистов в гнойной хирурги, дерматологии, косметологии и т.д., но особенно она актуальна при лечении ожогов, что связано с высокой частотой образования рубцов при ожогах IIIАБ-IV степени, а в ряде случаев и при поверхностных ожогах II-IIIА степени. По данным разных исследований, до 10% случаев после ожогов II степени, от 55% до 62% - после ожогов IIIА степени развиваются гипертрофические и келоидные рубцы.

Описано множество методик лечения патологических рубцов, но до настоящего времени оптимального метода лечения не найдено. В данной статье отражены клинические наблюдения за эффективностью использования крема СКИН-АКТИВ для лечения послеожоговых рубцов, возникающих после обширных поверхностных ожогов, т.е. ожогов II-IIIА степени, осложненных развитием ранних или поздних дерматозов, и, соответственно, применения его в практике комбустиолога.

Рубцы после ожогов нередко сопровождаются развитием ранних или поздних дерматозов. Рубцы, осложненные дерматозом, могут располагаться на любой части тела, но чаще в зонах, которые подвергаются травматизации (суставы), а также на участках с недостаточным кровоснабжением (голени, стопы). Ранние дерматозы проявляются зудом, образованием серозных субэпидермальных пузырьков, возникают на неокрепших цианотических рубцах. Более сложную

проблему представляют поздние дерматозы, которые развиваются на старых, сформировавшихся патологических рубцах. К ним относятся разного рода гнойничковые высыпания, экзематизация, гиперкератоз. В ожоговом отделении МБУЗ «ГКБ N 2» г.Кемерова с января по апрель 2013 года для лечения таких рубцов применялся крем СКИН-АКТИВ (пр-во ЗАО «Зеленая дубрава» г.Дмитров Московской обл.), специально разработанного для защиты кожи от негативных факторов внешней среды путем восстановления и поддержания защитного барьера на поверхности кожи, активации механизмов регенерации и самообновления кожи, а также глубокого увлажнения. Активными компонентами его являются липидная основа, представленная оливковым и персиковым маслами, комплексом витаминов и комплексом увлажняющего фактора кожи, представленного гиалуронидазой, мочевиной и молочной кислотой.

В группу наблюдения было включено 30 пострадавших от ожогов (11 женщины, 19 мужчин) в возрасте от 31 до 68 лет. Причиной термической травмы у 25 обожженных было пламя, у 3 - кипяток, у 2 - контактный ожог. Общая площадь ожогового поражения у больных составляла от 1 до 30% поверхности тела, при этом 22 пациента имели только поверхностные ожоги, которые зажили самостоятельно; у других - площадь глубокого ожога составляла от 0,5 до 17% поверхности тела. У всех пациентов имелась в той или иной мере выраженная клиника дерматоза. Лечение начиналось на амбулаторном этапе, когда пациент уже не нуждался в наложении повязок. Крем наносился на проблемные места, предварительно подвергнутые гигиеническим процедурам, 1-2 раза в сутки. За период наблюдения, у 28 пациентов (~ 93%) была отмечена положительная динамика в купировании явлений дерматоза, выражавшаяся в исчезновении зуда, гиперкератоза, явлений пиодермии, восстановления пластических свойств новой кожи и нормализации окраски ее.

Таким образом, результаты проведенного наблюдения свидетельствуют об эффективности применения крема СКИН-АКТИВ в практике комбустиолога для лечения, а особенно - профилактики послеожоговых рубцов после обширных поверхностных ожогов. Крем СКИН-АКТИВ может быть рекомендованы для широкого применения в комплексном лечении больных с последствиями ожоговой травмы, как в стационарных условиях, так и самостоятельно пациентами в домашних условиях.

Григорьев Ю.А., Соболева С.В., Баран О.И.

ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН
г.Новосибирск, Россия

АБОРТЫ И КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В СФО

Искусственное прерывание нежелательной беременности является весьма значимым медико-социальным фактором, который необходимо расценивать как риск для репродуктивного здоровья женщины. Всемирная Организация Здравоохранения определяет аборт как прерывание беременности (то есть самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы 500 граммов.

В современных условиях очень остро стоит вопрос о сокращении репродуктивных потерь за счет абортов. В России благодаря росту общей культуры населения, деятельности государственных и общественных организаций отмечается благоприятная тенденция снижения абортов. Динамика распространенности абортов для всех федеральных округов однонаправленная, везде наблюдается снижение показателя. В СФО за период 2005-2011 гг. распространенность абортов сократилась на 23,8%. Имеются несколько территорий, где убыль абортов была весьма значительной:

- Омская область (сокращение показателя на 36,1%),
- Новосибирская область (31,8%),
- Томская область (27,9%).

В 2011 г. самые высокие уровни распространенности абортов были в Республике Алтай (54,2 на 1000 женщин фертильного возраста) и Республике Тыва (53,2). За этот же период произошли позитивные сдвиги в соотношении числа абортов на сто родов. В целом по

СФО этот показатель уменьшился с 114,7 до 66,4 (или на 42,1%). Наиболее значительные изменения произошли в Омской области (сокращение числа абортов на сто родов с 94,3 до 39,7, или на 57,9%). Новосибирская и Томская области также демонстрируют успехи в избавлении от архаичных традиций репродуктивного поведения. Необходимо отметить, что в Кемеровской области сохраняется самый высокий уровень соотношения числа абортов и родов, который почти в два раза выше, чем в Омской области. В Новосибирской, Томской областях, Красноярском крае и Республике Хакасия данный показатель остается высоким и превышает средний уровень по СФО.

Возможность контроля деторождения имеет для человека большую ценность, которая реализуется в условиях религиозных, правовых, политических и иных ограничений. Использование контрацепции по-разному воспринимается и регулируется в разных культурах и конфессиональных сообществах. В настоящее время к наиболее эффективным и распространенным методам регулирования рождаемости необходимо отнести гормональную контрацепцию.

В СФО за период 2004-2009 гг. доля женщин фертильного возраста, использующих пероральную гормональную контрацепцию (ПГК), увеличилась с 11,7 до 15,2%. Среди территорий СФО высокая доля женщин с ПГК наблюдается в Алтайском крае (24,0%), Омской области (18,8%) и Забайкальском крае (17,3%). За весь указанный период оставалась низкой доля женщин с ПГК в Республике Тыва (1,3-6,2%), Республике Бурятия (4,7-7,6%), Республике Хакасия (5,2-7,7%). Уровень выше среднего по СФО наблюдался в Омской, Томской, Кемеровской областях, Алтайском и Красноярском краях. Доля женщин, использующих внутриматочные контрацептивные средства (ВМС), в целом по СФО несколько снизилась (с 19,9 до 18,6%). Использование ВМС широко практикуется женщинами фертильного возраста в Республике Алтай (46,6%), Республике Бурятия (27,9%), Алтайском крае (38,5%) и Омской области (23,5%). Доля женщин, использующих ПГК и ВМС, самая низкая в Новосибирской и Иркутской областях.

Наиболее эффективным способом профилактики абортов является использование современных контрацептивных средств. Широкий охват женщин фертильного возраста этим способомпредупреждения беременности приводит к снижению распространенности абортов. Проведенный анализ показывает, что невысокий уровень использования ПГК и ВМС в Новосибирской области ведет к недопустимо высокому числу абортов на 100 родов (79,4). Это один из самых худших показателей в СФО.

Григорьев Ю.А., Баран О.И.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

Экопатологические факторы разнообразны по степени выраженности действия на отдельные органы и системы, а также по общей ответной реакции организма. Если ранее токсикологические исследования были посвящены в основном общетоксикологическому, канцерогенному и тератогенному влиянию химических соединений на организм, то в последнее время изучается воздействие их на конкретные системы, в том числе на репродуктивную систему, на формирование эмбриона и плода. В экономически развитых странах производство и применение веществ, которые подпадают под действие Стокгольмской Конвенции о стойких органических загрязнителях (СОЗ), полностью запрещены или ограничены в значительной мере. В одиннадцатой статье Стокгольмской Конвенции предусматривается осуществление на национальном и международном уровнях научных исследований по СОЗ, в том числе по оценке их воздействия на различные органы и системы человека, на его здоровье.

Рассмотрим некоторые полученные данные о влиянии неблагоприятных экологических факторов на репродуктивное здоровье женщин.

1) Трансплацентарное и эмбриотоксическое действие неблагоприятных экологических факторов. Такие факторы окружающей среды способны повреждать не только материнский организм, но и преодолевать плацентарный барьер. Это относится к бластомогенным и

канцерогенным соединениям, пестицидам, диоксину, многим тяжелым металлам. Показано, что опасным следствием влияния чужеродных веществ являются эмбриотоксические эффекты. Отмеченные нарушения в плаценте коррелируют с частотой осложнений течения беременности и родов.

2) Распространенность бесплодия. Среди факторов риска бесплодия можно выделить следующие химические вещества: диоксины, дибромхлорпропан (ДБХП), свинец, сероуглерод, ДДТ, полихлорированные бифенилы, а также ионизирующую радиацию.

3) Спонтанные (или самопроизвольные) аборты. Воздействие загрязненной окружающей среды сказывается на всех этапах онтогенеза. Даже незначительные воздействия могут нарушать развитие органов и систем в период эмбрионального развития. Причинами спонтанных абортов могут быть дисфункции яичников, коры надпочечников, воспалительные заболевания половых органов. Загрязнение окружающей среды СОЗ и тяжелыми металлами также способствует увеличению числа случаев самопроизвольных абортов.

4) Экологическая обусловленность патологических нарушений состояния плода и новорожденных. В городах, где наблюдается повышенная загрязненность окружающей среды, чаще регистрируются различные проявления неонатальных болезней и патологических изменений у плода. При изучении особенностей течения беременности и родов у женщин, проживающих на территориях с интенсивным использованием пестицидов, была обнаружена более высокая частота гипотрофии, асфиксии и снижения массы тела при рождении. Развитие патологии плода и внутриутробная задержка его развития объясняются гормоноподобным действием ксенобиотиков, возрастанием уровня ДНК-аддукторов у проживающих в загрязненных районах.

Сегодняшний уровень понимания проблемы влияния неблагоприятных экологических факторов (особенно СОЗ) на репродуктивную функцию женщин пока не позволяет сделать однозначные выводы по многим вопросам, в том числе о величине их минимальных порогов воздействия. В этой связи актуальным становится «принцип предосторожности», провозглашенный Стокгольмской Конвенцией. Если существует угроза серьезного и необратимого ущерба, то отсутствие полноты научных данных не должно быть причиной отсрочки принятия эффективных мер по предупреждению ухудшения состояния окружающей среды. Рассмотренные неблагоприятные экологические факторы угрожают здоровью женщин и детей, ухудшают здоровье будущих поколений. Этот же принцип должен быть распространен на вредные факторы производственной среды. Влияние таких факторов необходимо устранить или предельно минимизировать.

Долгих В.Т., Епифанов В.Г., Журавлев Г.И.
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия МЗ РФ»
БУЗОО «Станция скорой медицинской помощи»
БУЗОО «Городская клиническая больница N 4»
г.Омск, Россия

ЛЕЧЕНИЕ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Цель исследования. Изучить эффективность оказания неотложной медицинской помощи больным с неосложненными приступами фибрилляции предсердий и оценить тактику их ведения на догоспитальном этапе. Проведено сравнительное ретроспективное изучение результатов оказания неотложной медицинской помощи 1200 больным. Из них 645 больных (1-я группа) в силу разных причин были оставлены дома (отказ от госпитализации, купирование приступа на догоспитальном этапе) и переданы в поликлинику для активного наблюдения участковым врачом; 555 пациентов (2-я группа) госпитализированы. Антиаритмическую терапию в обеих группах проводили антиаритмическими препаратами, включенными в «Стандарты медицинской помощи для скорой медицинской помощи». Группы больных оказались сопоставимы по возрасту и полу, основным клиническим и гемодинамическим показателям, заболеваниям, вызвавшим фибрилляцию предсердий, по использованным для оказания медицинской помощи антиаритмических препаратов. Контрольные точки исследования - 1 ч (период пребывания на вызове и наблюдения за больным), 12 ч и 24 ч.

Во всех группах после проведения неотложной медицинской помощи наблюдалось отчетливое, статистически значимое улучшение клинических показателей. В течение 1-го часа наблюдения за

больными ритм был восстановлен в 35,97% случаев среди пациентов 1-й группы и в 5,04% случаев во 2-й группе. К 12-му часу наблюдения приступ был купирован у 81,24% больных первой группы и у 75,49% второй, к 24-му часу в 94,57% и в 90,63% соответственно. Различия в группах больных по времени купирования приступа к 1-му часу наблюдения оказались статистически высоко значимыми (p<0,001). К 12-му часу (p=0,407) и к концу суток наблюдения за больным (p=0,616) - статистически незначимыми. Среднее время купирования приступа фибрилляции предсердий было меньше у пациентов, оставленных дома, со статистически значимыми различиями между группами. В 1-й группе анализ с помощью регрессионной модели пропорциональных интенсивностей Кокса показал статистически высоко значимую корреляционную связь между ЧСС после оказания неотложной медицинской помощи и временем до купирования приступа; в группе госпитализированных больных такая связь отсутствовала. Анализ путем применения модели пропорциональных интенсивностей Кокса с зависящими от времени ковариатами показал, что время купирования приступа фибрилляции предсердий зависит от проведенной антиаритмической терапии ($ч^2$=149,215 при p<0,001). Для определения различий по времени купирования приступа фибрилляции предсердий в исследуемых группах по каждому препарату проводили анализ путем применения F-критерия Кокса, который показал, что наиболее быстрым лечебным эффектом обладает новокаинамид. Остальные антиаритмические препараты оказались примерно одинаково эффективны.

Таким образом, независимо от тактики ведения и от применяемых препаратов, подавляющее число случаев фибрилляции предсердий купируется к 12-24 часам от начала лечения. Наиболее быстрым купирующим эффектом обладает новокаинамид. Тактика оказания медицинской помощи при не осложненных приступах фибрилляции предсердий длительностью до 24 часов на догоспитальном этапе должна быть направлена, в первую очередь, на нормализацию ЧСС. Это позволяет добиться более быстрого, зачастую в течение 1-го часа наблюдения за пациентом, купирования приступа, сократить время пребывания бригады скорой медицинской помощи на вызове, повысить ее оперативную оборачиваемость, избежать ненужных госпитализаций и тем самым улучшить качество жизни больных.

Дроздов С.С., Баранов А.И., Алексеев А.М., Фаев А.А., Чернявский С.С. Мугатасимов И.Г.

ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздрава РФ
МБЛПУ «ГКБ N 1»
МБЛПУ «ГКБ N 29»
г.Новокузнецк, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ИЗ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА И МУЛЬТИПОРТОВОГО ДОСТУПА

Актуальность. Способ ушивания перфоративной дуоденальной язвы из системы монодоступа используется в мире недавно. Данный способ позволяет добиться хороших косметических результатов. Нами выполнено 8 ушиваний перфоративных дуоденальных язв из системы монодоступа. Проведена сравнительная оценка с мультипортовым способом ушивания перфоративных язв.

Цель исследования. Обосновать применение системы монодоступа в оперативном лечении перфоративных дуоденальных язв.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 38 пациентов оперированных по поводу перфоративных дуоденальных язв. В исследуемой группе оценивались результаты 8 операций через систему одного доступа X-cone Karl Storz (7 мужчин, 1 женщина, возраст составил от 22 до 60 лет). Критериями включения больных в исследование являлись:

1. пациенты с клинической картиной перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. длительность заболевания до 24 часов.
3. до 1 балла по шкале риска ушивания Boye.

Длительность заболевания, без учета язвенного анамнеза составила от 2 до 6 часов, в среднем 3,6 часа. Индекс массы тела (ИМТ), соответствует нормальной массе тела и составил от 20 до 27 кг/м^2 (среднее 24,2 кг/м^2). У 7 пациентов диагностирована распространенная

форма перитонита, у 1 местный. Объем перитонеального экссудата у пациентов варьировал от 200 до 500 мл. При операции из монодоступа применяли систему одного доступа X-cone Karl Storz. Установку системы одного доступа осуществляли в умбиликальной области, доступ размером до 2 см. Затем производили ушивание перфоративного отверстия безузловым швом, атравматическим шовным материалом 2/0, иглодержателем и иглоприемником. Учитывая конфликт инструментов при формировании шва, выполняли фиксацию шва клипсой без формирования узла. После ушивания перфоративного отверстия проводили санацию брюшной полости.

В контрольную группу вошли 30 больных (23 мужчин, 7 женщин, возраст от 18 до 61 лет), которым была выполнена мультипортовая лапароскопическая операция ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Длительность заболевания, без учета язвенного анамнеза составила от 0,5 до 14 часов, в среднем 4,5 часа. Индекс массы тела составил от 18 до 31 кг/м^2 (среднее 23,9 кг/м^2). У 27 пациентов диагностирована распространенная форма перитонита, у 3 местный. Объем перитонеального экссудата варьировал от 100 до 1000 мл.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции в исследуемой группе составила 90 минут (от 60 до 120 минут), в контрольной группе 68 минут (от 30 до 120 минут). Согласно шкале риска ушивания перфорации по Boye, показатели исследуемой группы составили в пяти случаях 0 в трех 1 балл, в контрольной в двадцати четырех случаях 0 в шести 1 балл, соответственно. Диаметр перфоративного отверстия в обеих группах в среднем составил 0,3 см. Оценка болевого синдрома в первые сутки после операции была ниже в исследуемой группе (оценка по 10-ти бальной ВАШ). В одном случае отмечена несостоятельность шва ушитой перфорации при ушивании из монодоступа, что потребовало, на вторые сутки, оперативного вмешательства. Была выполнена лапароскопия, с последующим, ушиванием перфорации видеоассистированным способом из минидоступа. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность госпитализации в исследуемой группе 6 койко-дней, в контрольной 7.

Выводы.

При сравнительной оценке данного способа с мультипортовой методикой принципиальных различий по продолжительности операции нет. Косметические результаты оперативного вмешательства и выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде при субъективной оценке пациентами в группе монодоступа выше. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов в группе монодоступа сократилась.

Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Захарова Г.В., Устьянцева И.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Цель исследования. Изучение особенностей видового состава возбудителей гнойно-септических инфекций в отделениях хирургического профиля, спектра их резистентности к антибактериальным препаратам за период 2011-2012 гг.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение микрофлоры, выделенной из раневого отделяемого от больных с гнойно-септическими инфекциями и в смывах с объектов хирургических отделений ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» за период с 18.01.2011 по 28.12. 2012 гг.

Всего в 2011 г. обследовано 357 пациентов, проанализировано 1108 смывов, в 2012 г - 244 пациента и 2150 смывов. Бактериологические исследования выполняли в соответствии с действующим приказом N 535 Минздрава СССР от 22.04.85 г. Идентификация микроорганизмов и определение антибиотикочувствительности проводились на автоматизированной системе «Vitek» (bioMerieux, Франция). Интерпретацию результатов осуществляли согласно критериям Европейского комитета по определению чувствительности к антимикробным препаратам (EUCAST). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica 6,0 с использованием критерия X^2.

Результаты исследования. Возбудители гнойно-септических процессов выделены у 293 (82%) больных в 2011 году и 204 (84%) - в 2012 году. Преобладали в 2011году S.aureus (43%), Klebsiella spp (15%), P.aeruginosa (16%), Acinetobacter spp (5,4%). В 2012 г. отмечалось существенное уменьшение относительной частоты высеваемости P.aeruginosa (на 8,2%; x^2=6,02 (df=1),p=0,014). Статистически значимой разницы по выделению других микроорганизмов не наблюдалось (S.aureus - 48,4%, Klebsiella spp. - 9,8%, Acinetobacter spp. - 4,4%).

При исследовании антибиотикочувствительности за два года наблюдения отмечена высокая частота чувствительности S.aureus к ванкомицину, оксациллину, ципрофлоксацину (в среднем, 80-100%). Выделенные изоляты грамотрицательной микрофлоры отличались высоким уровнем устойчивости к подавляющему числу антибактериальных препаратов, за исключением меронема и полимиксина В.

Анализ результатов микробиологического исследования смывов с объектов внешней среды отделений показал относительное уменьшение частоты положительных смывов (на 1,6%; x^2=3,93 (df=1), p=0,047), что свидетельствовало об эффективности противоэпидемиологических мероприятий. Однако установленная неблагоприятная тенденция к увеличению полирезистентной синегнойной палочки (на 39,5%; $ч^2$=25,51 (df=1), p=0,000) позволяет сделать вывод о необходимости смены используемых дезинфекционных средств.

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А., Цицкунов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Цель исследования. Проанализировать результаты эндоскопической диагностики и лечения у пациентов с инородными телами дыхательных путей.

Материалы и методы исследования. За период с 2002 по 2012 гг. в клиническом центре находилось на лечении 157 больных с инородными телами (ИТ) дыхательных путей. Из них 83 ребенка в возрасте от 8 месяцев до 12 лет (средний возраст 2,03±2,56 года) и 74 взрослых пациента в возрасте от 19 лет до 81 года (средний возраст 41,68±20,21 год). Как у детей (77,1%), так и среди взрослых пациентов (77,0%), преобладали лица мужского пола. Все пациенты подвергались эндоскопическому исследованию дыхательных путей и удалению ИТ. Бронхоскопия проводилась: у детей ригидным бронхоскопом в 69 (83,1%) и фибробронхоскопом в 14 (16,9%) случаях, у взрослых в 4 (5,4%) и в 70 (94,6%) случаях соответственно. Манипуляции производили под местной анестезией или под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов короткого действия.

Результаты исследования. Отмечено значительное колебание давности заболевания на момент поступления в клинику, которое варьировало от 1 часа до 4 месяцев. До 12 часов после аспирации ИТ было 67 больных (42,7%), от 12 до 24 часов - 28 (17,8%), от 1 до 3-х суток - 33 (21,0%), от 3-х до 7 суток - 19 (12,1%), от 1 недели до 1 месяца - 6 (3,8%), а позже 1 месяца - 4 (2,6%). Максимальный показатель поздней госпитализации отмечен у взрослых больных. Клинические проявления заболевания зависели от локализации ИТ и длительности их пребывания в трахеобронхиальном дереве. Отмечены достоверные различия в локализации ИТ у детей и взрослых. Среди находившихся на лечении 157 больных в 26 случаях (16,6%) ИТ располагалось в трахее (в 9,5% у взрослых и в 22,9% у детей, p=0,0238), в 34 (21,6%) - в правом главном бронхе (в 14,8% у взрослых и в 27,7% у детей, p=0,0511), в 47 (29,9%) - в правом нижнедолевом бронхе (в 56,8% у взрослых и в 6,0% у детей, p=0,0001), в 29 (18,5%) - в левом главном бронхе (в 6,7% у взрослых и в 28,9% у детей, p=0,0004), в 21 (13,4%) случае в левом нижнедолевом бронхе (в 10,8% у взрослых и в 15,7% у детей, p=0,3727). У 136 пациентов (86,6%) были ИТ органического происхождения, а у 21 (13,4%) - неорганического происхождения. При бронхоскопии обнаружены воспалительные изменения слизистой у 144 (91,7%) больных. У взрослых 1-я степень эндобронхита выявлена в 21 (28,4%, p=0,0053) случае, а у детей в 9 (10,8%); 2-я степень - в 22 (29,7%) и 43 (51,8%, p=0,0051); 3-я степень - в 30 (40,5%, p=0,0172) и 19 (22,9%) случаях соответственно. У 156 (99,4%)

пациентов удаление ИТ дыхательных путей с помощью эндоскопа было проведено успешно. У 1 пациента с длительно аспирированным ИТ, находящимся в левом нижнедолевом бронхе, была проведена торакотомия. У пациентов с аспирацией ИТ мы наблюдали следующие осложнения: пневмонию у 2 пациентов с длительно находящимся ИТ дыхательных путей и тяжелый ларингоспазм у 1 пациента с ИТ гортани (стальная пружина в виде подковы).

Таким образом, ранняя диагностика и своевременная лечебно-диагностическая бронхоскопия позволяет улучшить результаты лечения больных с инородными телами дыхательных путей. Удаление инородных тел из дыхательных путей является ответственным делом, требующим от врача высокой квалификации, а от лечебного учреждения, где это удаление производится, наличие круглосуточной эндоскопической службы оснащенной необходимых эндоскопическим оборудованием.

Заикин С.И.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ПЛОСКИХ И ФИКСИРОВАННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ БОЛЕЕ 2 СМ

Эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС) оболочки желудочно-кишечного тракта - минимально инвазивная методика, применяемая для лечения новообразований, в том числе неинвазивного рака. ЭРС в настоящее время является операцией выбора для удаления плоских и фиксированных (имеющих широкое основание) неоплазий в толстой кишке.

Цель исследования. Оценить безопасность, эффективность и клинические результаты использования ЭРС при плоских и фиксированных колоректальных неоплазиях более 2 см.

Материалы и методы исследования. С января 2003 года по декабрь 2011 года удалено 91 новообразование толстой кишки у 88 пациентов, находившихся на лечении в нашем Центре. При видеоколоноскопии с хромоскопией регистрировался тип, размер, анатомическое расположение и морфологическое строение новообразований. Для макроскопической оценки использовалась Парижская классификация эпителиальных неоплазий (2005 г.), для гистологической оценки - классификация P.S. Cotran (1995 г.). Степень дисплазии определялась в соответствии с критериями по R.H. Riddell (1990 г.). Удаление неоплазий проводилось методом ЭРС «единым блоком» или «по частям» с предварительным поднятием дефекта инъекцией в подслизистый слой 5-40 мл 5% раствора глюкозы. Были проанализированы осложнения и рецидивы после ЭРС. Пациенты наблюдались в течение 18 месяцев.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 65,1±13,5 лет (33-89 лет). Мужчин было 38 (43,2%), женщин - 50 (56,8%). Среди 91 удаленного новообразования 28 (30,8%) были 0-Is типа, 56 (61,5%) - 0-IIa типа, 4 (4,4%) - 0-IIb типа, 3 (3,3%) - 0-IIa+IIc типа. Средний размер удаленных опухолей 38,7±18,5 мм (20 мм - 95 мм). В правых отделах толстой кишки (слепая - 11/34, восходящая - 14/34, поперечно-ободочная - 9/34) располагалось 34 (37,3%) новообразования, в левых отделах толстой кишки (нисходящая - 6/57, сигмовидная - 29/57, прямая - 22/57) - 57 (62,7%). ЭРС «единым блоком» удалось выполнить в 67 (73,6%, n=91) случаях и «по частям» - в 24 (26,4%). При гистологическом исследовании удаленных опухолей в 72 (79,1%, n=91) случаях обнаружены аденоматозные полипы, в 18 (19,8%) - внутрислизистые аденокарциномы, в 1 (1,1%) - инвазивный рак. Аденоматозные полипы в 38 (52,8%, n=72) случаях имели низкую степень дисплазии (LGD - low grade dysplasia), а в 34 (47,2%) высокую степень дисплазии (HGD - high grade dysplasia). Среди осложнений ЭРС было 8 (8,8%, n=91) случаев кровотечений, из них 6 случаев при удалении опухоли «по частям» (x^2=10,68, p=0,0011). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Частота рецидивов составила 9,6% (8/83) случаев (в среднем через 7,5±5,8 месяцев) и была связана с размерами опухоли более 30 мм в диаметре (x^2=5,83, p=0,0157), ЭРС «по частям» (x^2=7,14, p=0,0075), типом роста неоплазии (x^2=4,86, p=0,0275) и рака по сравнению с аденомой (x^2=4,74, p=0,0295).

Таким образом, эндоскопическая резекция слизистой при плоских и фиксированных новообразованиях слизистой толстой кишки более 2 см является эффективной, безопасной процедурой с низким процентом осложнений и местных рецидивов.

При использовании метода эндоскопической резекции слизистой «по частям» для удаления больших неоплазий с высокой степенью дисплазии и внутрислизистым раком, особенно в первые 12 месяцев после операции, необходимо регулярное эндоскопическое наблюдение за пациентами для своевременного выявления и лечения рецидива опухоли.

Замятин В.А., Фаев А.А., Баранов А.И.
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 29»
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
г.Новокузнецк, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ЧЕРЕЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является операцией выбора при остром холецистите. Острый калькулезный холецистит (ОХ) большинством авторов считается противопоказанием для использования единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Однако вопросы использования ЕЛД при остром холецистите изучены недостаточно. В литературе отсутствуют сравнительные исследования результатов ЕЛД и классической ЛХЭ при остром холецистите.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов использования холецистэктомий из лапароскопического доступа у пациентов с острым калькулезным холециститом.

Материалы и методы исследования. В период с февраля 2012 г. по май 2013 г. в проспективное исследование включены 46 пациентов с ОКХ. Основную группу составили 30 пациентов, которым выполнялась холецистэктомия из ЕЛД с использованием системы X-cone (Karl Storz), группу сравнения - 16 пациентов, подвергнутых общепринятой 4-троакарной ЛХЭ. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности заболевания, формам и осложнениям острого холецистита. Все операции выполнялись под ЭТН.

Результаты исследования. В основной группе было 6 мужчин и 25 женщин. Средний возраст пациентов в основной группе составил 46,1±15,7, в группе сравнения 50,1±13,5. Средняя продолжительность заболевания до операции составила 50,8±36,1 в основной группе, и 63,1±36,9 - в группе сравнения (p>0,05). ИМТ в основной группе был 28,9±4,5, в группе сравнения - 31,3±6,1 (p>0,05). У 28 (93,4%) пациентов основной группы отмечен флегмонозный холецистит и у 2 (6,6%) - гангренозный. В группе сравнения доля пациентов с флегмонозным холециститом составила 87,5%, у 2 пациентов отмечен гангренозный холецистит. У 6 (20%) пациентов основной группы и у 1 (6,3%) группы сравнения отмечен перивезикальный инфильтрат, у 1 (3,4%) пациента из основной группы - местный неотграниченный перитонит. У 9 (30%) пациентов основной группы выполнена «идеальная» однопортовая холецистэктомия, в 14 (46,6%) случаях потребовалась постановка одного дополнительного троакара, в 4 (13,3%) случаях - 2 троакаров. Конверсия в классическую 4 - портовую методику выполнена в 3 (10%) случаях. Конверсий в открытую методику не было. В группе сравнения была 1 конверсия в открытую методику доступом Кохера в связи с перивезикальным инфильтратом. В основной группе отмечено 36,6% интраоперационных осложнений, среди которых 8 (72,7%) перфораций стенки желчного пузыря - большинство обусловлены разрывом стенки желчного пузыря при тракции - 6, 2 (18,1%) кровотечения из пузырной артерии и 1 (9,1%) - повреждение серозы толстой кишки диатермокрючком. Продолжительность операции в основной группе - 76,9±25,1, в группе сравнения 64,3±24,2 (p=0,001). У 1 (3,3) пациента в основной группе в послеоперационном периоде развился абсцесс ложа желчного пузыря, который вскрыт через мини-доступ на 9-е сутки, наступило выздоровление. Других послеоперационных осложнений не было. В группе сравнения послеоперационные осложнения отмечены в 4 (25%) случаях:

в 1 - нагноение раны в «2 точке»,

в 1 - абсцесс брюшной полости (случайно оставленные конкременты) с последующей релапароскопией и лапаротомией,

в 1 - скопление в ложе желчного пузыря с успешным консервативным лечением,

в 1 - желчеистечение, прекратившееся после ЭПСТ.

Болевой синдром в первые сутки в основной группе составил 3,5±2,1, в группе сравнения - 3,4±1,8 балла по 10-бальной цифровой аналоговой шкале. На 2-е сутки в основной группе - 2,3±1,6, в группе сравнения 2,7±1,6; и на 3-и сутки - 1,8±1,5 и 1,9±1,7 соответственно. Косметический результат по 5- балльной рейтинговой шкале составил 4,73 и 4,53 балла соответственно (p=0,47).

Выводы.

1) использование ЕЛД при остром холецистите выполнимо у 90% пациентов, не ухудшает результатов лечения, является безопасным и малоинвазивным, и соответствует показателям классической лапароскопической холецистэктомии.

2) предпочтительна методика постановки дополнительного троакара для адекватной тракции желчного пузыря и профилактики интраоперационных осложнений.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
г.Уфа, Россия

СИМПТОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВУЛЬВЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

«Омоложение» проблемы пролапса гениталий способствует поиску диагностических критериев и неблагоприятных факторов способных оказать воздействие на формирование вульвы. Если раньше, вес ребенка при рождении являлся основным критерием недоношенности (масса тела < 2500 г) или переношенности (макросомия, масса тела > 4500 г), то дальнейшее изучение проблемы выявило, что нарушения внутриутробного развития плода, наблюдаемые при синдроме задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) могут затрагивать не только центральную нервную и сердечно - сосудистую системы, но и другие органы и системы. Дефицит массы тела, возникающий в период внутриутробного развития, способен стойко изменять анатомию и структуру тела, нарушая процессы нормального формирования органов. Проблема влияния ЗВУР плода на формирование отклонений нормального строения вульвы изучена недостаточно полно, в то время как последствия связанные с гипофункцией органов малого таза способны оказать свое неблагоприятное воздействие на функцию мочеиспускания, дефекации, репродуктивную и сексуальную функцию. У плода в конце эмбрионального периода (8-я неделя) уже сформированы все системы и органы и хотя они еще не всегда «зрелые», дальнейшее их развитие приводит к формированию нормальных женских половых органов. Входящие в состав вульвы образования при ЗВУР способны недостаточно анатомически и функционально формироваться, приводя в дальнейшем к гипофункции органа.

Цель исследования. Изучение влияния ЗВУР плода на формирование нарушений развития вульвы, выявленных при проведении теста Barlow.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка физического здоровья 108 новорожденных девочек от доношенной беременности. Степень тяжести ЗВУР оценивалась в перцентилях (Р), где легкой степени соответствовало - Р (10-25); средней - Р (10-3); тяжелой - Р (< 3). Основную группу составили 68 девочек с ЗВУР, где легкая степень выявлена у 32 (47%), средняя у 24 (35,2%), тяжелая у 12 (17,6%) новорожденных, в контрольной группе наблюдалось 40 (37%) «условно здоровых» девочек с нормальным строением вульвы. Недостаточность развития вульвы определялась проведением теста Barlow, где нормальной степени зрелости соответствовало отсутствие зияния половой щели, и только при разведении тазобедренного сустава в стороны, становились видимыми большие половые губы.

При I-й степени видимыми становились малые половые губы и клитор; II-й - малые половые

губы, клитор и отверстие мочеиспускательного канала; III-й - малые половые губы, клитор, отверстие мочеиспускательного канала и влагалища, девственная плева.

Результаты исследования. В основной группе у девочек с легкой степенью ЗВУР проведение теста выявило: нормальное строение - у 6 (18,7%), I-я степень - у 14 (43,7%), II-й - у 8 (25%), III-й - у 4 (12,5%) девочек; в контрольной группе соответственно: 30 (75%); 8 (20%); 2 (5%); 0 (0%).

У девочек со средней степенью тяжести ЗВУР нормальная анатомия наблюдалось в 2 (8,3%); I-я - 6 (25%); II-я - 10 (41,6%); III-я - 6 (26%) случаях, с тяжелой степенью соответственно: 0 (0%); 2 (16,6%); 4 (33,3%); 6 (50%).

У девочек, родившихся с ЗВУР легкой степени в 18,7% случаях наблюдалось нормальное строение вульвы, со средней степенью - 8,3%, при тяжелой степени выраженные изменения в строении вульвы отмечены у 50% девочек.

Таким образом, синдром задержки внутриутробного развития плода способен вызывать отставание развития наружных половых органов у новорожденных девочек, представляя риск травмы мягких тканей промежности при родах через естественные родовые пути, в связи с их морфофункциональной незрелостью.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
г.Уфа, Россия

СПОСОБ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ КРАСИТЕЛЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Проблема бесплодного брака остается актуальной на протяжении многих лет и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на значительные успехи в лечении бесплодия эндоскопическими и вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ), применение данных методик ограничено доступностью, сложностью и дороговизной, что ограничивает их применение (Зиганшин А.М. Проблемы репродукции, 2009г.). Низкая достоверность результатов гистеросальпингографии (составляет 60-80%) и лучевая нагрузка, вызывающая недостаточность функции яичника ограничивает широкое ее проведение. Проведение оперативных вмешательств на придатках часто осложнено трудностями для хирурга в определении проходимости/непроходимости маточных труб. Существующие методы диагностики: гистеросальногографические (гистеросальпингография, гидротубация, пертурбация) и интраоперационные (зондирование маточной трубы, анте и ретроградное введение контраста в полость матки) имеют недостатки (травма шейки матки, вытекание красителя, выраженный болевой синдром, невозможность визуально определить уровень окклюзии маточной трубы), что ограничивает их применение. Именно эти недостатки побудили к разработке нового метода, который исключал бы недостатки и сочетал достоинства указанных методик.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения бесплодия по разработанной методике.

Материалы и методы исследования. Нами проведено оперативное лечение по восстановлению проходимости маточных труб 64 пациенткам с бесплодием различной степени спаечного процесса по Хилку (1998г.). Возраст пациенток составил от 20 до 34 лет, в среднем 28±0,21 лет. Продолжительность заболевания до операции составила 4,2±0,3 года. По структуре показанием для проведения хирургического лечения послужили следующие заболевания:

- бесплодие у 40 (62,5%),
- перенесенные хронические воспалительные тубоовариальные образования придатков матки у 24 (37,5%) больных.

Диагностика проходимости/непроходимости маточной трубы проводилась методом трансцервикального внутриматочного введения красителя с интраоперационной диагностикой проходимости маточных труб (патент изобретения РФ, авторское свидетельство N 2398536, 2009г.), с использованием гинекологических щипцов для закрытия цервикального канала шейки матки (патент полезной модели, авторское свидетельство N 89367, 2009г.).

Результаты исследования. В результате проведенного оперативного лечения у 44 (68,7%) пациенток было интраоперационно диагностирована окклюзия одной, в остальных случаях обоих маточных труб, в различных отделах. Для устранения спаечного процесса выполнены следующие операции:

- сальпингостомия - 22 (34,3%),
- лизис придатковых спаек - 18 (28,1%),
- лизис внепридатковых спаек - 13 (20,3%),
- фимбриопластика - 11 (17,1%),
- комбинация данных типов операций - 9 (14%).

Результатом оперативного лечения явилось наступление маточной беременности в течение полугода у 27 (20%), в течение года у 15 (23%), прервалась внематочной беременностью у 3 (4,6%) пациенток. Женщины, у которых в течение 12 месяцев не наступила беременность, были направлены на проведение экстракорпорального оплодотворения.

Таким образом, метод трансцервикального внутриматочного введения красителя для интраоперационной диагностики проходимости маточных труб позволяет при проведении оперативных вмешательств на придатках матки с высокой точностью диагностировать уровень окклюзии, что улучшает результаты оперативного лечения бесплодия, способствуя восстановлению проходимости маточных труб.

Зотов В.А., Кожевников А.М., Зинин В.Ю.
Кафедра хирургии ФПК и ППВ НГМУ
г.Новосибирск, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ АУТОТРОМБОЦИТАМИ

Для лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей нами использовалась Богатая тромбоцитами плазма (БоТП). Использование БоТП представляет сегодня одну из возможностей модулировать и улучшать заживление ран. Получение БоТП включает отделение и концентрацию тромбоцитов, которые являются носителями специфических протеинов, участвующих в регенерации поврежденных тканей. Эти протеины называют факторами роста.

Задачи исследования.

1) обосновать методику сочетанного воздействия факторов роста БоТП в лечении больных с трофическими язвами и длительно незаживающими ранами;

2) изучить особенности течения воспалительного процесса при использовании предлагаемого способа лечения;

3) подготовить пациента в быстрые сроки к оперативному лечению.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 10 человек (2 женщины и 8 мужчин), находившихся на амбулаторном лечении в отделении гнойной хирургии МУЗГКБ N 2 г.Новосибирска, поступивших с клинической картиной ХВН, обусловленной высоким или низким вено-венозным рефлюксом, с открытыми трофическими язвами голени, что соответствует 6 стадии клинической классификации ХВН по системе CEAP. Среди них 6 пациентов страдали варикозной болезнью, 4 - постфлебитическим синдромом в стадии реканализации. Возраст больных от 34 до 76 лет. Длительность «язвенного» анамнеза - от 1 месяца до 3 и более лет. Трофические язвы локализовались преимущественно на внутренней поверхности голени; площадь дефекта от 1 до 2 см^2 выявлена у трех больных; от 3 до 4 см^2 - у четырех больных; 5 см^2 и более выявлена у трех больных.

При лечении трофических язв с выраженной экссудацией перевязки производились ежедневно 3-4 раза в сутки после промывания раны раствором антисептика. При умеренной экссудации перевязки производились ежедневно 2 раза в сутки.

После туалета язвы растворами антисептиков, по показаниям выполняли некрэктомию, использовался перевязочный материал «Воскопран» без лекарственного наполнителя, местное нанесение БоТП, фиксация повязки бинтом.

Частота перевязок связана с тем, что в течение первых 10 мин. тромбоциты секретируют около 70% факторов роста из тех, которые в них находятся. Полное высвобождение факторов

роста происходит в течение часа. После этого тромбоциты продолжают синтезировать дополнительное количество факторов роста в течение приблизительно 8 дней, после чего тромбоциты погибают. Поэтому, чем чаще перевязки, тем больше факторов роста попадают в область язвенного дефекта.

У всех пациентов удалось быстро закрыть язвенный дефект (от 2 нед. до 1 мес.).

Важным показателем эффективности лечения является наличие и выраженность болевого синдрома. К моменту начала исследования боль в области трофической язвы присутствовала у 10 (100%) пациентов. В результате применения БоТП с первого дня лечения болевой синдром полностью купировался у 100% больных и более не проявлялся.

Применение БоТП в комплексном лечении трофических язв голени венозной этиологии обеспечивает широкий спектр местных и системных лечебных эффектов, улучшает результаты аутодермопластики и позволяет в более ранние сроки произвести хирургическое устранение вено-венозных рефлюксов, сократить сроки лечения.

Получение и техническое использование БоТП не сложно, что дает этому методу возможность повсеместного использования.

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Усманов С.Б., Бойматов И.И.
Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

АНГИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

По данным ряда авторов ежегодно от акушерских кровотечений в мире погибает до 125 тысяч женщин (Hayman R.G., Arulkumaran S., Steer P.J.). Данные осложнения могут развиться как во время беременности, во время родов, так и в раннем послеродовом периоде.

За истекшие 12 лет по линии санитарной авиации сосудистой бригадой оказана помощь 225 женщинам с акушерскими кровотечениями, находящимся на лечении в родильных домах Ферганской области.

Методы остановки акушерских кровотечений можно подразделить на медикаментозные, механические и оперативные. Одним из оперативных методов остановки кровотечения является операция на сосудах малого таза. Перевязка восходящих ветвей маточных сосудов и яичниковых артерий - эффективный метод остановки маточных кровотечений, позволяющий избежать экстирпации матки.

Следует отметить, что основным и заключительным хирургическим методом остановки кровотечения явилась двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий. Данную операцию выполняли при неэффективности консервативных методов лечения, развития ДВС синдрома, а также других хирургических вмешательств в виде наложения компрессионных швов и неадекватного гемостаза в процессе операции.

Из 225 пациенток, которым с целью остановки кровотечения были произведены перевязки сосудов малого таза, в 180 (80%) случаях удалось сохранить матку. При продолжающемся кровотечении выполняли операцию удаления матки.

Применение данной операции позволяло существенно снизить объем кровопотери, а также риск возможного возникновения послеоперационных кровотечений.

Умерло 15 пациенток, что составило 6,7%. Причиной смерти явились: тяжелый геморрагический шок, вследствие массивной невозмещенной кровопотери и развившегося ДВС-синдрома.

Таким образом, остается актуальной проблема лечения акушерских кровотечений в связи с высокой летальностью. Своевременная и качественная перевязка магистральных сосудов малого таза позволяет значительно уменьшить массивную кровопотерю и развитие ДВС-синдрома.

Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Д.Г.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

СОХРАНЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Облитерирующий тромбангиит сосудов конечностей является одним из основных заболеваний пациентов работоспособного возраста, приводящий к утрате конечности и инвалидизации. Несмотря на обширный спектр современных методов артериальных реконструкций, в большинстве случаев результатом лечения остается ампутация конечности. Одним из факторов, влияющих на эффективность двигательной реабилитации и протезирования конечности, является сохранение коленного сустава.

Цель исследования. Изучить шанс сохранения культи голени у больных с облитерирующим тромбангиитом.

Материалы и методы исследования. В отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 1998-2010 гг. первичные ампутации конечности на уровне голени проведены 22 больным с облитерирующим тромбангиитом. Период послеоперационного наблюдения составил 3 года. Последующие реампутации культи голени на уровне бедра считали отрицательным результатом сохранения коленного сустава, а летальные исходы выбывшими из исследования. Анализ проводился с использованием таблиц Каплан-Мейера. Периоды наблюдений разделены следующим образом: 1-3 мес., 3-12 мес., 12-24 мес., 24-36 мес.

В раннем периоде летальных исходов зафиксировано не было, реампутации культи голени выполнены в 4 случаях. В течение 12 месячного периода умер 1 пациент, реампутация проведена 1 больному. В 2-х летний период реампутация на уровне бедра выполнена у 1 больного и 1 - умер. В период 24-36 месяцев наблюдения отмечен 1 летальный исход, реампутации культи не было.

Проведенный анализ показал, что сохранение коленного сустава у больных с облитерирующим тромбангиитом в раннем послеоперационном периоде составляет 81,8%, в период до 1 года - 72,5%, в 2-х летний период - 68,1%, в течение 3-х лет - 63,5%.

Таким образом, через 3 года после первичной ампутации конечности на уровне голени более половины больных с облитерирующим тромбангиитом имеют шанс сохранения коленного сустава при критической ишемии нижней конечности.

Колобова О.И., Костина Ю.П.
Алтайский госмедуниверситет
Краевая клиническая больница
г.Барнаул, Россия

ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ СБРОСОВ НА БЕДРЕ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОГО АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ IN SITU АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Важной проблемой после дистальных артериальных реконструкций по методике аутовенозного шунтирования in situ артерий нижних конечностей является гемодинамическая значимость выявляемых артериовенозных фистул на бедре, их влияние на результаты проведенной операции.

Цель исследования. Оценить влияние артериовенозных сбросов на бедре после аутовенозного шунтирования in situ на дистальный кровоток в артериях нижних конечностей.

С целью изучения гемодинамики в аутовенозных шунтах in situ проведено ультразвуковое дуплексное исследование, ангиография шунтов и реципиентных артерий на оперированных нижних конечностях у 44 пациентов атеросклерозом (45 наблюдений) в ближайшем послеоперационном периоде (0-30 дней) и в отдаленные сроки через 6-12 месяцев. Для этого

на различных уровнях артериального кровотока - верхней, средней и нижней трети шунта и в артерии оттока регистрировали максимальную линейную скорость кровотока Vmax (см/с); объемную скорость кровотока V ml/min, диаметр шунта, индекс сопротивления RI, диаметр и локализацию артерио-венозных шунтов.

Выделено 2 группы больных. Первую группу составили 24 пациента, у которых после операции обнаружены крупные венозные притоки на бедре от 1-2 до 5-7. Во вторую группу вошли пациенты (21 наблюдение), у которых артериовенозные сбросы при исследовании не лоцированы.

Проведенное ультразвуковое исследование показало, что в функционирующих аутовенозных шунтах in situ без притоков максимальная линейная и объемная скорость кровотока в верхней трети бедра не отличалась от здоровых людей, составив соответственно 61,3±6,5 см/с и 112±15,5 мл/мин. В дистальном направлении объемный кровоток в шунте снижался до 20,6 мл/мин ($p<0,05$) в перфузируемой артерии.

При наличии в шунтах in situ крупных венозных притоков зарегистрировано ускорение линейного кровотока на бедре, более чем в 2 раза, по сравнению с шунтами без артериовенозных сбросов (142,4±9,8 см/с, $p<0,05$) со значимым снижением показателя на голени, составившем в реципиентной артерии 68,4±15,1 см/с ($p<0,05$). При этом объемный кровоток в верхней трети шунтов составил 787,6±70,9 мл/мин, превысив в 7 раз аналогичный параметр в шунтах без притоков, а в реципиентной артерии только 35,07±2,8 мл/мин, что значимо не отличалось от аналогичного показателя при отсутствии шунто-венозных фистул.

В отдаленном периоде через 6-12 месяцев обследовано 10 из 24 пациентов с выявленными значимыми аутовенозными притоками. У всех при повторном ультразвуковом исследовании отмечено уменьшение числа притоков. Количественные параметры кровотока в шунте также снижались: максимальная линейная скорость кровотока до референтных значений, объемная скорость в верхней трети шунта до 548,8±12,1 мл/мин ($p<0,05$), в нижней трети 151,1±26 см/с что оставалось в 5 раз выше, чем у пациентов без сбросов.

Полученные данные свидетельствуют, что после дистального аутовенозного шунтирования in situ артерий нижних конечностей примерно у 50% пациентов по данным ультразвукового ангиосканирования и рентгенангиографии сохраняются крупные венозные притоки на бедре с ранним артерио-венозным сбросом, которые не обедняют дистальное артериальное русло оперированной конечности, но могут нарушать регионарную венозную гемодинамику. Крупные артериовенозные сбросы, диаметром более 2,5-3 мм, самостоятельно не окклюзируются. Ультразвуковым критерием гемодинамически значимых артериовенозных сбросов является градиент снижения объемной скорости кровотока по шунту в 3-4 раза. При появлении признаков хронической венозной недостаточности на оперированной конечности крупные притоки следует разобщать.

Кондратьева О.В., Затеева Т.Н., Анешина И.И., Мельникова Г.И. Ковешникова Н.И., Мартынова И.Я.

«ГБУЗ» Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Одной из проблем бесплодия является иммунологическое бесплодие. Оно обусловлено образованием антиспермальной оболочки на поверхности сперматозоида.

Антиспермальные антитела (АСАТ) - иммуноглобулины изотипов IgG, IgA и/или IgM. У мужчин они образуются в яичках, их придатках, в семявыносящих протоках и направлены против антиген мембраны разных частей сперматозоида - головки, хвоста, средней части или их комбинации.

По требованиям Всемирной Организации Здровоохранения MAR-тест проводится одновременно с анализом эякулята.

MAR-тест определяет процент сперматозоидов, связанных с антителами классов IgG и

IgA. Тест выполняется путем смешивания свежей необработанной спермы с частичками латекса, покрытых человеческими антителами.

Сам тест выполняется на предметном стекле, на которое наносят одну каплю, жидкости содержащую сперматозоиды, одну каплю латексных частичек, покрытых IgG затем одну каплю антисыворотки к человеческому IgG, перемешивают, смесь накрывают покровным стеклом и просматривают под микроскопом с увеличением 400х или 600х. Если сперматозоиды не покрыты антителами, то они свободно плавают между частицами латекса. Если же сперматозоиды покрыты антителами, то они, перемещаясь, притягивают к себе частицы латекса и склеиваются с ними. Высчитывают процент сперматозоидов, склеенных с латексными частицами. При наличии более 50% сперматозоидов, покрытых латексными частицам, иммунный фактор бесплодия имеет большую вероятность.

Взаимодействие антиспермальных антител с антигенами сперматозоидов является типичной и специфической реакцией характеризующей иммунное бесплодие.

Чаще всего определяют антиспермальные антитела класса IgG т. к. установлено, что IgA практически всегда появляются вместе с IgG. Однако при сомнительных результатах теста с антиспермальными антителами класса IgG рекомендуется определение антиспермальных антител класса IgA.

Антиспермальные антитела класса IgA определяют эффект агглютинации сперматозоидов, что более важно при мужском бесплодии. Большая часть этих антиспермальных антител образуется в придаточных половых железах и они преимущественно присутствуют на сперматозоидах и в семенной плазме и чаще отсутствуют в сыворотке крови.

Наличие агглютинации в 50% и более в сперме и в 10% и более в цервикальной слизи - свидетельствует о положительном результате теста.

Второй распространенный тест на иммунологическое бесплодие это-тест латекс-агглютинации. Преимуществом теста является то, что он является прямым методом определения антиспермальных антител в различных биологических жидкостях (сперме, шейке матки, плазме крови). Тест обладает очень большой чувствительностью. Этот тест применим для выявления антиспермальных антител в цервикальной слизи. Образцы для этого теста можно замораживать. Семенную жидкость или цервикальную слизь разводят буфером, центрифугируют, из надосадочной жидкости готовят разведения 1:100, 1:200 и т.д. На специальный планшет добавляют соответственные разведения образца и латексные частицы, затем оценивают появление агглютинации. Если она появляется в разведении 1:100, тест считается положительным.

Иммунологическое бесплодие поддается лечению путем коррекции иммунологического статуса мужчины, производится с целью снижения числа антиспермальных антител; применения андрогенов для лечения мужского бесплодия. Дело в том, что при выявлении в организме мужчины АСАТ часто поражается и та часть ткани яичек, которая вырабатывает тестостерон, от которого напрямую зависит активность формирования сперматозиодов.

Из всего выше изложенного следует, что иммунологическое исследование должно быть обязательным в комплексной диагностике мужского бесплодия.

Короткевич А.Г., Серебренникова Е.В.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»
МБЛПУ ГКБ N 29
г.Новокузнецк, Россия

НЕОТЛОЖНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Актуальность. Источники кровотечения, расположенные дистальнее дуоденоеюнального изгиба, представляют сложную проблему хирургической гастроэнтерологии и объединяются термином «низкие кровотечения». По разным данным кровотечение данной локализации останавливается самостоятельно в 36-85% случаев. Однако, вопрос применения неотложной колоноскопии при отсутствии рвоты кровью, но наличии крови или «малинового желе» в ампуле и проявлений кровопотери, остается спорным как с позиций сроков выполнения, так и собственно необходимости колоноскопии.

Цель исследования. Оценить возможности экстренной фиброколоноскопии (ФКС)

без предварительной подготовки кишки в диагностике низких кишечных кровотечений.

Материалы и методы исследования. В 2010-2012 годы в клинике обследованы 59 человек с признаками низкого кишечного кровотечения, 18 мужчин (30,5%) и 41 женщин (69,5%). Возраст пациентов - от 18 до 80 лет. Тошнота, рвота кровью у всех пациентов отсутствовали. ФКС выполняли при поступлении больных без премедикации и без предварительной подготовки кишки при стабильных витальных функциях. При ФКС использовали при необходимости отмывание стенок интенсивной подачей воды, определяли проксимальную границу крови и дистальнее ее проводили поиск источника кровотечения. При отсутствии источника в толстой кишке выполняли ФГДС, мезентериальную ангиографию. Кровотечения после полипэктомии исключены из исследования.

Результаты и обсуждение. Среди больных с кишечными кровотечениями преобладали лица старше 60 лет - 28 из 59 (48%). Тотальная ФКС выполнена 18 пациентам (31%), осмотр до селезеночного угла - 7 больным (12%), прямая кишка и сигма осмотрены в 20 случаях (34%). В возрасте до 40 лет осмотр ограничился прямой и сигмовидной кишками у 3 из 4 женщин (75%), но у 3 из 4 мужчин выполнена суб- и тотальная ФКС (75%). В возрасте 41-60 лет у всех 5 мужчин выполнена тотальная ФКС (100%), у 7 из 9 женщин также удалось осмотреть большую часть т олстой кишки (78%). У пациентов старше 60 лет различия в полноте осмотра отсутствовали - у мужчин суб- и тотальная ФКС выполнена у 5 из 9 (56%), у женщин в 12 из 28 случаев (42%). Среди находок преобладали раки и дивертикулы - 18% и 28%, отсутствие патологических изменений - 14%. Однако, выявленные изменения не всегда являлись источником кровотечений, среди которых рак имел место в 14%, дивертикулы в 20%, НЯК в 8% наблюдений, явного источника не выявлено в 28% случаев, а у 5 больных (8%) выявлены признаки «высокого» кровотечения и источники кровотечения в верхних отделах ЖКТ, в том числе ВРВ пищевода у 1 больного, язва желудка у 2, язва луковицы у 2. Структура источников кровотечений зависела от возраста пациентов. Так, из 8 пациентов до 40 лет только в 1 случае (13%) выявлен кровоточащий рак. В возрасте 41-60 лет у 5 из 13 пациентов (39%) источником кровотечения были дивертикулы и анальные трещины. У 7 из 39 пациентов старше 60 лет (18%) причиной кровотечений был рак, а в 9 случаях (23%) - дивертикулы.

Выводы.

1. У больных с клиникой низкого кишечного кровотечения его источник располагается в толстой кишке в 81% случаев.
2. Фиброколоноскопия является достоверным и безопасным методом диагностики низких кишечных кровотечений.
3. Выполнение колоноскопии без подготовки кишки не снижает ее информативность.
4. Имеются различия в возрастной структуре источников кишечных кровотечений.

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Крылов Ю.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В БАССЕЙНЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

В последние годы много внимания уделяется профилактике развития тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии(ТЭЛА),разработаны алгоритмы ведения больных, оценка риска ТГВ и ТЭЛА при хирургических вмешательствах. В то же время отмечается увеличение количества операций с высоким риском развития ТГВ. Как следствие частота эмболических осложнений остается на высоком уровне, особенно у пациентов, находящихся на постельном режиме. Как следствие профилактика ТГВ, ТЭЛА, минимизация последствий перенесенного тромбоза - посттромботической болезни (ПТБ) одни из важных проблем хирургии.

Материалы и методы исследования. В центре охраны здоровья шахтеров за период 2000-2012 годы оперировано по поводу эмболоопасных тромбозов в системе нижней полой вены 127 пациентов. Мужчин 73 (57,5%), женщин 54 (42,5%). Возраст больных от 22 до 84

лет, средний возраст 54 года. Левосторонняя локализация отмечена у 54 (42,5%) пациентов правосторонняя - 61 (48%) и у 12 (9,5%) пациентов отмечен двухсторонний тромбоз. Флотирующая верхушка тромба наиболее часто выявлялась в общей бедренной вене - 48 (37,8), а так же бедренной у 38 (29,9%) пациентов. В подколенной вене локализация верхушки встретилась у 20 (15,7%) пациентов, в наружной подвздошной вене у 12 (9,4%). Тромбофлебит подкожных вен, с флотирующей верхушкой в глубокие вены - 9 (7%). Тромбоэмболия легочной артерии, отмечена у 24 (18,9%) пациентов, из них 17 (13,4%) госпитализированы с диагнозом ТЭЛА в кардиологическое отделение. Диагноз был выставлен на основании клинической картины, данных УЗДС, по результатам ЭХОКГ, ЭКГ, Рентгенографии ОГК, МСКТ ОГК.

Наиболее частыми факторами риска возникновения венозного тромбоза, несмотря на профилактику тромбообразования, была травма конечности, остеосинтез и протезирование суставов - 56 (44%). Из них политравма 28 (22%). Спинальная травма, черепно-мозговая травма и нарушение мозгового кровообращения - 10 (7,8%), операции на органах малого таза и брюшной полости - 10 (7,8%) онкология - 10 (7,8%) осложнения варикозной болезни 18 (14,2%). Предшествующая хроническая венозная недостаточность отмечена у 87 (68,5%) пациентов. Транспортированы из других ЛПУ с диагнозом политравма - 9 (7%). Все пациенты оперированы в течение 24 часов с момента выявления тромбоза.

Показания для оперативного лечения пациентов служило:

1. Наличие флотирующего тромба, вне зависимости от протяженности флотации, рост тромба проксимально на фоне антикоагулянтной терапии в бассейне нижней полой вены.

2. ТЭЛА, при наличии тромбоза в системе нижней полой вены, вероятность рецидива ТЭЛА, дыхательная недостаточность.

Выполнялись следующие операции:

1. При флотирующих тромбах в общей бедренной вене (ОБВ), Нар ПВ при исходящем из поверхностной бедренной вены 60 (47,2%) - венотомия, тромбэктомия из ОБВ, Нар ПВ, перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) ниже устья глубокой вены бедра (ГБВ).

Рассасывающейся лигатурой, при явлениях воспалительного процесса ПБВ - пересечение с лигированием.

2. При флотирующих тромбах подколенной и бедренной вены - 58 (45,7%) лигирование поверхностной бедренной вены рассасывающейся лигатурой ниже устья глубокой бедренной вены.

3. При сафенофеморальных/сафенопоплитеальных тромбозах - (97,1%).

Тромбэктомия из общей бедренной/подколенной вены, перевязка или флебэктомия БПВ/МПВ.

В послеоперационном периоде все пациеты получали антикоагуляционную терапию: гепаринотерапию (НМГ) с последующим переходом на непрямые антикоагулянты под контролем МНО, коагулограммы, компрессионный трикотаж 2-3 класс, эластическое бинтование, флеботонизирующие препараты, дезагреганты. Продолжительность стационарного лечения составила от 5 дней до 5 месяцев (по основной патологии). Перед выпиской выполнялось контрольное дуплексное сканирование. На амбулаторном этапе лечения рекомендован прием непрямых антикоагулянтов под контролем МНО от 3 до 6 месяцев, флеботонизирующие препараты, компрессионный трикотаж 2 класса компрессии, курс сосудистой, дезагрегантной терапии 1 раз в 6 месяцев, динамика УЗДС через 3-6-12 месяцев.

Результаты исследования. Анализ лечения проводили на основании клинической картины по классификации CEAP. В динамике отслежены 80 (63%) пациентов за период от 3 месяцев до 7 лет. У пациентов отмечена реканализация сосудов нижних конечностей с восстановлением клапанов глубоких вен у 12 (9,4%) пациентов, у 30 (23,6%) облитерация бедренной вены, коллатерализация кровотока. У данной группы пациентов отмечено купирование ХВН, отеков, болевого синдрома за период от 6 месяцев до 2 лет У 38 (29,9%) отмечена реканализацияс клапанной недостаточностью, клинически соотвествовало категории С2-3 по классификации CEAP. У пациентов, которым выполнена кроссэктомия, флебэктомия подкожных вен проявлений ХВН, осложнений не было. У 112 (88%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. У 13 (10,2%) - осложнения со стороны послеоперационной раны: формирование инфильтрата, гематомы, лимфореии,что не потребовало повторных оперативных вмешательств, проводилось консервативное лечение. Летальные исходы - 2 (1,6%) вызваны массивностью

тромбоэмболии. Нагноения послеоперационных ран в послеоперационном периоде не было. В раннем послеоперационном периоде отмечен ретромбоз проксимальнее лигатуры без признаков флотации у 5 (3,9%) пациентов, у одного пациента отмечена ТЭЛА.

Таким образом, перевязка, пересечение бедренной вены дистальные впадения ГБВ, при тромбозе подколенной, бедренной вен, в случае эмбологенного тромбоза в общей бедренной вене с выполнением венотомии, тромбэктомии является надежной профилактикой ТЭЛА и ее рецидива, а так же предотвращает проксимальное распространение тромбоза.

Активная оперативная тактика позволяет выполнить раннюю активизацию пациента и как следствие сократить реабилитационный период.

Лигирование бедренной вены рассасывающимся шовным материалом не приводит к выраженным проявлениям венозной недостаточности, а в отдаленном периоде ведет к снижению степени ХВН.

Кулавский В.А., Зиганшин А.М., Зиганшина Э.А.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
г.Уфа, Россия

«КАЛЕНДАРНЫЙ КАЛЬКУЛЯТОР» ПРИ РАСЧЕТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Рабочее время врача акушер-гинеколога на амбулаторно-поликлиническом приеме беременных и гинекологических больных непрерывно связано с расчетами по определению срока продолжительности и дат листов нетрудоспособности, на что тратится значительное количество рабочего времени. Ошибки, допускаемые при повседневном оформлении листов нетрудоспособности, расчете до и послеродовых отпусков, часто ведут к неоправданному перерасходу государственных средств. Существующие на сегодня акушерские календари беременности позволяют снизить количество ошибок, но конструкции имеющие различные подвижные детали-движки, вращающие круги и трудности совмещения мелкой шкалы (особенно у врачей с проблемами органов зрения) не позволяют точно определить календарные даты, что приводит к ошибкам и дополнительным затратам времени на расчеты и перерасчеты при контроле правильности выписки. Учитывая недостатки существующих календарей, нами создана компьютерная программа «календарь-калькулятор» (N 2012660379 от 16.11.2012 г.) позволяющая осуществить все календарные расчеты, используемые в практике акушера-гинеколога.

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения в практику акушера-гинеколога компьютерной программы «Календарь-калькулятор» для недопущения ошибок при расчете и оформлении листов нетрудоспособности.

Ретроспективно нами изучены результаты выписанных листков нетрудоспособности за первое полугодие 2012 года, всего было выписано 10622 листа нетрудоспособности, в первом квартале (контрольная группа) 5114 (48,1%), во втором (основная) 5508 (51,8%). Контрольную группу составили данные до использования компьютерной программы, основную после установки программ «календарь-калькулятор» в кабинеты врачей акушер-гинеколога, ведущих амбулаторный прием. Всего в основной группе было испорчено 296 (5,37%), в контрольной группе 451 (8,81%) листов нетрудоспособности. Среди факторов послуживших порче листов нетрудоспособности явились: собственные ошибки (ЛПУ, врачей) в основной 296 (56,4%) и 306 (67,8%) контрольной группе; указание ИНН вместо Ф.И.О. 0 (0%), 1 (0,22%); ошибки медрегистраторов 53 (17,9%), 35 (7,76%); ошибки работодателя 3 (1,01%), 7 (1,55%); возвраты работодателей в связи с некорректным заполнением, но при этом порядок выдачи ЛВН не нарушен (буквы и знаки задевают границы клеток) 8 (1,77%), 7 (2,36%); возвраты листов работодателями по причине некорректного заполнения строки «место работы», при условии, что порядок выдачи ЛВН не нарушен и др. 66 (22,2%), 94 (20,8%).

Внедрение компьютерной программы «календарь-калькулятор» позволило, снизить на 11,4% количество ошибок допущенных в лечебно-профилактическом учреждении врачами, при расчете продолжительности листа нетрудоспособности.

Таким образом, разработанная компьютерная программа «календарь-калькулятор»

способствовала точному определению продолжительности дней нетрудоспособности, упростило процедуру расчета и сэкономило время, затрачиваемое врачами на расчеты, уменьшило количество допускаемых ошибок при расчете дней нетрудоспособности.

Все это привело к сбережению бланков (листов нетрудоспособности), снизив затраты государства на выпуск листов. Косвенно внедрение программы будет способствовать устранению конфликта интересов, возникающих между ЛПУ и работодателями. Данная компьютерная программа может быть рекомендована врачам всех специальностей в учреждениях практического здравоохранения.

Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Репникова Р.В., Замятин В.А., Фаев А.А., Сафронова Г.А., Архипова С.В.
МБЛПУ ГКБ N29
НГИУВ, Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и оперативной хирургии
г.Новокузнецк
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

КОМПЛЕКСНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЛАСТИ ФАТЕРОВА СОСОЧКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Количество выполняемых холецистэктомий ежегодно возрастает. Частота возникновения осложнений после холецистэктомии варьирует от 5% до 30%.

Цель исследования. Определить эффективность комплексной диагностики изменений области Фатерова сосочка после холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. С ноября 2012 по март 2013 года дуоденоскопии при ЛХЭ подверглись 93 пациента. У 63 патологических изменений не было выявлено. Через 1 месяц после холецистэктомии обследованы 36 пациентов, женщин 28 (77,7%), мужчин 8 (22,3%). Возраст пациентов от 22 до 72 лет. На момент осмотра собирали анамнез и исследовали биохимические показатели крови. Трансабдоминальное УЗ исследование холедоха и панкреатического протока выполняли аппаратом Aloka. Дуоденоскопию с осмотром зоны Фатерова сосочка (БДС) выполняли эндоскопами фирм Olympus и Fujinon. Выполняли микроскопию желчи после ее аспирации из просвета кишки в количестве 3,0 мл через катетер, проведенный по каналу эндоскопа, после чего помещали в стерильную пробирку. После макроскопической оценки, проводили микроскопию нативного препарата. Исследовали наличие микролитов, форменных элементов, эпителия, билирубината кальция.

Результаты исследования. Все исследуемые пациенты не предъявляли каких либо жалоб на момент осмотра и оценивали свое состояние как удовлетворительное. При анализе биохимических показателей - отклонений от нормы не выявлено. По результатам УЗ исследования патологических изменений протоковых систем не определено. В результате выполнения эндоскопических исследований нами выявлены изменения у 23 (63,8%) пациентов, из них дуодениты у 12 (33,3%), нарушение ритма желчеотделения у 3 (8,3%) и папиллиты у 8 (22,2%) пациентов. По данным анализа микроскопических изменений в исследуемой желчи определено: наличие микрохолелитиаза в 30 (83,3%) случаях, наличие нерастворимых преципитатов - билирубината кальция у 21 (58,3%).

Выводы.

1. Комплексная диагностика является эффективным методом выявления изменений области Фатерова сосочка после холецистэктомии.

2. Количество эндоскопически диагностируемых изменений области Фатерова сосочка через месяц после холецистэктомии составляет 30,6%.

3. Частота выявления микрохолелитиаза через месяц после холецистэктомии составляет 83,3%.

Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Репникова Р.В., Замятин В.А., Фаев А.А., Сафронова Г.А., Архипова С.В.
МБЛПУ ГКБ N29
НГИУВ, Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и оперативной хирургии
г.Новокузнецк
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДУОДЕНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЗОНЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) входит в перечень «рутинных операций», выполняемых в хирургических отделениях, а их количество прогрессивно возрастает. Послеоперационные осложнения возникают с частотой до 30% случаев. Необходимость выполнения предоперационной дуоденоскопии с осмотром зоны Фатерова сосочка (БДС), с целью предупреждения ранних послеоперационных осложнений обсуждается в литературе.

Цель исследования. Определить эффективность предоперационной дуоденоскопии с осмотром зоны Фатерова сосочка в профилактике осложнений лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. В предоперационном периоде ЛХЭ обследованы 93 пациента в возрасте от 19 до 73 лет. Женщин 77 (82,7%), мужчин 16 (17,3%). Видеодуоденоскопию проводили эндоскопом Fujinon 4400 под местной анестезией 10% лидокаин-спреем. Осмотр зоны Фатерова сосочка выполняли на «короткой петле» эндоскопа. Оценивали состояние слизистой оболочки ДПК, размеры, форму и устье БДС, наличие желчеоттока и признаков желчной гипертензии. В группу сравнения включены 14 аналогичных больных с острым холециститом, которые оперированы без дооперационной дуоденоскопии.

Результаты исследования. При выполнении дуоденоскопии выявлены изменения у 30 (32,2%) пациентов, из них признаки желчной гипертензии у 9 (9,6%), признаки стеноза БДС у 7 (7,5%), нарушение желчеоттока в 6 (6,4%) случаев, признаки папиллита у 8 (8,6%). У всех пациентов с эндоскопически диагностируемыми изменениями выполнена ретроградная панкреато-холангиография. После диагностического контрастирования желчной и панкреатической протоковых систем выполнена лечебная папиллосфинктеротомия с целью коррекции патологических изменений у 22 (23,6%) пациентов. Осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде наружное желчеистечение и признаки дисфункции сфинктера Одди по билиарному типу имели место у 1 пациента (1,1%). Осложнение купировано при помощи эндоскопической папиллосфинктеротомии. В группе сравнения наружное желчеистечение отмечено у 1 пациента (7,1%), признаки острого панкреатита в 2-х случаях (14,2%) (p=0,0291).

Выводы.

1. Видеодуоденоскопия с осмотром зоны БДС в предоперационном периоде является эффективным и безопасным методом диагностики.
2. Выполнение дуоденоскопии перед холецистэктомией позволяет диагностировать патологические изменения в 32,2% случаев.
3. Дооперационная дуоденоскопия при калькулезном холецистите позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений в 7 раз.

Лиханова М.А., Мингалев Н.В., Негода Е.Н.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ТРАХЕОСТОМИИ

Актуальность исследования. Выбор метода трахеостомии не вызывает сомнения, в связи с тяжестью состояния пациентов и условий, при которых выполняется данный вид операций.

Tracheostomia (лат.) - хирургическая операция образования временного или стойкого соустья полости трахеи с окружающей средой (стома - свищ), осуществляется путем введения в трахею канюли или подшиванием стенки трахеи к коже.

Цель исследования. Выбор наиболее рационального метода трахеостомии в деятельности практического врача.

Материалы и методы исследования. Сравнительный анализ историй болезни пациентов, которым проводилась трахеостомия различными способами за 2010-2012 гг. врачами оториноларингологического отделения МЛПУ «ГКБ 1» г.Новокузнецка.

Полученные результаты. За два года врачами оториноларингологического отделения МЛПУ «ГКБ N 1» г.Новокузнецка было проведено 388 трахеостомий, пациентам поступившим в оториноларингологическое отделение по экстренной и плановой помощи, а также больным находившимся в отделениях реанимации и интенсивной терапии с различной патологией, которым требовалась длительная интубация. В 311 (80,1%) случаях была выполнена хирургическая трахеостомия, в 77 случаях - чрезкожная пункционная делятационная трахеостомия (ЧПДТ) (19,8%) - все пациенты на продленной интубации.

По нозологии: хирургическая трахеотомия была выполнена пациентам с опухолями гортани, щитовидной железы, нейрогенный двухсторонний парез гортани, на продленной интубации со скелетной и сочетанной травмой, с тяжелой хирургической и терапевтической патологией (учитывались анатомические особенности шеи), флегмона шеи, ожоги.

Стоимость методик по нашим данным: хирургическая трахеостомия - 1200 рублей; ЧПДТ - 5500 рублей.

Полученные осложнения: всего осложнений за 3 года (2010-2012 гг.) хирургическая трахеостомия - 12,2%; чрезкожная пункционная делятационная трахеостомия - 6,4%. При хирургической трахеостомии: послеоперационное кровотечение - 24, подкожная эмфизема - 8, пневмоторакс - 6; при чрезкожной пункционной делятационной трахеостомии: послеоперационное кровотечение - 4, подкожная эмфизема - 0, пневмоторакс - 1.

Выводы.

1) Проведение ЧПДТ при правильном предоперационном отборе претендентов является достаточно удобной и безопасной методикой профилактики операционных и ранних послеоперационных осложнений. Основным препятствием для широкого распространения ЧПДТ являются экономические и организационные особенности отечественного здравоохранения. ЧПДТ должна выполняться опытными хирургами, владеющими всеми методами трахеостомий, чтобы в случае осложнения при дилятационной была возможность перейти на хирургическую трахеостомию.

2) Предпочтение хирургической трахеостомии необходимо отдавать лицам с патологией органов шеи, опухолями гортани и трахеи, сложными дыхательными путями. При необходимости возможно привлечение дополнительных диагностических приемов (УЗИ шеи, фиброларинготрахеобронхоскопия, томография гортани и трахеи), а в случае сомнения в успехе показана хирургическая трахеостомия.

Любарский М.С., Солуянов М.Ю., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии»
Сибирского отделения РАМН
г.Новосибирск, Россия

MESH-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Пролапс гениталий и его лечение являются актуальными проблемами современной урогинекологии. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов (AUA), в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвертой женщины старше 60 лет встречаются различные формы пролапса тазовых половых органов. В России наиболее часто среди стандартных наборов для лечения генитального пролапса с примененнием синтетичексих протезов используется набор

Prolift. Несмотря на многообещающие результаты использования синтетических материалов в реконструктивной гинекологии, все чаще в практике хирургов-гинекологов появляется проблема лечения осложнений, связанных с установкой имплантов, так называемые mesh-ассоциированные осложнения (от анг. mesh - сетка). Данные осложнения приводят к значительному снижению качества жизни в связи с болью, дискомфортом, диспареунией, развитием эрозий.

С 2008 по 2011 год в клинике ФГБУ Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной лимфологии Сибирского отделения РАМН (ФГБУ «НИИКЭЛ» СО РАМН) было прооперировано 179 пациенток с пролапсом тазовых органов с использованием системы Prolift и Prolift+M™. Средний возраст пациенток составил 60,7 лет. Большинство пациенток находились в периоде постменопаузы более 5 лет. Все пациентки были подвержены оперативному лечению пролапса с использованием системы Prolift или Prolift+M™.

Среднее время операции составило 64,31 минута. Средняя кровопотеря составила около 200 мл. Наиболее предпочтительной была выбрана субдуральная анестезия. Эндотрахеальный наркоз использовался при проведении симультанных операций и категорического отказа пациентки от субдуральной анестезии. Среднее время пребывания пациента в стационаре составило 18 суток.

Общее количество осложнений составило 11,7%. Из них mesh-ассоциированных 4,6%. Эрозии - самые специфичные mesh-ассоциированные осложнения. В нашем исследовании мы зарегистрировали 10 случаев. 6 эрозий локализовалось на передней стенке влагалища, 4 - на задней. Симптомами наличия эрозий являлись гноевидные кровянистые выделения из половых путей, дискомфорт во время полового акта. Лечебная тактика заключалась в активном наблюдении, назначении локальных эстрогенов, обработка эрозии растворами антисептиков. При размерах эрозии более 1 см предпочтительным является ее иссечение с мобилизацией краев раны и наложением швов на полученную рану. Период наблюдения за пациентками составил до 30 недель, в одном случае произошел рецидив эрозии переднего отдела, в дальнейшем потребовавший удаление протеза.

Сморщивание протеза. Данное осложнение было зарегистрировано у одной пациентки оперированной в другом городе. Пациентка предъявляла жалобы на боли во время полового акта, ощущение инородного тела во влагалище. При осмотре передний и задний компоненты протеза представляли собой натянутые тяжи, имелся рецидив опущения передней стенки. Пациентке было выполнено удаление компонентов протеза с пластикой местными тканями. Пациентка находится под наблюдением и совершает периодические визиты в клинику для осмотра.

Боли. Тазовые боли присутствуют у большинства пациенток в первые несколько суток после операции и, как правило, эффективно купируются назначением НПВС в виде ректальных свечей коротким курсом. При длительно сохраняющихся болях в промежности, внутренней поверхности бедер и ягодицах, целесообразно длительное назначение НПВС. В наших наблюдениях у 3 пациенток боли сохранялись через 2 недели после операции, но на фоне применения НПВС, боли были купированы. Случаев удаления протеза в связи с тазовыми болями зарегистрировано не было.

20 октября 2008 года FDA опубликовала отчет под названием «Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh in Repair of Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence» (с англ. - «Серьезные осложнения, ассоциированные с вагинальными синтетическими имплантами для хирургического лечения пролапса тазовых органов). Согласно отчету, самыми частыми осложнениями являются эрозия и инфицирование импланта, боль, дизурия и рецидив пролапса и/или недержания мочи. Основываясь на собственных данных и данных FDA, следует отметить, что стремление хирургов признать экстраперитонеальную mesh-вагинопексию «золотым стандартом» в реконструктивной гинекологии послужило расширением показаний к использованию данных методик.

Таким образом, накопленный опыт заставляет нас критически оценить подход к повсеместному использованию mesh-материалов и более четко производить отбор пациентов. Несмотря на высокую эффективность, операция Prolift может сопровождаться тяжелыми осложнениями. Некоторые из них могут представлять серьезную опасность для жизни и здоровья больных. В вязи с чем, по нашему мнению, профилактикой осложнений трансвагинальной кольпопексии системой Prolift является строгий отбор пациенток для лечения, хорошее знание топографической анатомии малого таза и промежности, точное соблюдение технологии установки импланта, а так же обучение

врачей в сертифицированных тренинг центрах.

Макаров Д.Н., Золоев Г.К., Васильченко Е.М.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Актуальность. Несмотря на успехи ангиологии, и сосудистой хирургии, число ампутаций нижних конечностей при заболеваниях периферических артерий (ЗПА) остается высоким, составляет 20-25 случаев на каждые 100 тыс. населения в Европейской популяции (Золоев Г.К. 1999, Global Lower Extremity Amputation Group 2000, Ephraim P.L. 2003). Послеоперационная летальность при этом достигает 26% (Holdsworth R.J. 1997, Золоев Г.К. 1999, Кузьмин В.В., Бурлева Б.П. 2004).

Основной причиной смерти пациентов с ЗПА является сердечно-сосудистая патология (The i.c.a.i. Group 1997, Walsh N. E. 2003, Кузьмин В.В., Бурлева Б.П. 2004). Однако данные о факторах, способных влиять на летальность при ампутации конечности, достаточно противоречивы и остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Оценить влияние медико-демографические факторы на госпитальную летальность при ампутации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 656 историй болезни пациентов, которым в период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2011 года была выполнена ампутация голени или бедра в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

Из 656 пациентов женщин было 199, мужчин - 457. Средний возраст пациентов составил 63,8 (95% ДИ 63,0-64,6) лет. Средний возраст мужчин - 62,4 (95% ДИ 61,5-63,3) года; женщин 67,0 (95% ДИ 65,7-68,4) лет.

Ампутация на уровне бедра была выполнена у 156 (23,8%) больных, на уровне голени у 500 (76,2%) больных. Облитерирующий атеросклероз диагностирован в 358 случаях (54,6%); облитерирующий тромбангиит в 36 случаях (5,5%); осложнения сахарного диабета - в 262 случаях (39,9%). У 407 (62%) больных ампутация конечности была выполнена первично, у 249 (38%) в качестве вторичной в те или иные сроки после предшествующей артериальной реконструкции. Наличие культи с контралатеральной стороны на момент проведения ампутации нижней конечности имело место у 161 больного (24,5%), из них культю голени имели 81 человек (12,3%), культю бедра - 80 человек (12,2%). После операции в стационаре умерло 56 (8,5%) пациентов.

Идентификация независимых факторов, достоверно влияющих на уровень госпитальной летальности, проводилась с использованием метода бинарной логистической регрессии. Статические вычисления проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США лицензионное соглашение N SN AXAAR207P396130 FA-0).

Результаты исследования. В ходе процедуры с пошаговым включением переменной такие факторы как «женский пол», «отсутствие предшествующей реконструкции» и «наличие культи с контрлатеральной стороны» были исключены из уравнения в связи с отсутствием статистической значимости при оценке влияния комбинации факторов на уровень госпитальной летальности. Осталось три фактора, значимо влияющих на показатель госпитальной летальности: возраст, нозологическая причина ампутации, уровень усечения конечности.

Ведущим предиктором смерти после ампутации нижней конечности являлось усечение конечности на уровне бедра - риск неблагоприятного исхода увеличивался в 4,9 раза (с учетом других факторов математической модели). Другим важным фактором риска было наличие сахарного диабета - риск неблагоприятного исхода увеличивался в 3,3 раза. У пациентов старше

60 лет риск смерти в стационаре после ампутации нижней конечности возрастал в 2 раза.

Выводы.

Независимыми факторами риска госпитальной летальности у пациентов с ЗПА, перенесших ампутацию нижней конечности являются: усечение конечности на уровне бедра, возраст старше 60 лет и наличие сахарного диабета.

Малашенко А.А., Минин С.И.
ФБУ ИК-5 Областная больница ГУФСИН России по Кемеровской области
г.Кемерово, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Впервые ВИЧ-инфекция была описана в 1981 году. В настоящее время в мире, по разным оценкам, от 30 до 50 млн. человек заражены ВИЧ (Покровский В.В. и соавт., 1999 г.). С ростом числа больных с ВИЧ-инфекцией растет и число инфицированных больных, обращающихся за медицинской помощью в отделения экстренной и плановой хирургии и нуждающихся в проведении различных оперативных вмешательств. Оказание хирургической помощи при сопутствующей ВИЧ-инфекции становится очень актуальной, однако ведение этих больных в пред- и послеоперационном периодах недостаточно ясны.

В современной литературе утверждается, что сопутствующая ВИЧ-инфекция отягощает течение послеоперационного периода у больных с хирургической инфекцией, что проявляется достоверно более продолжительными сроками явлений интоксикации, гнойного отделяемого и очищения раны.

В 2012 г. за медицинской помощью в хирургическое отделение ФКУ ИК-5 с гнойными заболеваниями мягких тканей обратилось 128 пациентов. Из них 56 больных были ВИЧ-инфицированы, что составило около 43%. С ВИЧ-инфекцией в I-III стадии было 45 пациентов и 11 пациентов с ВИЧ-инфекцией IV стадии.

При лечении гнойных заболеваний как у больных с ВИЧ-инфекцией, так и у больных без ВИЧ-инфекции использовался единый алгоритм лечения, проводилось вскрытие абсцесса, назначались таблетированные антибиотики широкого спектра действия, проводились перевязки с антисептиками. Послеоперационный период у таких больных оценивался по срокам купирования гнойного процесса, времени нормализации температуры и периоду заживления раны.

В ходе анализа установлено, что течение послеоперационного периода у больных с ВИЧ-инфекцией I, II, III степени не отличалось от течения послеоперационного периода у больных без ВИЧ-инфекции. Отличия в течении послеоперационного периода отмечены у больных с ВИЧ-инфекцией IV стадии. Отличия заключаются в более медленном купировании гнойного процесса, длительных периодах лихорадки, вялом заживлении раны, все это диктует необходимость назначения иммуностимуляторов, более массивной антибактериальной и специфической терапии, а также частых перевязок.

У таких больных нормализация температуры отмечалась в среднем на 2-3-е суток позднее, чем у больных с нормальным иммунным статусом. Сроки купирования гнойного процесса увеличивались в среднем на 2-е суток, а сам послеоперационный период удлинялся на 3-4 суток.

Таким образом, у больных с ВИЧ-инфекцией I-III стадий нет принципиальных различий в лечении гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки от таких же больных без ВИЧ-инфекции, так как нарушение иммунитета не носит выраженного характера. Осложненное течение раневого процесса у ВИЧ-инфицированных больных с гнойной инфекцией кожи и подкожной клетчатки возникало при стадиях ВИЧ-инфекции IV, что обусловлено тяжелыми иммунологическими нарушениями, связанными с усугублением приобретенного иммунодефицита.

Масляков В.В., Авраменко А.В.
НОУ ВПО Саратовский филиал «Медицинского института «РЕАВИЗ»
г.Саратов Россия

НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ

Исследования с помощью аппарата трансрезонансного функционального топографа (ТРФ) диагностики проводились на трансрезонансных топографах. ТРФ топограф состоит из приемно-излучающего модуля (ПИМа), радиометрического приемника, блока управления и обработки информации, персонального компьютера и программного обеспечения. Перед началом исследования выполнялась калибровка прибора на круглом, металлическом эталоне специально подобранного диаметра. После калибровке прибора в компьютере запускалась программа для исследования и ее результаты представлялись в виде цветных картин функциональной топограммы тела пациента в двух видах - передней и задней, а также гистограммы уровней принятых радиосигналов с исследованных топографических областей на формализованных бланках. Приемно-излучающий модуль ставился перпендикулярно к поверхности тела и ориентировался таким образом, чтобы излучающая антенна располагалась строго в каудальном направлении. После чего ПИМ прижимался к телу испытуемого. Давление оказываемое на ПИМ должно было быть несильным для того, чтобы не нарушить микроциркуляцию в подлежащих тканях и не получить ложные данные. Измерения проводились в Вольтах (V). От начала работы прибора до окончания исследования больного проходило не менее 5 мин. При проведении исследования ПИМ последовательно ставили на четыре точки расположенные на передней брюшной стенки.

- 1 точка расположена в проекции селезенки на передней брюшной стенки - XI межреберье слева по среднеключичной линии (основная точка);
- 2 точка расположена на передней брюшной стенки в области левой подвздошной области по среднеключичной линии (основная точка);
- 3 точка правое подвздошная область по среднеключичной линии (контрольная точка);
- 4 точка XI межреберье справа по среднеключичной линии (контрольная точка).

С целью установления нормальных величин РО трансрезонансного функционального топографа в исследуемых точках нами проведено исследование относительно здоровых пациентов, составивших группу сравнения из 25 человек. Все добровольцы были мужского пола, средний возраст составил 28±5 лет. В результате проведенного исследования установлено, что в первой точке, которая соответствует проекции селезенки на переднюю брюшную стенку, среднее значение РО оказалось равным 7,14V. Стандартное отклонение (сигма, SD) составило 0,35V. Во второй точке, группа сравнения показала среднее значение РО 6,9 V. Приведенные данные полностью описывают данную выборку. Полученные результаты в 3 точке, которая находилась в правой подвздошной области, соответствовали данным, полученным во второй точке. В четвертой, которая соответствовала проекции печени и находилась в правом подреберье - первой точке. С целью улучшения диагностики и снижения диагностических ошибок метод ТФТ применен у 65 пациентов поступивших в экстренном порядке в хирургическое отделение с диагнозом закрытой травмы живота и подозрением на травму селезенку.

Критерием включения были: стабильная гемодинамика; отсутствие признаков внутрибрюшного кровотечения и перитонита. Установлено, что у пациентов с ушибом селезенки отмечается резкое увеличение всех показателей по сравнению с группой сравнения. Так, среднее значение РО составило 15,34 V, стандартное отклонение (сигма, SD) составило 0,35V. При этом у этих пациентов отмечалась скудная клиническая картина, не было признаков кровотечения. Следует отметить, что в момент поступления при проведении УЗИ признаков ушиба селезенки отмечено не было, эти изменения выявились через несколько часов в процессе динамического наблюдения. При этом исследуемые величины в остальных трех точках не изменялись и соответствовали данным, полученным в группе сравнения. В случаях двухфазных разрывах селезенки регистрировалось значительное увеличение исследуемых показателей в первой точке. В этих случаях среднее значение РО составило 35,38 V, стандартное отклонение (сигма, SD)

составило 0,55V. Во всех остальных точках показатели не изменялись и соответствовали данным группы сравнения. В тех случаях, когда произошел однофазный разрыв селезенки, и было внутрибрюшное кровотечение, но клиническая картина была скудная и повреждения селезенки вызывали сомнения, полученные величины РО в первой точке были идентичны тем показателям, которые были получены в группе пациентов с двухфазными разрывами. При этом отмечалось значительное увеличение всех показателей РО во второй точке по сравнению с показателями, полученными в группе сравнения. Необходимо отметить, что изменений втретей и четвертой точке нами отмечено не было, что можно объяснить отсутствуем крови в этих анатомических областях. При проведении анализа нами установлено, что данный диагностический метод позволил поставить диагноз у пациентов со стертой клинической картиной в 98%, что привело к снижению случаев диагностических ошибок. При этом метод обладает рядом преимуществ - он не требует специальной подготовки врача, им можно пользоваться на уровне приемного покоя.

Матузова Е.А., Матузов С.А., Герасимов А.А.
ГУЗ «Городская клиническая больница N 1»
г.Чита, Россия

«ИНДЕКС ВОСПАЛЕНИЯ» - КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Стандартные схемы методов лечения, применяемые в стационарах и поликлиниках, как правило, не учитывают индивидуальные особенности общей резистентности человека. Соответственно течение заболеваний может индивидуально затягиваться, осложнятся нагноением, переходить в хроническую форму или заканчиваться летально.

Рассматривая послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения с позиций патогенеза как следствие иммунодепрессии, нами был исследован в клиническом применении способ прогнозирования таких осложнений (Патент N 2193778 РФ, 27.11.2002 Бюл. N 33).

Сущность способа сводится к расчету так называемого «индекса воспаления».

В периферической крови определяют количество Т-»активных» лимфоцитов, инкубированных с рекомбинантным интерлейкином-1 и количество Т-»активных» лимфоцитов методом розеткообразования с эритроцитами барана, рассчитывают индекс отношения количества Т-»активных» лимфоцитов после инкубации с рекомбинантным интерлейкином-1 к количеству Т-»активных» лимфоцитов и при значении этого показателя более 1,5 прогнозируют благоприятное течение послеоперационного периода, а менее 1,5 возникновение гнойно-воспалительных осложнений.

Более чем десятилетнее использование способа в практике показало его универсальность, эффективность, доступность, малозатратность. Своевременная индивидуальная коррекция лечебных назначений позволила снизить гнойных осложнений существенно влиять на тактику и способы лечения, что в конечном итоге приводило к сокращению сроков лечения и, как следствие, с точки зрения экономической выгоды - рациональным.

Павленко В.В., Ооржак О.В., Котов М.С., Краснов О.А., Устьянцев Д.Д. Тулуш И.С.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России МБУЗ «Городская клиническая больница N 3» им. М.А. Подгорбунского
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Актуальность. В последние годы идет неуклонный рост числа пострадавших с травмами

различной локализации. Этому способствуют техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии, криминализация общества (Кондурцев В.А. с соавт.; 2006; Котельников Г.П. с соавт., 2006). Повреждения живота составляют от 1,5 до 18% от числа травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают прогрессивно возрастать (Черкасов М.Ф. с соавт., 2005; Тимербулатов В.М. с соавт., 2005).

Характерной чертой современных травм живота является превалирование множественных и сочетанных повреждений, что обусловливает высокую, не имеющую тенденцию к снижению, летальность (Соколов В.А., 1995; Агаджанян В.В., 2006).

Повреждения толстой кишки мирного времени занимают особое место, по причине частых осложнений в послеоперационном периоде и высокой летальности. В первую очередь такое положение связано с тяжестью травмы самой кишки, оценка которой по современным классификационным шкалам приближается к максимальным значениям, либо близким к ним (Наумов Е.В., 2005; Gonzalez R.P., 2000).

Повреждение толстой кишки справедливо считают одним из самых неблагоприятных прогностических факторов при тяжелой травме (Саркисян В.А., 2005; Demetriades D. et all., 2002).

Осложненное течение послеоперационного периода после ранений толстой кишки регистрируется в 40-65% случаев (Stewart R.M. et all., 1994; Maxwell R.A., 2003), а уровень летальности достигает 8-17% в мирное время (Алиев С.А., 2000; Bulger E.M. et al., 2003) и 18-53,3% в условиях боевых действий (Алисов П.Г., 1993; Брюсов П.Г., 2002).

Основной причиной смерти в послеоперационном периоде служат тяжелые внутрибрюшные осложнения, которые возникают в 50% наблюдений (Demetriades D. et all., 2002).

К сожалению, до сих пор отсутствует четкая определенность в решении вопросов хирургической тактики при ранениях и травмах толстой кишки, о чем свидетельствуют сообщения последних лет. Такое положение, в частности, объясняется отсутствием единой классификации травм толстой кишки, что приводит к некорректному сравнению результатов лечения не сопоставимых по характеру и тяжести повреждений (Шеянов С.Д., 2000).

Таким образом, необходима оптимизация хирургической тактики при изолированных и сочетанных повреждениях толстой кишки. Отсутствие единых подходов при лечении травм толстой кишки обусловливает необходимость создания единых алгоритмов, предназначенных для оказания помощи данной категории пострадавших.

Цель исследования. Оценка эффективности хирургического лечения повреждений толстой кишки с использованием ретроспективного анализа демографических данных, типа и характера травмы, гемодинамического состояния, хирургических воздействий, осложнений и летальности.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе лечения 1149 больных с травмами живота, находившихся на лечении в МБУЗ «ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского» в отделении хирургии N 1 в период с 2003-2012 гг. Наиболее частыми причинами травм явились колото-резанные ранения (61%), тупая травма живота (35%), огнестрельные ранения и другие причины, соответственно, в 3% и 1% случаев. Умерло от всех травм живота 6,8% больных. У 113 больных (77% мужчин и 23% женщин) выявлена травма толстой кишки, причинами которой явились тупая травма живота (n=41), колото-резанные ранения (n=65), огнестрельные ранения (n=4), ятрогении (n=3). Тупая травма живота наиболее часто сочеталась с травмами опорно-двигательной системы у 38% пострадавших и черепно-мозговой травмой в 29,2% случаев.

Всем пострадавшим были проведены неотложные мероприятия по жизненным показаниям в первые сутки от момента поступления в стационар. Диагноз травматического повреждения толстой кишки ставили на основании клинического и инструментального обследования. Схема лечения больных включала диагностические и хирургические мероприятия.

Результаты исследования. Травмы толстой кишки выявлены у 9,8% пострадавших с травмами живота. При этом в структуре травматических повреждений толстой кишки у 35% пострадавших выявлена тупая травма живота, которая наиболее часто сочеталась с травмами опорно-двигательной системы у 38% пострадавших и черепно-мозговой травмой в 29,2% случаев.

На основании нашего опыта предложены алгоритмы этапного ведения больных с тупой

травмой живота с учетом характера и размеров повреждений - при открытой травме живота, при травме правой половины толстой кишки, при травме левой половины толстой кишки. Первоначально проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований позволяло получить общее представление о наличии патологии брюшной полости. Хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии с целью уточнения и дополнения предварительного диагноза, удаление жидкой крови и сгустков из брюшной полости, установки дренажей в брюшную полость, а также проведение лапаротомии. Лапаротомии были выполнены у 99% пострадавших, которая сопровождалась ушиванием раны у 66,4% (n=75), ушиванием раны с выведением под кожу у 18,6% (n=21), проведением колостомии у 15% (n=16).

Сформулированы критерии, определяющие необходимость проведения лапароскопии, лапаротомии, видов хирургических операций,преимущество выполнения которых определялось объемом и тяжестью хирургической патологии. Так, у одной пациентки с травмой толстой кишки удалось успешно выполнить видеолапароскопическое ушивание раны ректосигмоидного перехода размерами до 1/3 диаметра.

Более тяжелое состояние отмечали у пострадавших с повреждением более 1/2 кишки. Они были выявлены у 15% пациентов. Все эти пострадавшие доставлены в клинику с признаками шока II-III степени.

Наибольшее число осложнений при травме толстой кишки было выявлено в виде количества случаев пневмоний (19,3%), нагноения ран (14,2%), перитонита (13,3%), тогда как количество зарегистрированных абсцессов и несостоятельность швов отмечали в 1,8 и 2,6% соответственно. Летальность при травме толстой кишки составила 10,6%.

Выводы.

Результаты проведенного исследования показали, что травмы живота сопровождаются повреждением толстой кишки в 9,8% случаев. При этом травмы толстой кишки в 65,8% сочетаются с повреждениями других анатомических областей (черепно-мозговая и скелетная травмы), что определяет степень тяжести состояния пострадавших и высокую вероятность неблагоприятного исхода.

Использование лечебно-диагностических алгоритмов при травмах толстой кишки с учетом характера и размеров повреждений, тяжести состояния пострадавших позволяют осуществить раннюю и объективную диагностику, своевременно провести комплекс хирургических мероприятий, и тем самым, улучшить результаты лечения, достигнуть снижения осложнений и летальности. Необходимо дальнейшее развитие и внедрение видеолапароскопических операций при травмах живота.

Первов Е.А., Заикин С.И., Фролов П.А.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНУЮ КАРТИНУ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Цель исследования. Оценить влияние эндоскопического мониторинга язвенных кровотечений на клинико-лабораторную картину рецидива кровотечения.

Материалы и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 105 пациентов (группа сравнения) с острым гастродуоденальным язвенным кровотечением (ОГДЯК) для определения временных интервалов в зависимости от первоначальной степени его активности - эндоскопический мониторинг (ЭМ). Основную группу составили 100 аналогичных пациентов, у которых применялся ЭМ для лечения ОГДЯК.

Результаты исследования. В группе сравнения получено 16 рецидивов кровотечения (РК), которые проявлялись типичной клинической картиной: коллапсом, гипотонией, тахикардией, рвотой кровью и сгустками, кровавым стулом или меленой. В основной группе выявлены 36 случаев рецидивов кровотечения ($p<0,05$), причем типичная клиника РК диагностирована только у 3 (8,4%, $p<0,05$) больных: 1 (2,8%) случай с активностью кровотечения F-IA и 2 случая с активностью F-IIA (5,6%). Об этом же свидетельствует и ухудшение клинической картины у пациентов в группе

сравнения: усиление головокружения (p=0,018); гипотонии (p=0,009): тахикардии (p=0,05); учащение рвоты с кровью (p=0,017). По времени возникновения РК, в основной группе, все клинически значимые рецидивы отмечены в первые 6 часов от момента поступления. В группе контроля 12 (75%, n=16) РК отмечены в первые часы после поступления, а у 3 (18,6%) больных рецидив отмечен в интервале 6-12 часов. Показатели красной крови (КК) на момент поступления и на момент РК статистически не различались. Но проанализировав показатели КК через сутки, видны четкие статистически значимые различия в уровне Er (p=0,004), Hb (p=0,041) и Ht (p=0,046) в исследуемых группах в сторону их ухудшения в группе сравнения.

Таким образом, эндоскопический мониторинг язвенных кровотечений позволяет выявить рецидивы кровотечения на ранних, доклинических стадиях. Для хирурга лабораторные показатели красной крови, в отличие от данных эндоскопического мониторинга, неинформативны на момент рецидива кровотечения и становятся очевидными спустя лишь сутки. Применение эндоскопического мониторинга позволяет контролировать состояния пациента и обеспечить адекватное и своевременное лечение.

Ротькин Е.А., Крылов Ю.М., Другов А.С., Кузнецов А.Д.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С 2005 по 2012 гг.

Широкое внедрение методов пластики брюшной стенки при вентральных грыжах с использованием синтетических имплантатов на современном этапе развития герниологии является революционным достижением последних десятилетий. По мнению многих авторов необходимость их применения в хирургии грыж не вызывает сомнения.

Существует множество способов размещения синтетических протезов в слоях брюшной стенки при ее пластике по поводу грыжи. Известны и широко используются англоязычные термины: «on-lay», «in-lay», «sub-lay», «intraabdominal».

Отделение хирургии N 1 ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» в период с 2005-2012 гг. располагает опытом герниопластики с применением сетчатого имплантата у 271 пациентов, страдавших вентральными грыжами. Возраст пациентов составил от 22 до 84 лет. Средний возраст пациентов - 51,1±11,5 года. Женщин прооперировано 178 (66%), мужчин - 93 (44%). Первичные вентральные грыжи встретились в 112 (41%) случаях, послеоперационные - в 159 (59%). Среди первичных грыж в 37 (14%) случаях наблюдались грыжи белой линии живота, в 51 (19%) - пупочные грыжи, в 24 (9%) - параумбиликальные грыжи. Послеоперационные вентральные грыжи наблюдалась у 159 (59%) пациентов, среди них рецидивных было 74 (27%) - после аутопластики 49 (18%) после аллопластики 26 (9%). Среди больных с вентральными грыжами было 228 (84,2%) человек с ожирением 1-3-й степени. Различная сопутствующая патология отмечена у 249 (91,7%) пациентов. Все пациенты оперированы с использованием различных вариантов регионарной анестезии или под многокомпонентным наркозом.

Все 271 пациент с вентральными грыжами оперированы в плановом порядке. Площадь грыжевых ворот от 24 до 250 см^2. Применялись полипропиленовые сетчатые эндопротезы фирмы «Линтекс» Санкт-Петербург. У 245 (90%) пациентов выполнена фиксация эндопротеза поверх апоневроза (комбинированная методика «on-lay»), у 17 (6%) пациентов эндопротез фиксировали под апоневрозом (комбинированная методика «sub-lay») и у 9 (4%) пациентов с большими и гигантскими грыжами эндопротез фиксировался к апоневрозу без ушивания его дефекта (методика «in-lay»).

В послеоперационном периоде в группе больных оперированных по методике «on-lay» (n=245) у 8 (3%) выявлена гематома, 15 (6%) нагноений послеоперационной раны,12 (5%) инфильтратов. В группе больных, оперированных по методике «sub-lay» (n=17), у 2 (11%) выявлены подапоневротические гематомы, подапоневротический абсцесс в области сетчатого имплантата у 2 (11%), инфильтраты у 5 (29%), парез кишечника в 4 (22%). Гематомы и нагноения области оперативного вмешательства после «on-lay» методике опорожнялись через разведенные края

раны и санировались. Данные манипуляции проводились в условиях перевязочной. Инфильтраты в данной группе больных лечились консервативно. По методике «sub-lay» гематомы и нагноения требовали повторного оперативного вмешательства под наркозом для проведения санации раны, что продляло сроки нахождения в стационаре. У 3 (33%) пациентов группы больных, оперированных по методике «in-lay», выявлены инфильтраты, которые купировались консервативно. Рецидив грыжи наступил в 16 (6%) случаях: «on-lay» - 11 (4%), «sub-lay» - 2 (0,7%), «in-lay» 3 (1,3%). Летальных исходов и случаев отторжения трансплантата не было.

Суммируя вышеуказанное, можно считать, что установка полипропиленового эндопротеза по методике «on-lay» безопасна, проста в исполнении и позволяет прогнозировать послеоперационные осложнения.

Смагин М.А., Любарский М.С., Шумков О.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» Сибирского отделения РАМН
г.Новосибирск, Россия

ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Количество больных с лимфатическими отеками после лечения онкологических заболеваний составляет 22,5-60% от общего числа больных с лимфатическими отеками (Lopez Penha TR et al., 2011).

У женщин заболеваемость злокачественными новообразованиями молочной железы в России стоит на первом месте и составляет 57,2 на 100000 населения. В мире ежегодно выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2009, Российский статистический ежегодник, 2011). У этих больных есть высокая вероятность возникновения лимфедемы до 20-40% в течение жизни (Lopez Penha TR at al., 2011).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с лимфедемой в ближайшем послеоперационном периоде после наложения микролимфовенозных анастомозов.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 178 больных с вторичной лимфедемой (II-III стадии) верхней конечности после радикального лечения рака молочной железы, закончивших его не менее чем за 12 месяцев до включения в исследование. Стандартное лечение пациентов всех групп осуществлялось согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.05.2006 г. N 397. В группу сравнения вошли 90 человек, которые получали стандартное консервативное лечение и наложение микролимфовенозных анастомозов (МЛВА). В основной группе (87 человека) одновременно со стандартным лечением и наложением МЛВА проводились комбинированные инъекции в области плечевого сплетения.

Результаты исследования. В группе с применением комбинированных инъекций достигнуто уменьшение суммарной окружности на 16,4%, увеличение величины удельного сопротивления на 36,5%. По сравнению со стандартной методикой ведения ближайшего послеоперационного периода после наложения МЛВА использование комбинированных инъекций улучшает результаты лечения у больных со второй и третьей стадией вторичной лимфедемы верхних конечностей, что проявляется уменьшением суммарной окружности конечности на 43,6%, увеличением лимфатического оттока на 66,7%, уменьшением толщины подкожно-жировой клетчатки на 41%.

Выводы.

Таким образом, ведение ближайшего послеоперационного периода после наложения МЛВА с использованием комбинированных инъекций в области плечевого сплетения значительно улучшает гемо-, лимфоциркуляцию, что подтверждается данными антропометрического обследования, ультразвукового исследования, низкочастотной импедансометрией реолимфовазографией сосудов верхних конечностей.

Смарж Т.М., Кузнецов А.В.
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета
Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГЕРНИОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ) ПО АНАЛИЗУ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Актуальность. Прогрессивное развитие новых технологий в хирургии и постоянное совершенствование антибактериальных препаратов привело к уменьшению грозных осложнений в хирургии. Однако количество осложнений в области оперативного вмешательства сохраняется на стабильном уровне. Достоверное прогнозирование развития общих и местных послеоперационных осложнений на сегодняшний день невозможно. Частота инфекции области хирургического вмешательства в лечении послеоперационных вентральных грыж с использованием протезирующих синтетических материалов доходит до 30-35% случаев, и в 4,9 - 15% это случаев приводит к рецидиву грыжи (В.В. Жебровский, 2000). Таким образом, проблема послеоперационных осложнений в герниологии имеет не только медицинское, но и социально- экономическое значение, что требует дальнейшей разработки новых и усовершенствование имеющихся методов их прогнозирования и предотвращения.

Задачи исследования. Прогнозирование возникновения послеоперационных осложнений в герниологии на примере послеоперационных вентральных грыж, при помощи оценки адаптационных возможностей организма.

Материалы и методы исследования. Анализ и оценка адаптационных возможностей организма проводилась по показателю активности регуляторных систем (ПАРС) с помощью компьютерного электрокардиографа для исследования вариабельности ритма сердца. Вычисление ПАРС осуществлялось по алгоритму, учитывающему статистические показатели, показатели гистограммы и данные анализа кардиоинтервалов. Анализировали результаты исследования 150 пациентов оперированных по поводу послеоперационных срединных грыж MW3-4R0 (по Chavrel 1999) способом имплантации сетчатого протеза «Эсфил-стандарт» (Линтекс, Россия) в положение преперитонеального «sublay». За норму или состояние удовлетворительной адаптации принимали значение 1-2 условных балла. Состояние функционального напряжения (3-4), состояние перенапряжения или состояние неудовлетворительной адаптации (4-6), истощения регуляторных систем (6-8), срыв адаптации (9-10).

Результаты исследования. После проведения ретроспективного анализа выявлено отсутствие осложнений в группе с нормальным показателем ПАРС. При состоянии «напряжение» (3-4 балла): инфильтрат рубца - 1, серомы - 2, общее кол-во осложнений в группе - 3 (27,3%). В группе с показателем « перенапряжение» расхождение краев раны - 1, инфильтрат рубца - 2, серома - 2, общее кол-во осложнений в группе - 5 (55,6%). «Истощение» (7-8 баллов): расхождение краев раны - 1, лигатурный свищ - 2, инфильтрат рубца - 2, краевой некроз кожи - 1, серома - 1, общее количество осложнений в группе - 7 (63,6%). «Срыв адаптации» (9-10 баллов): нагноение - 2, расхождение краев раны - 2, лигатурный свищ - 2, инфильтрат рубца - 2, краевой некроз кожи - 1, серома - 1, общее кол-во осложнений в группе - 10 (100%).

Вывод.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что между данными ПАРС и количеством раневых осложнений имеется прямая связь. Дооперационный показатель ПАРС позволяет прогнозировать вероятность появления послеоперационных осложнений. При срыве адаптационных возможностей организма он оказался максимальным и составил 100%, при нормальном показателе ПАРС - раневых осложнений не регистрировали.

Смирнова А.В., Фаев А.А., Баранов А.И.
МБЛПУ ГКБ N 29
ГБОУ «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития России
г.Новокузнецк, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МОНОДОСТУП

Актуальность. Совершенствование и изучение малоинвазивных методов аппендэктомии является востребованным.

Цель исследования. Выявить особенности течения послеоперационного периода после видеоассистированной аппендэктомии через лапароскопический монодоступ (ВААМ) в сравнении с традиционной лапароскопической аппендэктомией (ЛА).

Материалы и методы исследования. При выполнении ВААМ через умбиликальный доступ устанавливается порт X-CONE, через который вводятся 5 мм рабочие инструменты и 5 мм 30° лапароскопом. После обработки брыжеечки червеобразного отростка (ЧО) оценивается подвижность купола слепой кишки. При недостаточной подвижности париетальная брюшина кнаружи от купола слепой кишки рассекается. Эндозажимом ЧО выводится через порт в рану, основание обрабатывается одним из способов, культя погружается в брюшную полость. Трехпортовая лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по традиционной методике с интракорпоральной обработкой культи червеобразного отростка.

В послеоперационном периоде оценивались наличие осложнений, уровень боли по числовой ранговой шкале (ЧРШ), потребность в анальгетиках, количество койко-дней в стационаре, восстановление двигательной активности, перистальтики кишечника.

Результаты и их обсуждение. ВААМ выполнена у 23 пациентов. Дренирование брюшной полости - у 1 больного. Традиционная лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 24 пациентов. Дренирование брюшной полости - у 7 человек. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, формам аппендицита.

Послеоперационные осложнения: в группе ВААМ осложнений не было, в группе ЛА - 1 инфильтрат в правой подвздошной ямке (на фоне антибактериальной терапии регрессировал), 1 абсцесс правой подвздошной ямки (вскрыт, дренирован на 6-е сутки после операции). ВААМ с мобилизацией купола слепой кишки потребовала больше времени для выполнения (53 мин.), чем ВААМ без мобилизации и ЛА (42 мин. и 44 мин. соответственно). Количество койко-дней в группе ВААМ было меньше, чем в группе ЛА (4,6 и 5,9 соответственно). В группе ВААМ потребность в анальгетиках и длительность обезболивания в послеоперационном периоде была сопоставимой с таковыми в группе ЛА (сумм. доза кетарола 111 мг и 108 мг соответственно). Активизация, то есть начало ходьбы в группах ВААМ и ЛА было сопоставимо (12,8 и 12,3 часов после операции соответственно). Восстановление активной перистальтики в группе ВААМ наступало позже (20,3 часов после операции против 15,4 часов после ЛА). Интенсивность послеоперационной боли в группе ВААМ была ниже, чем в группе ЛА (через 6 часов - 4,1 и 5,0 баллов ЧРШ, через 72 час - 1,4 и 1,6 баллов ЧРШ соответственно). Косметический результат оценивался пациентами выше в группе ВААМ, чем после ЛА (4,7 и 4,3 балла соответственно).

Выводы.

При выполнении видеоассистированной аппендэктомии через лапароскопический монодоступ по сравнению с традиционной лапароскопической аппендэктомией наряду с косметическими преимуществами меньше интенсивность послеоперационного болевого синдрома, продолжительность госпитализации, частота послеоперационных осложнений, но при этом сопоставимы потребность в анальгетиках, начало активизации пациентов. Видеоассистированная аппендэктомия через лапароскопический монодоступ может быть перспективной альтернативой традиционной мультипортовой аппендэктомии и требует дальнейшего изучения преимуществ данной методики.

Стерехов Е.В., Агаларян А.Х., Гончаров Р.С.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ТРЕПАН-БИОПСИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Одной из главных проблем современной онкологии является ранняя диагностика рака молочной железы, который является наиболее распространенным онкологическим заболеванием женщин в мире. По данным ВООЗ, каждый год в мире регистрируется более миллиона новых случаев рака молочной железы.

Прогресс в выявлении ранних форм рака молочной железы в значительной мере связан с внедрением в практику многих лечебных учреждений специальных (инструментальных) методов обследования молочных желез на поликлиническом этапе.

В последние годы улучшилась диагностика рака молочной железы на ранних стадиях, о чем говорит снижение количества запущенных форм рака молочной железы. Однако до начала специфического лечения (лучевого, оперативного и химиотерапии) согласно современным требованиям опухоль должна быть верифицирована, то есть необходимо получить материал из самой опухоли и отправить его в лабораторию для детального изучения под микроскопом и постановки окончательного диагноза.

В настоящее время для решения вопроса предоперационной морфологической диагностики опухолей молочной железы применяются два вида пункционных биопсий: тонкоигольная аспирационная биопсия, при помощи которой получают материал для цитологического исследования, и трепан-биопсия, которая служит для получения материала для гистологического анализа. Каждый из видов пункционной биопсии имеет показания и противопоказания, на них мы решили не останавливаться в виду хорошей освещенности данного вопроса в литературных источниках.

При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии обычно в 25-30% случаев не удается получить достаточное для постановки окончательного диагноза количество клеточного материала. В свою очередь трепан-биопсия дает представление не только о гистологической структуре опухоли, но одновременно позволяет исследовать уровни рецепторов к стероидным гормонам и HER2-рецептор. А также дает возможность дифференцировки истинной опухоли молочной железы от метастаза опухоли из другого органа.

До недавнего времени в случае сомнений в характере опухоли (злокачественная или доброкачественная) онкологи, хирурги предлагали сделать небольшую операцию - эксцизионную биопсию или секторальную резекцию молочной железы, сопровождаемую срочным гистологическим исследованием полученного материала (опухоли). В данной ситуации необходима госпитализация больной и операция под общей анестезией. Если же в результате исследования опухоль оказывалась злокачественной, пациентке сразу же выполнялась вторая, уже большая операция - радикальная мастэктомия.

На современном этапе секторальную резекцию молочной железы, операцию по сути диагностическую, практически заменила трепан-биопсия. К оперативному методу диагностики рака молочной железы прибегают тогда, когда тонкоигольная аспирационная биопсия и трепан-биопсия не смогли подтвердить (либо исключить) онкопатологию.

В условиях поликлиники на базе ФГЛПУ «НКЦОЗШ» нами комплексно обследовано 72 пациентки, у которых по данным УЗИ молочных желез и маммографии были выявлены образования молочных желез 4-5 категории по шкале BIRADS. Морфологичскую верификацию диагнозов осуществляли гистологическим анализом биоптатов, полученных при выполнении прицельной трепан-биопсии с использованием системы «пистолет-игла» (BARD-Magnum, 14-18 G). Гистологический анализ биоптатов, полученных после выполнения трепан-биопсии, выявил рак молочной железы в 24 случае, фиброаденомы - в 21 случае, узловая форма мастопатии в 27 случаях.

Таким образом, эффективность трепан-биопсии по литературным и нашим данным составила 94-98%.

Применение трепан-биопсии на этапе диагностики узловых образований молочных желез, позволяет без госпитализации быстро и правильно поставить диагноз, а соответственно правильно определить тактику лечения и улучшить прогноз на дальнейший исход заболевания.

Кроме этого трепан-биопсия позволяет избежать секторальной резекции ведущей к выраженным косметическим дефектам, что в свою очередь при онкопатологии на этапе радикального хирургического лечения позволяет использовать одномоментную маммопластику с наилучшим результатом, а при отсутствии злокачественного процесса сводит косметический дефект к минимуму, и как следствие высокий социальный уровень адаптации пациенток.

Торгунаков А.П., Демидов Д.Г., Володин В.В., Портнова С.С.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

СПОСОБЫ АППЕНДЭКТОМИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Аппендэктомия является самой частой операцией в неотложной хирургии, но до сих пор нет единого мнения среди хирургов относительно обработки культи червеобразного отростка (ЧО). Многие годы доминировал способ погружения культи отростка в кисетный шов. Лигатурный способ при лапароскопической аппендэктомии ни у кого возражений не вызвал. Все хирурги восприняли это как должное. В тоже время последние инструкции по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости содержат указания при традиционной аппендэктомии погружать культю ЧО в кисетный и зетобразный швы. Такая практика двойного стандарта вряд ли уместна при столько распространенном заболевании как аппендицит. Создается впечатление, что один способ (погружной) более надежен, а лигатурный менее надежен. Если же преимуществ одного метода перед другим нет, тогда зачем выполнять более сложный метод, погружной, с формированием кисетного и зетобразного шва с риском прокола стенки кишки, получения гематомы, развития микроабсцесса в замкнутом пространстве между лигатурами? Большая сложность погружного метода перед лигатурным признается всеми хирургами. Возможно, поэтому оставались и сторонники лигатурного способа, как за рубежом, так и у нас в стране. Десятками тысяч операций была доказана безопасность лигатурного метода, его простота и малая травматичность.

На Ленинградской конференции хирургов в 1934 году в пользу лигатурного метода выступили авторитетнейшие хирурги страны: Ю.Ю. Джанелидзе, С.С. Юдин, А.М. Заблудовский, М.Г. Каменчик и другие.

Серьезное научное сравнительное исследование погружного и лигатурного методов аппендэктомии провел А.И. Ленюшкин (1961). В экспериментах на кроликах не было установлено принципиальных и существенных различий в заживлении ран слепой кишки. Не было различий и по спаечному процессу в брюшной полости в послеоперационном периоде. Тщательный анализ опыта 3050 аппендэктомий лигатурным способом и 420 - погружным у детей не выявил преимуществ какого-либо способа по послеоперационному течению и отдаленным результатам. По мнению автора, для противопоставления методов аргументов нет. Противопоставление погружного и лигатурного методов обработки культи ЧО является одним из современных парадоксов в лечении аппендицита.

В защиту лигатурного метода аппендэктомии выступил М.А. Кимбаровский (1966) на основании опыта более 6000 аппендэктомий лигатурным методом. Проанализировав беспочвенность предвзятых «обвинений» в адрес лигатурного метода: культя - источник инфекции, культя - источник спаек, соскальзывание лигатуры, в заключение автор сообщает только о 0,072% летальности (5 больных) не связанной с методикой операции. Ни одного соскальзывания лигатуры не было.

Противопоказаниями к лигатурному методу автор считает:

1) наличие прободения у основания ЧО;

2) наличие воспалительного инфильтрата, распространяющегося на основание отростка и стенку слепой кишки.

Другие авторы, наоборот, такую ситуацию считают показанием для лигатурного способа.

Утверждение о том, что лигатурный метод противопоказан при воспалении стенки слепой кишки и его именно в этом случае следует применять, является очередным парадоксом в вопросах аппендэктомии.

Наша многолетняя позиция заключается в применении лигатурного способа при инфильтрации купола слепой кишки, при необходимости - проведение экстраперитонизации. С июня 2012 года в клинике общей хирургии КемГМА погружной и лигатурный методы обработки культи ЧО получили равные права гражданства. Всего за 2012 год выполнено 186 аппендэктомий: 15 (8,1%) - при простом аппендиците, 117 при флегмонозном, 29 - при гангренозном и 25 - при гангренозно-перфоративном. Из них 119 операций выполнено из традиционных доступов и 67 - лапароскопическим путем. При лапароскопическом удалении ЧО в 100% случаев применялся лигатурный способ обработки культи, а при традиционных доступах - у 34 (28,5%) больных. Распределение больных в группах по возрасту, полу и морфологическим формам аппендицита оказалось близким и вполне сопоставимым.

При лапароскопическойаппендэктомии одна лигатура применена 19 раз (полисорб, полипропилен, ПГА, сургисорб), 2 клипсы 27 раз, 3 клипсы - 10 раз и другие варианты применялись в единичных случаях. Первая аппендэктомия лигатурным способом из традиционных доступов выполнена 29 июня 2012 года. Ранее этот метод применялся только в случаях тифлита с переходом воспаления на основание ЧО. На основание ЧО накладывалась, как правило, одна лигатура (полипропилен, полисорб, лавсан), редко две; слизистая обрабатывалась антисептиком. В период второй половины 2012 года соотношение погружного и лигатурного методов обработки культи ЧО при традиционных доступах было 1:1.

По мнению оперирующих хирургов, выполнение лигатурного способа аппендэктомии менее травматично для купола слепой кишки, намного проще и требует в несколько раз меньше времени, что сокращает общую продолжительность операции. Внутрибрюшных осложнений за год при обоих способах обработки культи ЧО не наблюдалось, не отмечено каких-либо особенностей послеоперационного периода при лигатурном способе операции.

Выводы.

1. Лигатурный метод аппендэктомии менее травматичен и легче выполним, чем погружной способ.

2. Лигатурному методу не свойственны специфические осложнения, связанные с методикой обработки культи червеобразного отростка.

3. Лигатурный метод аппендэктомии должен иметь равные права с погружным кисетным способом. Противопоставление этих методов не обосновано теоретически и большим практическим опытом.

Торгунаков А.П.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

СТУПЕНЧАТЫЙ ФАШИННЫЙ ДРЕНАЖ

Эффективное дренирование ран, полостей, очагов воспаления является важнейшим условием благоприятного течения патологического процесса, послеоперационного периода. История хирургии неразрывно связана с совершенствованием способов дренирования. Десятки предложений апробированы на этом пути: тампоны и турунды, резиновые полоски, трубки и двухпросветные трубки, перчаточно-марлевые дренажи, активные двухканальные и трехканальные дренажи, двухтрубчатый дренаж, «сигары» из марли, перчаточной резины и целлофана, многоканальные эластичные дренажные полоски и другие.

Испытывая неудовлетворенность от применения существующих дренажей, нами в 1989 году предложен фашинный дренаж для дренирования поддиафрагмального пространства после спленэктомии, подпеченочного пространства после холецистэктомии, для дренирования ран мягких тканей, брюшной полости и забрюшинного пространства. (Удостоверение на рационализаторское предложение N 1842, выданное Кемеровским государственным медицинским институтом 13.03.1989 г). Улучшение дренирующих свойств достигается тем, что фашинный дренаж состоит

из трех и более трубок одинакового или разного диаметра. Трубки представляют собой пучок, что определяет название дренажа (нем. faschina - связка прутьев, пучок).

В зависимости от задач дренирования концы трубок в ране или полости могут быть обрезаны на одном уровне, либо быть разной длины, без боковых отверстий или с ними. Дренаж выводят наружу через угол раны или через отдельный прокол тканей и фиксируют к коже. По показаниям можно проводить орошение раны или полости раствором антисептика.

Преимуществом фашинного дренирования является гарантированный отток жидкого содержимого наружу через щели между трубками, даже если внутренний просвет их будет заблокирован сгустками крови, фибрина или гноя, а окружающие ткани раневого канала плотно облегать трубки. После удаления фашинного дренажа более широкий канал от нескольких трубок обеспечивает отток, препятствуя формированию остаточных полостей и вторичных гнойников.

Использование фашинного дренажа после операций у многих сотен больных, включая больных с распространенным перитонитом, показало его надежность, простоту и эффективность в применении. Наглядно об эффективности фашинного дренажа свидетельствует наш опыт лечения 108 больных с повреждениями селезенки в возрасте от 16 до 80 лет в период с 1992 по 1999 годы. Причиной повреждения селезенки у 78 больных была тупая травма живота, у 17 - ножевое ранение, у 13 - ятрогенное повреждение при операциях. Кровопотеря тяжелой степени была у 51 больного, средней степени - у 42 и легкой степени - у 15. В 105 случаях была выполнена спленэктомия с дренированием брюшной полости, в трех случаях проведена органосохраняющая операция. В 99 случаях из 108 применяли фашинный дренаж, у 6 больных двухтрубчатый дренаж, у двух больных - дренаж из одной трубки и в одном случае - сигарообразный дренаж. Из 9 пациентов при «традиционном» дренировании поддиафрагмального пространства у четырех (44%) послеоперационный период осложнился развитием поддиафрагмального абсцесса. При фашинном дренировании подобных осложнений не было.

О высокой дренирующей надежности модифицированного фашинного дренажа с навитостью сообщали другие авторы при лапароскопической холецистэктомии, при травмах печени, при лапароскопической спленэктомии.

Вместе с тем, при фашинном дренировании отграниченных полостей, когда трубки в дренаже одинаковой длины возникает недостаток, заключающийся в том, что при длинном раневом канале после удаления дренажа смыкание стенок дренажного канала может происходить неравномерно. Это обстоятельство увеличивает сроки заращения дренажного канала, создает возможность возникновения остаточных полостей и вторичных гнойно-воспалительных осложнений.

В последние годы стали выпускаться разнообразные фирменные дренажи. Так компания ЗАО «КонваТек» выпускает круглые дренажи разного диаметра с отверстиями возрастающего диаметра, с овальными отверстиями расположенными спиралевидно, с отверстиями в виде щелей длиною до 2 см. Эта же компания выпускает круглые и плоские силиконовые дренажи с четырьмя непрерывными каналами, которые сообщаются с окружающими тканями через продольные щели. Это увеличивает контакт дренажа с окружающими тканями. В конструкции этих дренажей прослеживается идея фашинного дренирования. Аналогичные четырехканальные дренажи выпускает компания ООО «Джонсон и Джонсон». Но все эти дренажи дороги и они не применимы при наличии в ране отрогов, затеков которые следует дренировать. Они не превосходят дренирующих свойств трубчатого фашинного дренажа. Для них присущ общий недостаток - неравномерность спадения длинного дренажного канала при удалении дренажа и риск развития остаточных полостей и гнойно-воспалительных осложнений. Этот недостаток устраняется предложенным нами ступенчатым фашинным дренажем.

С целью устранения этих недостатков при формировании фашинного дренажа трубки в дренируемой полости укорачивают ступенчато, связывая их между собой не туго тонким кетгутом, а удаляют последовательно, начиная с самой длинной и завершая самой короткой в дренируемой полости. Этим достигается последовательное смыкание стенок полости - укорочение дренажного канала с одновременным его сужением по всей длине, чем сокращаются сроки заращения, и уменьшается вероятность развития остаточных полостей и вторичных гнойно-воспалительных осложнений (Патент РФ N 2454948).

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

НОВЫЙ СПОСОБ АРТЕРИАЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ПЕРЕВЯЗКЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Травма печени при закрытых и открытых повреждениях живота наблюдается у 15-20% пострадавших. При повреждении печеночной артерии на разных уровнях чаще не удается восстановить ее целостность, и хирурги проводят перевязку сосуда, что грозит некрозом ткани печени и смертельными осложнениями. Резекция ишемизированной части печени также не всегда выполнима. Перевязку печеночной артерии приносящей в печень 20-30% от общего объема притекающей крови и 40% кислорода приходится проводить не только при случайных травмах, но и в случаях повреждения ее во время операций, а также при прорастании опухолью.

Вместе с тем, до настоящего времени в экспериментальной и клинической медицине отсутствует общепринятый взгляд на опасность перевязки печеночной артерии или ее ветвей и лечебную тактику при повреждениях этих сосудов. Существует рекомендация - перевязывать печеночную артерию при ее ранении, но летальность при этом достигает 70%. Другие авторы считают, что внепеченочные отделы артерии следует восстанавливать.

Судя по данным литературы, исход перевязки артерий печени с определенностью предвидеть нельзя, поэтому в таких случаях следует проводить профилактику смертельных осложнений. В экспериментах, проведенных разными авторами, положительный эффект выявлен при использовании антибиотиков, новокаиновых блокад, гипотермии, струйного введения полиглюкина в воротную вену, оментогепатопексии, денервации печеночной артерии, артериализации печени путем артериовенозных анастомозов, которая обеспечивает выживаемость животных. Из перечисленных способов именно артерио-портальные анастомозы оказались наиболее перспективными. Однако, подобного рода операции, шунтирующие артериальную кровь в воротную вену, приводят к портальной гипертензии, расширению вен воротной системы и к их разрыву. У выживших животных через 6 и более месяцев наступали расширение синусоидов, атрофия и мелкоочаговая зернистая дистрофия печеночных клеток, дегенеративные изменения печеночной ткани и гипертрофия сосудов воротной системы.

Лишен перечисленных недостатков артериопортальных анастомозов левосторонний ренопортальный венозный анастомоз (РПВА) с перевязкой селезеночных сосудов (АС N 673271, Способ односторонней портализации надпочечниковой и почечной крови по Торгунакову). Артериализирующий эффект этой операции достигается за счет перевязки селезеночной артерии и шунтирования почечной венозной крови в воротную вену, по содержанию кислорода близкой к артериальной крови (92,1%). Установлено, что перевязка селезеночной артерии приводит к перераспределению крови в стволе чревной артерии с большим ее потоком по печеночной артерии, к повышению напряжения кислорода и усилению пульсового кровенаполнения печени. Таким образом, при левостороннем РПВА лигирование селезеночной артерии увеличивает коллатеральный кровоток в печени, а выключенный венозный кровоток в воротную вену из селезеночной вены с избытком компенсируется по объему кровотоком левой почечной вены. Известно, что кровоток в селезенке колеблется от 225 до 600 мл/мин, а кровоток в одной почке - от 600 до 900 мл/мин.

Следует отметить, что артериализацию воротного кровотока при РПВА характеризует физиологичность, поскольку шунтируется венозная кровь богатая кислородом без повышенного давления. Воротное давление после выполнения РПВА не превышает физиологического уровня, в отличие от артериопортальных анастомозов, что предупреждает развитие осложнений. К подобного рода оксигенации печень человека приспособлена с внутриутробного периода. У плода по пупочной вене в воротную вену доставляется кровь на 80% насыщенную кислородом. Следовательно, левосторонний РПВА имитирует кровообращение печени у плода и с этой точки зрения его следует считать физиологически вполне обоснованным, причем обоснованным самой природой.

Теоретическое обоснование этого способа артериализации печени нами подтверждено

опытом многолетних наблюдений длительностью от 15 до 22 лет за большой группой больных с хроническим прогрессирующим гепатитом. Клиническая ремиссия сопровождалась улучшением всех показателей функционального состояния печени, отсутствием осложнений со стороны органов заинтересованных операцией, функционированием самого венозного анастомоза у всех обследованных больных. По эффективности влияния на функциональное состояние печени левосторонний РПВА превосходит операцию денервации печеночной артерии. Оказалось, что РПВА был эффективнее относительно положительного влияния на 13 (65%) биохимических показателей из 20. Это касалось общего билирубина и его фракций, общего белка, β и γ-глобулинов, тимоловой пробы, β-липопротеидов, щелочной фосфатазы, аминотрансфераз, АКТ и ПТИ. Относительно четырех (20%) показателей эффект оказался равным для обеих операций: альбумина, α_1-глобулинов, холестерина и фибриногена. Только для трех (15%) показателей эффективней оказалась операция Малле-Ги: α_2-глобулинов, сулемовой пробы и общих липидов.

Выводы.

1. При повреждении печеночной артерии и ее долевых ветвей, во избежание жизненно опасных осложнений, целесообразно восстановление проходимости этих сосудов.

2. При перевязке печеночной артерии и ее ветвей артериализацию печени можно осуществлять путем формирования левостороннего РПВА (приоритетная справка N 2013103345 от 24.01.2013 г.)

3. В случаях невозможности реконструкции артерий и артериализации печени путем левостороннего РПВА показана резекция ишемизированных частей печени или комплекс паллиативных мероприятий.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Сувонов Ж.Н.
Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

Особое место среди послеоперационных осложнений в хирургической службе занимают септические осложнения (СО). Данные статистики свидетельствуют, что проблема СО приобретает все большую остроту и не имеет тенденции к полному решению.

Цель исследования. Проведение анализа возникновения септических осложнений у больных с критической ишемией нижних конечностей после их ампутаций.

Материалы и методы исследования. В отделении экстренной сосудистой хирурги и ФФРНЦЭМП за истекшие 12 лет пролечено 24 больных с гангреной стопы на фоне критической ишемии с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Мужчин было 14 (58,3%), женщин - 10 (41,7%). Средний возраст составил 54,5 лет.

Практически все поступившие больные имели сопутствующие заболевания: общий атеросклероз, гипертоническая болезнь, ИБС, перенесенное ОНМК и др. Сроки возникновения гангрены стоп варьировали от нескольких суток до 2-х недель. 12 (50%) пациентов получали лечение по месту жительства у участкового врача или невропатолога.

Состояние 10 (41,7%) больных оценено как тяжелое, в связи с высокой интоксикацией организма, выраженным болевым синдромом, 5 (20,8%) - как среднетяжелое. Данным пациентам потребовалась интенсивная предоперационная подготовка.

Ампутаций на уровне бедра выполнено у 19 (79,2%) больных, на уровне верхней трети голени - у 5 (20,8%). 7 (29,2%) пациентов оперированы под эндотрахеальным наркозом, 17 (70,8%) - под спинномозговой анестезией.

Результаты исследования. У 5 (20,8%) больных после ампутаций нижних конечностей развились гнойно-септические осложнения: нагноение раны - у 2 пациентов, некроз культи - у 2, некротический фасциит - у 1 больного. Пациентам с некрозом культи выполнены реампутации последних.

При проведении анализа причин возникновения септических осложнений у больных после

ампутаций нами выявлены следующие недостатки:

1. Неверно выбранный уровень ампутации у 2 больных;
2. Неэффективная антибиотикотерапия - у 1;
3. Травматизация мягких тканей во время операции у 1;
4. Недостаточный гемостаз и дренирование раны - у 1 пациента.

Из 24 больных, оперированных по поводу гангрены стоп на фоне критической ишемии умерло 3, что составило 12,5%. Причиной смерти пациентов были острый инфаркт миокарда и ОНМК.

Таким образом, для снижения количества септических осложнений после ампутаций нижних конечностей по поводу гангрены стопы на фоне критической ишемии с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по нашему мнению, необходим следующие комплекс мер:

- выбор оптимального уровня ампутации;
- эффективная антибиотикопрофилактика;
- минимальная травматизация мягких тканей во время операции;
- качественный гемостаз и дренирование раны.

С целью снижения летальности среди больных данной группы необходимо раннее выявление, своевременное лечение и диспансерное наблюдение пациентов с атеросклерозом с целью профилактики гангрены конечности.

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.

ГБУЗ НСО «ГКБ N 1»
Кафедра обеспечения служебно-боевой деятельности Новосибирского военного института внутренних войск МВД России им. генерала-майора А.Н. Яковлева
г.Новосибирск, Россия

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ОТГВНК) с его ранним осложнением в виде тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и поздним в виде развития хронической венозной недостаточность (ХВН), представляет собой глобальную медико-социальную проблему, виду того, что по прежнему является одной из причин смертности и инвалидизации в России и индустриально развитых странах мира.

Ключевое место в патогенезе развития ОТГВНК отводится феномену тромбофилии. Под термином «тромбофилия», в настоящее время подразумевают нарушения гемостаза и гемореологии, характеризующиеся повышенной склонностью к развитию тромбоза в кровеносных сосудах, в основе которых лежат приобретенные и генетически обусловленные нарушения в различных звеньях гемостаза и гемореологии.

Исследования последних лет существенно расширили наши представления о молекулярных механизмах формирования тромбофилических состояний. Во многом это объясняется успехами в изучении такой фундаментальной составляющей эндогенного риска, как генетическая предрасположенность.

Необходимость использования принципиально новых подходов при изучении генетической предрасположенности к тромбозу диктуется существующей на сегодняшний момент концепцией о полигенном характере наследственной тромбофилии. В связи с этим, особое внимание уделяется явлению аллельного полиморфизма, которое присуще большинству генов человека.

Несмотря на интенсивные поиски новых генетических детерминант наследственной тромбофилии, данные о роли большей части полиморфизмов ДНК в формировании предрасположенности к тем или иным тромботическим проявлениям остаются весьма противоречивыми. Практически отсутствуют работы по распространенности уже известных факторов риска развития ОТГВНК. Весьма редкими остаются публикации по анализу «генгенных взаимодействия» полиморфных генетических вариантов, способных влиять на развитие ОТГВНК.

Цель исследования. Изучить роль некоторых молекулярно-генетических факторов в риске развития ОТГВНК.

Материалы и методы исследования. Первую группу составили 58 пациентов в возрасте

от 25 до 60 лет, средний возраст больных 49,48±1,26 лет (35 мужчин и 43 женщины) с ОТГВНК, последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке.

Критериями включения в исследование были: возраст от 25 до 60 лет; установленный клинически диагноз острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей; верификация диагноза с помощью ультразвукового дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей; информированное согласие пациента на включение в исследование.

Группа контроля была отобрана из двух популяционных выборок (MONICA и aHAPIEE) - 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. В рамках проекта HAPIEE. С 2003 по 2006 гг. проведено обследование 9397 мужчин и женщин. Отклик составил около 70%. Протокол получил одобрение локального этического комитета. Всеми обследуемыми предварительно подписано информированное согласие на участие в исследовании. Для сравнительного анализа сформирована группа 580 человек (360 мужчин, 230 женщин), средний возраст 49,9±0,5 лет.

ДНК выделяли из венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм генов тестировали по опубликованным методикам с помощью ПЦР споследующим ПДРФ анализом. В исследование были включены: мутация в гене протромбина (G20210A, (rs 179996), мутация в гене F5 (лейденская, A506G, (rs 6025), полиморфизм C677T (rs 1801133) в гене MTHFR.

Статистический анализ проводился с использованием пакета программ SPSS 11.5.

Результаты и обсуждения. Ген V фактора свертывания находится на первой хромосоме. Следствием Лейденовской мутации является формирование резистентности V фактора свертывающей системы крови к активированному протеину С, что приводит к повышению концентрации V фактора свертывающей системы крови в сыворотке. В ходе исследования у 2-х женщин с ОТГВНК в возрасте 39 и 33 года была выявлена мутация Лейдена, тем самым основной группе с ОТГВНК мы не нашли увеличения частоты носительства мутации Лейдена.

Ген протромбина располагается на одиннадцатой хромосоме. Особенностью данной мутации является то, что замена нуклеотида располагается в 3-нетранслируемом участке (участке, располагающемся в конце ДНК-последовательности гена, который не транслируется). Это означает, что нуклеотидная последовательность измененного участка гена не участвует в кодировании аминокислотной последовательности белка протромбина. При этом уровень протромбина в сыворотке крови может быть в полтора-два раза выше нормы.

В ходе исследования не выявлено ни у одного исследуемого с ОТГВНК мутации протромбина.

Ген MTHFR у человека расположен на коротком плече первой хромосомы (1p 36,3). Наиболее изученной является вариант, в котором нуклеотид цитозин (C) в позиции 677, относящейся к 4-му экзону, заменен на тимидин (T), что приводит к замене аминокислотного остатка аланина на остаток валина в сайте связывания фолата. Такой полиморфизм MTHR обозначается как мутация C677T. У лиц, гомозиготных по аллелю T, отмечается термолабильность MTHFR и снижение активности фермента примерно до 35% от среднего значения.

При сравнении частот генотипов полиморфизма C677T (rs1801133) в гене MTHFR в исследуемых группах обнаружено высоко достоверное различие $p<0,0001$, за счет существенного повышения доли носителей генотипа TT в группе с ОТГВНК. Отношение шансов иметь ОТГВНК у носителей аллеля T в 2,5 раза выше по сравнению с носителями генотипа CC (95% ДИ 1,4-4,5; $p=0,001$). Несмотря на небольшой размер группы с ОТГВНК, мы разделили ее по полу для оценки частот генотипов полиморфизма C677T (rs1801133) в гене MTHFR. Оказалось, что у женщин доля носительниц генотипа TT значительно ниже (13%), по сравнению с мужчинами (31%).

При оценке с разделением по возрасту до 50 лет и старше у женщин группа делится почти поровну с тенденцией к повышению доли носительниц аллеля T в группе 50 лет и старше. У мужчин, если группу до 50 лет взять за 100%, то группа 50 лет и старше оказывается на 50 % больше. А доля гомозигот TT в старшей возрастной группе в 3 раза выше, чем в младшей.

Выводы.

1. В ходе исследования изучена встречаемость Лейденской мутации, мутации протромбина и полиморфизм MTHFR.

2. Лейденская мутация выявлена у двух лиц основной группы, мутации протромбина не выявлено.

3. Выявлено достоверно высокая встречаемость нарушений фолатного цикла с гомоцистеинемией у лиц с ОТГВНК, что может являться особенность региона.

Фаев А.А., Баранов А.И., Чернявский С.С., Замятин В.А., Смирнова А.В. Дроздов С.С.
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 29»
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ИДЕОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность. Опыт операций через единый лапароскопический доступ (ЕЛД) мал и нуждается в изучении, а разработка безопасных и доступных малоинвазивных операций в неотложной хирургии остается актуальной задачей.

Материалы и методы исследования. С 01.02.2012 по 01.06.2013 гг. на базе ГКБ N 29 и ГКБ N 1 г.Новокузнецка для ЕЛД использовали систему доступа X-CONE (Karl Storz). Однопортовые операции выполнялись интракорпоральным или разработанным видеоассистированным способом по показаниям к многопортовым лапароскопическим операциям.

Операции через ЕЛД выполнялись согласно предложенной нами классификации:

1) «Идеальный» ЕЛД или «монодоступ» - доступ, тракция, диссекция, извлечения органа проводились через единственный доступ (порт) в пупочной области. Дополнительный троакар устанавливался избирательно на завершающем этапе вмешательства с целью дренирования.

2) Однопортовый доступ с постановкой 1-2 дополнительных портов или технология SILS(+)- в ситуациях, когда возможности использования «монодоступа» были ограничены.

3) Видеоассистированные операции через «монодоступ»- после этапа видеолапароскопии, диссекции порт извлекался, и основной оперативный прием выполнялся экстракорпорально.

Результаты исследования. Оперированы 84 пациента с острыми заболеваниями.

Холецистэктомия выполнена у 31 пациента с острым холециститом (ОХ): 6 мужчин и 25 женщин. Средний возраст пациентов в основной группе составил 46,1±15,7 лет. Средняя продолжительность заболевания до операции составила 50,8±36,1 часов, ИМТ 28,9±4,5 кг/м^2. У 28 (90%) пациентов был флегмонозный холецистит и у 2 (6%) - гангренозный. У 6 (19%) пациентов холецистит осложнился перивезикальным инфильтратом, у 1 (3%) - был местный неотграниченный перитонит. У 9 (29%) пациентов выполнена «идеальная» однопортовая холецистэктомия, в 15 (48%) случаях потребовалась постановка одного дополнительного троакара - SILS(+1), в 4 (13%) случаях - 2 троакаров - SILS(+2). Конверсия в классическую 4 - портовую методику ЛХЭ выполнена у 3 (10%) пациентов. Отмечено 12 (38%) интраоперационных осложнений: 8 (66%) - перфорация стенки желчного пузыря при его тракции, 2 - кровотечение из пузырной артерии и 1 - повреждение серозной оболочки толстой кишки электрокоагуляцией. Продолжительность операции (n= 28, без конверсии доступа) составила 76,4±25,4 (33-150) минут. Послеоперационное осложнение у 1 (3%) пациента - абсцесс ложа желчного пузыря, вскрыт через мини-доступ на 9-е сутки, выздоровление. Аппендэктомия выполнена у 30 пациентов - во всех наблюдениях использовали «идеальный» пупочный доступ. Видеоассистированная однопортовая аппендэктомия (ВОА) выполнена у 23 пациентов, интракорпоральная методика - у 7 пациентов. Доля операций через «идеальный» ЕЛД при остром аппендиците - 96% (n=29), методика SILS(+1) - у 1 пациента при трудной диссекции в ретроцекальном инфильтрате. Послеоперационных осложнений не было. Продолжительность госпитализации - 4,5 суток. Ушивание перфоративной язвой ДПК (ПЯ ДПК) через ЕЛД выполнено у 15 пациентов, все пациенты- мужчины, возраст 22-60 лет. Видеоассистированная методика выполнена у 7 пациентов, безузловой способ - у 8 пациентов. Давность перфорации до операции составила 2-9 (4,6±2,2) часа. Доля «идеального» ЕЛД составила 46% (n=7) вся подгруппа видеоассистированной методики, SILS(+1) - 54% вся подгруппа «безузлового» способа. Время операции 70,8±26 (32-135) минут. Послеоперационное

осложнение - 1пациент с безузловым способом - несостоятельность швов ушитой язвы, выполнена релапароскопия, ушивание из мини-доступа на 2-е сутки, выздоровление. Длительность госпитализации 5-10 (6,6±1,5) суток. Другие вмешательства через X-CONE - 8 пациентов:

- резекция жирового подвеска сигмы - 3,
- резекция большого сальника - 2,
- резекция дивертикула Меккеля - 1,
- кистэктомия при разрыве кисты яичника - 1,
- дренирование малого таза при сальпингите - 1.

Выводы.

Использование монодоступа целесообразно и возможно при неосложненных формах острого аппендицита и перфоративной дуоденальной язве в сочетании с видеоассистированным этапом вмешательства. Постановка дополнительного троакара необходима у большинства пациентов с острым холециститом и повышает безопасность операции с использованием системы одного доступа.

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СКРИНИНГОВАЯ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Анализ публикаций последних лет свидетельствует о том, что колоректальный рак (КРР) по-прежнему занимает 2-3-е место по цифрам ежегодной заболеваемости и смертности. Одной из причин высокой смертности от КРР является поздняя выявляемость заболевания.

Колоноскопия является золотым стандартом для скрининга при колоректальных опухолях. Со времени установления патогенетической роли аденоматозных полипов в 1972 году скрининг был ориентирован на обнаружение и удаление этих поражений. Применение хромоэндоскопии с окрашиванием слизистой оболочки толстой кишки 0,2% раствором индигокармина повышает эффективность колоноскопии для диагностики небольших неоплазий.

Цель исследования. Оценить возможности панхромоколоноскопии для выявления небольших неоплазий слизистой оболочки толстой кишки.

Материалы и методы исследования. В проспективное клиническое исследование вошли 86 пациентов (26 мужчин и 60 женщин) со средним риском по КРР, возрастом старше 25 лет, впервые подвергнувшихся тотальной колоноскопи с высоким качеством подготовки кишечника (более 90% визуализации слизистой оболочки). Исследование проводили эндоскопом CF-V70L («Olymus», Япония) без анестезиологического пособия. Регистрировали тип, размер, анатомическое расположение и морфологическое строение неоплазий, которые подвергались биопсии или удалялись путем «горячей» биопсии, петлевой полипэктомии и резекции слизистой оболочки. По способу колоноскопии методом случайной выборки сформированы две группы. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft, Inc.). Все значения представлены в виде M±m (средняя арифметическая±ошибка средней арифметической).

Результаты исследования. 44 пациента (30 женщин, 14 мужчин) составили основную группу, средний возраст 51,2±1,6 года, с авторским способом панхромоколоноскопии (Патент РФ N 2427311 от 27.08.2011г. «Способ панхромоэндоскопии слизистой оболочки толстой кишки»), а в группу контроля вошли 42 пациента (30 женщин и 12 мужчин), средний возраст 54,2±1,7 года, с стандартной хромоколоноскопией. Отмечено в основной группе значимое снижение среднего времени исследования (27,2±1,6 минуты) и количества красителя (44,6±1,8 мл 0,2% раствора индигокармина) по сравнению с контрольной (34,6±1,4 минуты и 57,3±2,0 мл, соответственно). Всего было обнаружено 140 новообразований, 79 у 30 пациентов в основной группе и 61 у 29 пациентов в контрольной. В нашем исследовании чувствительность метода составила 83,1%, специфичность - 100%. Патогистологическая оценка: 56 (70,9%) аденом (дисплазия низкой степени - 48, высокой - 8) у 21 пациента основной группы, 47 (77%)

аденом (дисплазия низкой степени - 41, высокой - 6) у 19 - контрольной группы; 21 (26,6%) ненеопластическое образование (воспалительные, гиперпластические и лимфоматозные) у 7 пациентов основной группы и 8 (13,1%) у 4 - контрольной группы. В обеих группах преобладали аденомы тубулярного типа. Проведенный анализ всех выявленных при панхромоскопии толстой кишки неоплазий показал высокую встречаемость (более 50%) небольших новообразований до 5 мм.

Таким образом, авторский способ панхромоскопии толстой кишки может использоваться в качестве скринингового, позволяет на четверть снизить среднее время исследования и количество раствора индигокармина. Анализ всех выявленных при панхромоколоноскопии неоплазий показал их высокую встречаемость в популяции (около 70%) (в частности - более 50% небольших новообразований до 5 мм), а при патогистологическом исследовании более 70% составили аденомы.

Хайитов А.А., Сафарова Н.И., Нурмухамедов Ф.А.
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд, Узбекистан

ТАКТИКА ЩАДЯЩЕЙ СЕПТОПЛАСТИКИ НОСА

Искривление перегородки носа (deviatio septi nasi) - стойкое отклонение от срединной плоскости костных или хрящевых структур перегородки носа.

Причины возникновения искривления могут быть посттравматического характера (54%); физиологические - из-за несогласованного развития хрящевых и костных структур лицевого скелета (32%); патологические, вызванные односторонним смещением полипами, гипертрофированной носовой раковиной, опухолями (8%) и другими причинами. Искривление перегородки носа может быть самым разнообразным по форме, локализации, протяженности и степени нарушения носового дыхании. Различают три основных вида деформации перегородки носа: искривление, гребень и шип или различные их сочетания.

Проявления искривления носовой перегородки обычно заключаются в затруднении носового дыхания. Как правило, такое затруднение наблюдается с одной стороны. Искривление перегородки носа может стать причиной хронических синуситов. Основной жалобой пациента при деформации перегородки носа является затруднение носового дыхания, заложенность носа, слизистые выделения, иногда выделения слизисто-гнойного характера. Некоторые люди отмечают периодические головные боли, сухость в горле, заложенность и шум в ушах, общее снижение обоняния. Возникновение головной боли при деформации перегородки носа связано с тем, что искривленная часть носовой перегородки (гребень) находится в контакте с противоположной боковой стенкой носа, оказывая давление, раздражает слизистую оболочку, а это в свою очередь вызывает рефлекторную головную боль. В дальнейшем все это может привести к развитию вазомоторного ринита с переходом воспалительного процесса в слуховую трубу и среднее ухо.

Существует несколько методов и множество разновидностей техники коррекции перегородки носа. Задача хирурга состоит в выборе наиболее подходящего метода операции в зависимости от характера имеющейся деформации. Наиболее старый, классический метод, созданный еще в начале XIX века - подслизистая резекция. Этот метод применяют редко в своем первозданном виде, так как он приводит к ряду осложнений и нежелательных последствий, после обширной подслизистой резекции перегородка носа превращается в вибрирующую при дыхании мембрану, и в результате атрофии слизистой оболочки на ней может образоваться перфорация. Таким образом, жалобами этих пациентов являются ощущение носовой обструкции, наличие корок в полости носа, рецидивирующие носовые кровотечения (I.J. Schultz-Coulon, 1997, R.W.H. Kridel, 2004). Все вышесказанное относят к перфорациям в переднем отделе перегородки носа, тогда как перфорации задних отделов перегородки носа, практически всегда протекают бессимптомно (Р. Мейер, 1995; J. Lindemann et al., 2001).

Оториноларингологам предпочтительнее использовать модифицированный метод экономной резекции перегородки носа по Cottle или в модификации Пискунова Г.З. с целью сохранения основной массы четырехугольного хряща. Примерно у 15% больных после

септопластики развиваются вторичные деформации, вызывающие затруднение носового дыхания. Наиболее распространенное осложнение после операций на перегородке носа - образование перфорации, которое обычно связано с погрешностями в технике операции, однако его частота зависит также и от выбранного метода. По данным многочисленных исследований, после подслизистой резекции перфорации образуются почти у 7% больных, тогда как после септопластики - менее чем у 1%.

Нами проведено исследование 36 больных в возрасте от 16 до 35 лет, обратившихся в ЛОР отделение клиники СаММИ с диагнозом «Деформация перегородки носа, гребень». Всем больным проведена щадящая септопластика под местной анестезией. Был произведен полулунный разрез мукоперихондрия в переднем отделе четырехугольного хряща. Отсос-распатором сделана отсепаровка мукоперихондрия и мукопериоста в области гребня, тонкими длинными ножницами сделан разрез по нижнему краю хряща вплоть до сошника с продолжением вверх по переднему краю перпенднкулярной пластинки этмоидальной кости, до мобилизации хряща, щипцами и долотом удалили искривленные отделы костного скелета перегородки, хрящ фиксировался в срединном положении с помощью двух пластинок прошитых друг к другу шелковыми нитками. Пластинки имели форму вытянутого овала (6-8 см на 1,5-3 см) с вогнутым нижним краем и выпуклым верхним, выкроинных из тонкой пластиковой пленки. Операцию завершали передней тампонадой. Тампон с целью профилактики кровотечения смачивали в растворе транексамовой кислоты (5-10 мл). Длительность операции занимала от 40 до 60 минут. Пребывание пациентов в клинике составило от 6 часов до 1-2 суток. Тампон удаляли на 3 сутки после операции, значительного кровотечения при этом не наблюдалось. Послеоперационнй уход проводился традиционными методами. На 7-10 сутки удалялись пластинки. Все больные проходили ежемесячный осмотр на протяжении 12 месяцев. Осложнения в виде перфорации перегородки, синехий не наблюдалось.

Выводы.

1. Щадящая септопластика дала хороший клинический результат;
2. Прошитые пластинки обеспечили фиксацию перегородки в нужном положении;
3. Пропитанный раствором транексамовой кислоты тампон уменьшил кровопотерю;
4. Сократились сроки пребывания пациентов в стационаре.

Цеймах Е.А., Гонтарев И.Н., Бомбизо В.А., Кундиус С.А.
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
КГБУЗ «Городская больница N1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных с тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди (ТСТГ) путем применения миниинвазивных методов лечения.

Материалы и методы исследования. Нами разработана лечебно-диагностическая тактика ведения больных с ТСТГ. Показаниями к экстренной торакотомии считали большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард с тампонадой сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных сосудов, обширная проникающая рана груди с открытым пневмотораксом и массивным повреждением легкого. Экстренную видеоторакоскопию (ВТС) выполняли в следующих случаях: наличие повреждений в «сердечной зоне» груди, подозрение на ранение сердца, повреждение в «торакоабдоминальной зоне» грудной клетки, подозрение на разрыв диафрагмы, при среднем и малом гемотораксе. Срочную ВТС применяли при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением крови по дренажам плевральной полости более 300 мл/час, при неэффективном функционировании установленных ранее дренажей плевральной полости. При свернувшемся гемотораксе и формировании посттравматической эмпиемы с сегментацией плевральной полости применяли локальную фибринолитическую терапию. При напряженном, не устраняемом дренированием плевральной полости и/или длительно не расправляющемся пневмотораксе (6-7 дней) применяли клапанную бронхоблокацию. Локальную

фибринолитическую терапию проводили препаратами стрептокиназы и актелизе при снижении активности плазминогена в плевральном экссудате ниже 85%, применяли разработанный в клинике метод внутриплеврального введения стрептокиназы со свежезамороженной плазмой. Клапанная бронхоблокация проводилась фибробронхоскопами фирмы «Olympus» и «Pentax» с применением оригинального обратного эндобронхиального клапана. Видеоторакоскопия выполнялась на эндохирургических комплексах и инструментами отечественных производителей по традиционной методике.

Анализируются результаты лечения 184 больных с политравмой с доминирующей травмой груди. По предложенной нами лечебно-диагностической тактике с применением миниинвазивных методик пролечено 76 пациентов, составивших основную группу (43 пациентам выполнена экстренная и срочная ВТС, 15 - локальная дифференцированная фибринолитическая терапия, 18 - клапанная бронхоблокация). 108 больным применялись традиционные способы лечения. Группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту, давности получения и тяжести травмы.

Результаты исследования. Применение разработанной лечебно-диагностической тактики ведения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди снижает количество торакотомий в 2,6 раза, улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Выводы.

1. Видеоторакоскопия у больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим выполнить полноценную ревизию органов грудной полости, оценить локализацию и характер внутригрудных повреждений. Видеоторакоскопия у больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди обладает широкими лечебными возможностями, являясь в 83,7% случаев окончательным видом хирургического вмешательства.

2. Применение дифференцированной внутриплевральной фибринолитической терапии при свернувшемся гемотораксе у больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди с учетом уровня плазминогена в плевральном содержимом позволяет уменьшить количество оперативных вмешательств в 3,9 раза, увеличить частоту полного выздоровления к моменту выписки из стационара на 31,6%, снизить частоту перехода процесса в хронический на 28,1%.

3. Применение клапанной бронхоблокации способствует надежному закрытию бронхоплевральных фистул, расправлению легкого и снижает необходимость применения оперативных вмешательств у 38,5% больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди с напряженным или длительно не разрешающимся посттравматическим пневмотораксом.

Цеймах Е.А., Удовиченко А.В., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Кундиус С.А., Дорохина С.А., Берестенников А.В.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

КОРРЕКЦИЯ ПРОТЕИНАЗНО-ИНГИБИТОРНОГО ДИСБАЛАНСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных панкреонекрозом путем коррекции протеиназно-ингибиторного дисбаланса в очаге поражения. Объектом исследования являлись 144 больных панкреонекрозом, у которых проводился анализ и сравнение протеолитической и ингибиторной активности в крови и в экссудате из брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

При анализе изменений показателей протеолитической и ингибиторной активности сыворотки крови у больных стерильным и инфицированным панкреонекрозом установлено падение активности трипсиноподобных протеиназ по мере прогрессирования воспалительного процесса. Падение активности плазменных протеиназ, вероятно, может служить неблагоприятным прогностическим тестом. При этом у пациентов инфицированным панкреонекрозом отмечено повышение активности эластазоподобных протеиназ и снижение уровня плазминогена в сыворотке крови.

При анализе ингибиторной активности установлено, что антитриптическая активность сыворотки крови у пациентов инфицированным панкреонекрозом была больше, чем у больных стерильным панкреонекрозом. В брюшной полости также отмечены изменения ингибиторного

баланса по мере перехода стерильного панкреонекроза в инфицированный. Так, у больных инфицированным панкреонекрозом отмечено повышение активности всех видов протеиназ по сравнению с пациентами стерильным панкреонекрозом.

Ингибиторная емкость экссудата из брюшной полости также зависела от активности воспалительного процесса. В брюшной полости при инфицированном панкреонекрозе уменьшилось антитриптическая активность и активность α_2-макроглобулин - в 2,2 раза.

Следовательно, при переходе стерильного панкреонекроза в инфицированный у больных в сыворотке крови падает активность трипсиноподобных протеиназ, увеличивается эластазоподобная активность, падает уровень плазминогена, появляется острофазовая реакция плазменных ингибиторов (α_1-протеиназного ингибитора). В экссудате из брюшной полости значительно повышается протеолитическая активность и снижается ингибиторная емкость.

На основании результатов проведенных исследований нами разработана схема коррекции протеолитической и ингибиторной активности в крови и в брюшной полости у больных панкреонекрозом.

Для повышения эффективности патогенетического лечения, создания условий для улучшения отграничения воспалительного процесса нами использована у 60 (41,7%) больных (основная группа) локальное введение ингибиторов протеиназ, проточный диализ ран раствором 5% e-аминокапроновой кислоты, гордокс вводили в дозировке 300000 ЕД 2-3 раза в день, контрикал - 80000 АЕ, 2-3 раза в день в течении 5-6 дней. Кроме этого для формирования отграничительного барьера во время операции пункционно из нескольких точек, по границе распространения флегмоны инфильтрировалась забрюшинная клетчатка ингибиторами протеиназ. 84 (58,3%) пациента (группа сравнения) получали только базисное лечение. Группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту, тяжести состояния, распространенности патологического процесса, сопутствующей патологии. Коррекция протеиназно-ингибиторного баланса в очаге поражения позволила сократить частоту возникновения гнойно-септических осложнений и снизить летальность в 1,9 раза.

Цеймах Е.А., Булдаков П.Н., Бомбизо В.А., Макин А.А., Каркавин В.М. Кундиус С.А., Удовиченко А.В.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Алтайского государственного медицинского университета
КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул»
г.Барнаул, Россия

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Важным патогенетическим звеном в развитии деструктивного панкреатита является активация каскадно-комплексных протеолитических систем плазмы крови (гемокоагуляции, фибринолиза, калликреин-кининовой, комплемента), реакция клеток крови (хемотаксис, фагоцитоз), местная пролиферативная реакция тканей. Это инициирует нарушение микроциркуляции, обусловленные изменением свертывающей и фибринолитической систем, развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, скоплением протеиназ в результате распада лизосом нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов, содержащих в высоких концентрациях различные протеолитические ферменты, вызывающие лизис белков тканей макроорганизма. Реакциями противоположными альтерации и протеолизу являются репарация и синтез белка. Макроорганизм предотвращает генерализацию инфекции созданием фибринового барьера, блокадой микроциркуляции в очаге воспаления. Мононуклеары принимают самое активное участие в процессах фибриногенеза.

В период с 2008 по 2012 годы в хирургических отделениях «Городской больницы N1 г. Барнаул» на лечении находилось 612 больных панкреонекрозом. У 335 (54,7%) пациентов был стерильный панкреонекроз, а у 277 (45,3%) пациентов - инфицированный. У больных наблюдались различные осложнения, а у части пациентов отмечались два и более: у 49 (8,0%) - парапанкреатический инфильтрат, у 135 (22,1%) - флегмона забрюшинной клетчатки, у 325 (53,1%) - перитонит (в том числе у 214 (34,9%) - ферментативный, а у 110 (17,9%) - гнойный), у 74 (12,0%) - абсцесс сальниковой сумки, у 97 (15,8%) - механическая желтуха, у 201

(32,8%) - печеночно-почечная недостаточность, у 55 (8,9%) - респираторный дистресс-синдром, у 171 (27,9%) - реактивный плеврит.

Важнейшим компонентом инфузионной терапии панкреонекроза являлось деблокирование микроциркуляции в очаге поражения и в паренхиматозных органах, что способствует улучшению доступа в очаг деструкции антибиотиков и ингибиторов протеолиза с созданием условий для отграничения и ликвидации воспаления, профилактике развития полиорганной недостаточности. С этой целью мы применяли криоплазменную терапию. В ее состав входят криосупернатантная (лишенная факторов свертывания) или свежезамороженная плазма, гепарин и ингибиторы протеиназ (контрикал, гордокс).

С целью повышения эффективности патогенетического лечения нами использовано введение в забрюшинную клетчатку ингибиторов протеиназ, проточный диализ раствором, в который добавляли 5% эпсилон-аминокапроновую кислоту, контрикал в дозировке 100 000 АЕ в течение 5-7 дней. При наличии низкой коагулянтной активности макрофагов в очаг воспаления для повышения процессов фибринообразования вводили экстракорпорально стимулированные моноциты. Выбор ингибиторов и активаторов коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов зависел от установленного их действия в предварительных лабораторных исследованиях (прогнозируемая эффективность).

Практически всем пациентам 547 (89,4%) проводилась диагностическая видеолапароскопия с ревизией органов брюшной полости, а 65 (10,5%) больным, с клиникой распространенного перитонита, была выполнена лапаротомия по экстренным показаниям. Более половины пациентов 312 (51,0%) оперированы с помощью малоинвазивных методов: лапароскопия с дренированием брюшной полости и перитонеальным диализом, блокада круглой связки печени, дренирование полости малого сальника, видеолапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха, видеолапароскопическая холедохолитотомия с дренированием холедоха, видеолапароскопическая абдоминизация поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

При инфицированном панкреонекрозе с формированием парапанкреатических очагов деструкции проводили абдоминизацию поджелудочной железы. При вовлечении в воспалительный процесс забрюшинной клетчатки, последняя адекватно дренировалась через отдельный люмботомный разрез. При необходимости проводилась двухсторонняя люмботомия. Операция заканчивалась широким дренированием забрюшинной клетчатки дренажными трубками. В процессе дальнейшего лечения таким больным по показаниям выполняли этапные санационные релапаротомии, на которых производили некрсеквестрэктомии, вскрытие и дренирование гнойных очагов забрюшинной клетчатки.

Внедрение в практику разработанных методов лечения панкреонекроза позволяло улучшить исходы заболевания и снизить летальность до 16,0%.

Таким образом, применение комплексной терапии с использованием криоплазменного комплекса, лейкафереза, препаратов, коррегирующих коагулянтную и протеолитическую активность фагоцитов в крови и в очаге воспаления, локально ингибиторов протеолиза позволило снизить летальность и улучшить исходы заболевания.

Цигельник А.М., Мироненко Т.В., Мозес А.Д., Косинова М.В.
ГБУЗ КОКБ
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАВЕНОЗНОЙ ПОРТ-СИСТЕМЫ ДЛЯ ХИМИОТЕРАПИИ

Порт-системы для длительного введения лекарственных препаратов - это новая ступень развития техники внутривенных процедур. Применение порт-систем у больных с онкологическими заболеваниями это неотъемлемая часть «золотого стандарта» лечения. До 90-х годов прогноз при злокачественных заболеваниях крови был неблагоприятным. Современная онкогематология находится на том уровне, когда многие заболевания перестали быть угрозой для жизни, а при своевременном лечении возможно выздоровление пациента. Наиболее эффективным методом лечения на сегодняшний день является полихимиотерапия. Современные программы полихимиотерапии предполагают введение

высоких доз цитостатиков, продолжительную инфузию препарата и длительное курсовое лечение. Многократные пункции и катетеризации вен сопряжены с раздражением сосудистой стенки, флебитами/флеботромбозами, некрозом тканей при случайной экстравазации цитостатиков. Применение центрального венозного доступа позволяет избежать большинства указанных проблем, однако связано с риском инфекционных и тромботических осложнений, опасностью воздушной эмболии. Наличие центрального венозного катетера требует постоянного пребывания пациента в стационаре и вызывает дискомфорт и трудности выполнения гигиенических процедур. В этой связи значительным преимуществом обладают полностью имплантируемые порт-системы, которые не подвержены внешним факторам воздействия в перерывах между инфузиями. В развитых странах имплантация венозного порта входит в современные стандарты проведения длительной химиотерапии. Средняя цена порт-системы 180 Евро.

Материалы и методы исследования. В ГБУЗ КОКБ с 2011г. порт-системы Celsite ST301P (B/BRAUN) были имплантированы 5 пациентам (1 муж., 4 жен.,) в возрасте от 21 до 61 года. Пациенты получали курсовую химиотерапию по поводу Т-клеточной лимфомы IV В стадии (1 пациент), острого лимфобластного лейкоза (2 пациентки) и острого миелобластного лейкоза (2 пациентки). Всем пациентам порт-система устанавливалась через 1-9 месяцев после достижения ремиссии заболевания. Порт-система представляет собой небольшую емкость, выполненную из титана или пластика (полисульфон), в верхней части силиконовую мембрану, через которую специальной иглой выполняются пункции для забора крови, химиотерапии и промывания устройства. В боковую часть порта подсоединяется катетер; другой его конец размещается в верхней полой вене. Устанавливается порт в операционной, под местной анестезией. Для пункции порта используется специальная игла Губера, исключающие повреждение силиконовой мембраны порта. Силиконовая мембрана порта выдерживает от 1000 до 3000 проколов.

Результаты исследования. 4 пациента - живы (3 порт-системы активно используются, одна удалена из-за диастаза кожи над порт-системой). Порт-системы эксплуатируются к настоящему времени от 5 до 17 месяцев. Один пациент умер.

При функционировании порта выявлены следующие преимущества:

1. Порт-система, ввиду малого веса, не вызывает дискомфорта у пациента.
2. Система не дает помех при КТ или МРТ исследовании.
3. После окончания инфузии и удаления иглы больной может вернуться к привычному образу жизни, принимать водные процедуры, включая занятия в бассейне.

Выводы.

Таким образом, постановка порт-системы позволяет избежать риска инфекционных, тромботических осложнений и воздушной эмболии, а также обеспечивает максимальный комфорт и качество жизни у больных онкогематологическими заболеваниями.

Челышев Е.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОМНИК (ТАМСУЛОЗИН) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в настоящее время распространена настолько широко, что многие исследователи говорят о неизбежности этого состояния у мужчин. По данным разных авторов ДГПЖ обнаруживается у 40% мужского населения в возрасте 50 лет и более чем у 90% старше 80 лет. Наряду с оперативным лечением ДГПЖ (трансвезикальная аденомэктомия, трансуретральная резекция простаты и т.д.) в современной урологии применяются методы медикаментозного лечения данного заболевания, которые завоевывают все большую популярность.

В исследовании принимал участие 41 пациент с ДГПЖ, которые проходили амбулаторное или стационарное обследование и лечение в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». Средний возраст пациентов составлял 63,1 года. Все пациенты предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, особенно в ночное время, ослабление струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря,

затруднение при мочеиспускании.

Обследование больных включало в себя проведение пальцевого ректального исследования предстательной железы, ультразвукового исследования простаты и определения объема остаточной мочи, урофлоуметрию (максимальная объемная скорость мочеиспускания (МОСМ) и средняя объемная скорость мочеиспускания (СОСМ)), исследование крови на содержание простатоспецифического антигена, а также использование международной системы суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (I-PSS).

Пациенты принимали препарат омник в течении 3-х месяцев по 0,4 мг в сутки после завтрака per os. Большинство пациентов после проведенного лечения отмечали усиление потока мочи при мочеиспускании, снижение частоты мочеиспускания, особенно в ночное время. Изучение показателей обследования пациентов, применявших омник, проводилось после окончания курса лечения. Было отмечено снижение показателя I-PSS с 18,3 до 14,5 баллов, индекс оценки качества жизни уменьшился с 4,4 до 1,7. При исследовании показателей урофлоуметрии выявлено увеличение МОСМ с 10,1 мл/с до 12,9 мл/с, СОСМ с 5,3 мл/с до 6,7 мл/с. Количество остаточной мочи у пациентов уменьшалось в среднем со 121 мл до 52 мл. Проведенное ТРУЗИ предстательной железы не выявило каких-либо значимых изменений по сравнению с исходными значениями.

У 1 пациента отмечено появление головной боли после приема омника, что потребовало отмены препарата.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что применение омника (тамсулозина) у пациентов с ДГПЖ позволяет купировать основные симптомы заболевания у мужчин и позволяют рекомендовать данный препарат для применения в урологической практике.

Челышев Е.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время в урологической практике трансуретральная резекция (ТУР) используется в основном для лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), что обусловлено высокой распространенностью данной патологии.

Общепризнанным является тот факт, что ТУР простаты на сегодняшний день является «золотым стандартом» в лечении ДГПЖ. Необходимо отметить, что применение ТУР у пациентов пожилого и старческого возраста значительно расширяет показания для проведения вмешательства, особенно для больных с выраженными сопутствующими заболеваниями, которые являются противопоказаниями для открытых операций.

Мы использовали ТУР у 203 пациентов с ДГПЖ. Средний возраст пациентов составил 66,4 года. Объем предстательной железы по данным УЗИ составил от 42 до 73 см^3. Необходимо отметить, что у 11 пациентов имелся надлобковый мочевой свищ, а 145 пациентов страдали сопутствующими заболеваниями, в основном сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, стенокардия, постинфарктный кардиосклероз и т.д.).

Все пациенты проходили общеклиническое и инструментальное обследование (УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы с определением объема остаточной мочи, обзорная и экскреторная урография с нисходящей цистографией (по показаниям), урофлоуметрия). Всем пациентам проводилось пальцевое ректальное исследование предстательной железы, исследование крови на содержание простатоспецифического антигена, а также использование международной системы суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (I-PSS) и оценка качества жизни (L). Все пациенты удовлетворительно переносили оперативное вмешательство, послеоперационный период протекал гладко, однако у 7 больных потребовалась повторная ревизия мочевого пузыря и ложа предстательной железы с прижиганием кровоточащего сосуда резектоскопом, а у 2 пациентов - открытая операция с прошиванием кровоточащего сосуда.

Уретральный катетер удаляли в сроки от 24 до 72 часов. Основная масса пациентов на 3-4 сутки после операции были выписаны из урологического стационара под наблюдение уролога поликлиники. После проведенного оперативного лечения большинство пациентов субъективно отмечали усиление потока мочи, снижение частоты, как ночного, так и дневного мочеиспускания. После проведенной операции изменялись показатели суммарной оценки заболеваний простаты I-PSS (с 18,3±5,2 до 11,2±4,6) и индекс качества жизни L (с 4,8±1,1 до 3,5±2,1), а также количество остаточной мочи (с 135±39,1 до 69,6±27,3 мл). При исследовании показателей урофлоуметрии выявлено увеличение максимальной объемной скорости мочеиспускания с 10,3 мл/с. до 12,8 мл/с., средней объемной скорости мочеиспускания с 5,3 мл/с. до 6,5 мл/с.

Таким образом, применение ТУР для пациентов с ДГПЖ является предпочтительным, так как позволяет радикально и эффективно провести оперативное лечение, уменьшить операционную травму, сократить сроки лечения в стационаре. Немаловажным является и то, что проведение данного вмешательства не противопоказано пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, особенно сердечно-сосудистой системы.

Чернявский С.С., Фаев А.А., Баранов А.И., Мугатасимов И.Г., Дроздов С.С.

МБЛПУ «Городская клиническая больница N 29»
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ИЗ МОНОДОСТУПА

Актуальность. Современные методики малоинвазивного лечения перфоративной язвы ДПК имеют ограниченные возможности. Развитие и совершенствование методик малоинвазивного хирургического лечения при ПЯ ДПК и признано приоритетной и актуальной задачей современной хирургии.

Цель исследования. Изучение результатов раннего послеоперационного периода при видеоассистированном ушивании перфоративной дуоденальной язвы из единого лапароскопического доступа.

Материалы и методы исследования. С 01.08.2012 по 01.05.2013 в рамках проспективного исследования оперированы 7 пациентов с ПЯ ДПК, которым выполнялась видеоассистированное ушивание перфоративной язвы ДПК через единый лапароскопический доступ (ВАУ-ЕЛД). Пациенты - мужчины в возрасте от 22 до 42 лет, с ИМТ 21,2- 24,3 кг/м^2. При поступлении в стационар всем пациентам производился стандартный алгоритм диагностических мероприятий, включающий в себя: клиническое исследование крови, мочи, обзорную рентгенографию брюшной полости, ЭКГ, пальцевое ректальное исследование.

Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации, сроки перфорации более 24 часов, подозрение на сочетание перфорации язвы со стенозом и кровотечением. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом, через трансректальный доступ в правом подреберье, где устанавливалась система одного доступа X-CONE (Karl Storz).

После наложения карбоксиперитонеума 12-14 мм рт.ст., визуализации перфоративного отверстия проводилась санация брюшной полости через X-CONE (Karl Storz), с последующим извлечением порта и экстракорпоральным ушиванием перфоративного отверстия отдельными узловыми швами в один или два ряда по методике сходной при лапаротомном способе ушивания. Рана доступа послойно ушивалась.

Результаты исследования. Продолжительность операции ВАУ-ЕЛД составила 32-70 (55±5,2) минут. Длина раны трансректального доступа 25-37 мм. Болевой синдром по 10 бальной визуально - аналоговой шкале составил в первые сутки 1,6 балла и 0,7 балла на третьи сутки. Обезболивание наркотическими анальгетиками не требовалось, длительность анальгезии не превышала 3 суток. Восстановление физической активности (начало ходьбы) отмечено в сроки от 9 до 33 (19,6±3,9) часов, перистальтики от 12 до 76 (37,5±11,8) часов. Продолжительность

госпитализации от 5 до 9 (6,7±0,6) суток, что связано с необходимостью проведения антибактериальной терапии. Интраоперационных, послеоперационных осложнений, конверсии и расширения доступа не было.

Выводы.

Показатели раннего послеоперационного периода при видеоассистированном ушивании перфоративной дуоденальной язвы из единого лапароскопического доступа соответствуют всем критериям малоинвазивных операций.

Шерман С.В., Галятина Е.А., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) занимает особое место среди гнойных хирургических инфекций детского возраста, выделяясь тяжестью течения и частотой неблагоприятных исходов и осложнений. Успех лечения острого гематогенного остеомиелита у детей зависит от ранней диагностики заболевания и оптимального хирургического вмешательства. Эпифизарный остеомиелит (ЭО) продолжает оставаться актуальной проблемой, поскольку диагностика данного заболевания представляет определенные трудности. Количество диагностических ошибок в детских хирургических клиниках может составлять 15,7%, по данным Г.Н. Акжигитова и соавт., 1998 г. Наибольшие затруднения вызывает атипичное течение ЭО. У 11,8% больных эпифизарный остеомиелит протекает атипично (Г.Н. Акжигитов и соавт., 1998 г.).

Для атипичной формы ЭО характерно легкое начало. Состояние детей практически не страдает. У большинства больных отсутствует температура, у отдельных пациентов выявляется умеренная припухлость в области пораженного сустава, конечности. Проявление артрита идет медленно за счет накопления выпота в полости сустава. В то же время, процесс остеодеструкции протекает более активно по сравнению с его внешними проявлениями. В результате несоответствия процесса в кости и окружающих мягких тканях, к моменту поступления к хирургу, наблюдаются значительные деструктивные изменения в пораженной зоне.

В отделении детской хирургии нашей клиники с 1994 года по 2012 год, пролечено 14 детей с острым гематогенным с эпифизарным остеомиелитом, что составило 22% от всех случав острого гематогенного остеомиелита.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больной З., 2 месяца поступил в ДХО в октябре 2012 года с жалобами на отсутствие движения, отек, покраснение в области правого предплечья, повышение температуры до 39,0°. Болен в течении 14 дней. В дебюте отмечалась гипертермия до 38,0°. Проводилось лечение участкового педиатра с диагнозом: ОРВИ, фарингит. Отмечалась нормализация температуры. Через 7 дней появились ограничение движения, отек в области правого предплечья. За 3 дня до поступления отек начал нарастать, появилось беспокойство ребенка, поднялась температура до 39°. Обратились к хирургу.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, за счет интоксикации, гипертермии 38,4° С, болевого синдрома. Кожа чистая. По внутренним органам без патологических изменений. На всем протяжении правого предплечья выраженный отек, гиперемия. Выраженная болезненность. Движения в правом локтевом, лучезапястном суставах ограничены. На рентгенограмме правого предплечья тотальное поражение лучевой кости с очагами деструкции, патологический перелом в проксимальной трети. Лучевым доступом по тыльной поверхности правого предплечья вскрыта флегмона. Выделилось до 50 мл гноя. Взят посев на микрофлору. Оголена лучевая кость. В дистальном и проксимальном метафизах имеются дефекты, патологические переломы. Вскрыты затеки. Лучевая кость вскрыта на всем протяжении, проведена остеонекрэктомия. Участок кости взят на гистологическое исследование. Туалет раны водным раствором хлоргексидина. Дренирование раны силиконовыми трубками. Рана ушита. При посеве из раны выделен золотистый стафилококк. Лечение остеомиелита: цефотаксим, сультасин, метрогил, инфузия глюкозо-солевых

растворов. Местно: промывание по дренажам водным раствором хлоргексидина. Гипсовая иммобилизация. Физиолечение: УВЧ, лазер. Дренажи удалены на 7 сутки. Швы сняты на 14 сутки. Заживление первичным натяжением. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 23 сутки.

Шофорусь Т.В., Репникова Р.В., Барбараш О.Л.

Кемеровская областная клиническая больница
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН
г.Кемерово, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ БЕТА-БЛОКАТОРЫ

Актуальность. Ежегодно в мире более 100 миллионов взрослых пациентов подвергаются некардиологическим оперативным вмешательствам и у 500000-900000 пациентов возникают сердечно-сосудистые осложнения.

Цель исследования. Оценить безопасность использования бета-адреноблокатора (БАБ) бисопролола в периоперационном периоде у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), подвергшихся плановой лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 123 пациента с АГ, которым планировалось выполнение плановой лапароскопической холецистэктомии. Пациенты были рандомизированы в 2 группы. Пациенты 1 группы (n=57) получали в предоперационном периоде бисопролол, а пациентам 2 группы (n=66) была проведена коррекция ранее получаемой антигипертензивной терапии без добавления БАБ. Обследование пациентов включало помимо традиционного предоперационного исследования оценку показателей суточного мониторирования артериального давления (АД). К моменту поступления в стационар на фоне коррекции антигипертензивной терапии у всех больных были достигнуты целевые уровни АД.

Результаты исследования. В 1 группе частота сердечных сокращений (ЧСС) при поступлении в стационар (66,1±6,9 уд. мин.) и накануне оперативного вмешательства (61,3±6,1 уд. мин.) была ниже, чем во 2 группе (74,5±8,2 и 73,9±7,0 уд. мин., соответственно, $p<0,001$ для обоих периодов). При анализе динамики показателей СМАД выяснено, что в течение «предоперационных» суток значения ночных и дневных измерений АД не различались в анализируемых группах.

Мониторирование показателей АД и ЧСС в интраоперационном периоде показало несколько меньшие цифры АД в 1 группе.

Использование в предоперационном периоде у пациентов с АГ бисопролола позволило снизить гемодинамические проявления стресса. У пациентов 1 группы ЧСС была достоверно ниже во время интубации ($p<0,001$), а систолическое АД - во время наложения карбоксиперитонеума ($p<0,05$) и в конце операции ($p<0,05$) по сравнению со 2 группой. Периоперационные осложнения выявлены у 11 (19,3%) пациентов 1 группы и 25 (37,9%) пациентов 2 группы.

Выводы.

Использование в предоперационном периоде при лапароскопической холецистэктомии БАБ бисопролола является безопасным и позволяет снизить гемодинамические проявления стресса у пациентов с АГ.

Яковлева Н.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Актуальность. Бесплодие - одна из острейших проблем современной гинекологии. В последнее время увеличивается количество сочетанных форм бесплодия, в связи с этим большое значение приобретает выбор современных подходов к диагностике и лечению бесплодных женщин.

Цель исследования. Определение информативности различных методов исследования при диагностике бесплодия у женщин.

Материалы и методы исследования. В гинекологическом отделении ФГБЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» в период с 2000 по 2010 гг. было проведено комплексное обследование 1840 пациенток с бесплодием. Средний возраст больных составил 28,6±0,4 лет. Продолжительность бесплодия была от 2 до 17 лет. С целью проверки проходимости маточных труб использовали 4 метода:

- гистеросальпингографию,
- эхогистеросальпингоскопию,
- мультиспиральную компьютерную гистеросальпингографию,
- лапароскопию с хромотубацией и гистероскопию.

Результаты исследования. Гистеросальпингография как недорогой и малоинвазивный метод исследования проходимости маточных труб был использован для скрининга 1251 пациентке с бесплодием. По данным рентгенологической гистеросальпингографии пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием составили 64,3% (804). При диагностике трубной патологии определено 23,2% (35) случаев расхождения при проведении гистеросальпингографии в сравнении с лапароскопией и хромотубацией, (p=0,03). Диагностическая эффективность гистеросальпингографии составила 77%. Диагностическая чувствительность гистеросальпингографии в выявлении общей трубной патологии составила 91%, диагностическая специфичность 43,5%. Для диагностики перитубальных спаек точность гистеросальпингографии остается невысокой: диагностическая чувствительность - 41,1%, специфичность - 56,2%. Кроме того, низкая диагностическая информативность гистеросальпингографии определена нами при выявлении сочетанной гинекологической патологии 12,5% в сравнении с лапароскопией 99% (p<0,001).

При использовании соногистеросальпингоскопии для выявления трубной патологии диагностическая чувствительность составила 53,6%, диагностическая специфичность - 70,6%. При проведении обследования маточных труб методом соногистеросальпингоскопии нами были выявлены определенные трудности в определении точного уровня проксимальной окклюзии маточной трубы и выявления дистальной патологии маточных труб при отсутствии гидросальпинксов. При диагностике сочетанной гинекологической патологии ультразвуковое исследование оказалось в 4,8 раза более информативным, чем ГСГ (60,2% и 12,5%, соответственно, (p<0,001).

По результатам мультиспиральной компьютерной гистеросальпингографии совпадение с лапароскопическими данными обследования проходимости маточных труб отмечено в 96,7% (29) случаев, в отличие от рентгенографической гистеросальпингографии, где совпадение с лапароскопией обнаружено в 76,8% случаев (p=0,03). Кроме проверки проходимости маточных труб и точного установления уровня окклюзии при данном методе исследования, благодаря высокой разрешающей способности и трехмерной визуализации, оказалось возможным провести диагностику внутриматочной патологии (96,6%), генитального эндометриоза (90%), заболеваний яичников и матки (96,7%), патологии костного скелета (100%). Однако данный метод исследования имеет недостатки: высокую стоимость и влияние ионизирующей радиации во время обследования.

Эндоскопическое исследование проводили на заключительном этапе обследования. Ведущее место в структуре причин бесплодного брака занимала трубно-перитонеальная форма

(68,3%), обусловленная патологией маточных труб и спайками, вызванными воспалительным процессом, перенесенными оперативными вмешательствами, эндометриозом. Маточное бесплодие отмечено у 197 (10,7%) больных. Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции выявлено у 297 (16,1%) пациенток. Другие формы бесплодия - у 89 (4,9%) женщин.

Детальный анализ клинико-анамнестических данных и результатов комплексного обследования 1257 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия свидетельствовал о гетерогенном характере нарушений репродуктивной системы у данного контингента больных. Сочетанные формы бесплодия определены у 74,9% (942) женщин. Наиболее часто у пациенток с трубным бесплодием отмечалось сочетание с другими формами бесплодия (64,7%) и маточным фактором бесплодия (61,7%). Эндокринный фактор определен у 245 (19,5%) женщин. Нарушения репродуктивной функции обоих супругов диагностированы у каждой третьей супружеской пары - 402 (32%).

При проведении лапароскопии с хромотубацией в комплексе с гистероскопией у большинства пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия выявлена дистальная патология маточных труб - 704 (56%), проксимальная окклюзия определена у 240 (19,1%), перитонеальные спайки при проходимых маточных трубах диагностированы у 313 (24,9%). При эндоскопическом обследовании проведено изучение основных факторов, влияющих на репродуктивный результат: наличие и размеры гидросальпинкса, степень тяжести спаечного процесса в полости малого таза, наличие воспалительного процесса и очагов эндометриоза, состояние дистального отдела маточных труб. Прогностически благоприятными факторами для наступления маточной беременности явились: оценка дистального отдела маточной трубы менее 14 баллов, сальпингоскопические показатели менее 16 баллов и степень тяжести спаечного процесса в полости малого таза менее 39 баллов.

Выводы.

Для достоверного установления причин бесплодия необходимо использовать комплекс инструментальных, лучевых, эндоскопических методов диагностики. Однако, несмотря на высокую информативность лучевых методов диагностики при обследовании женщин с бесплодием, наибольшую информативность в выявлении причин бесплодия, в выборе метода лечения и прогнозе восстановления репродуктивной функции имело комплексное эндоскопическое обследование.

ОФОРМИТЕ ЗАКАЗ КНИГИ!

**Политравма. Неотложная помощь и транспортировка/
В.В. Агаджанян, И.М. Устьянцева, А.А. Пронских, и др.
- Новосибирск: Наука, 2008. - 321 с.**

В монографии рассмотрены все составляющие медицинской транспортировки пациентов в критическом состоянии, включая вопросы организации и менеджмента, неотложной помощи и лечения. Подробно изложены комплексная система организации транспортировки, состав и основные принципы работы лечебно - транспортных бригад. Особое внимание удалено проблемам неотложной помощи при травмах центральной нервной системы и органов грудной полости, абдоминальных и тяжелых скелетных травмах и термотравмах. Представлены организационные стратегии внутригоспитальной транспортировки с единых позиций системного подхода оказания медицинской помощи пострадавших с политравмой.

Книга предназначена реаниматологам, травматологам-ортопедам, нейрохирургам, хирургам, другим специалистам, принимающим участие в транспортировке и лечении пострадавших с политравмами.

ОФОРМИТЕ ЗАКАЗ КНИГИ!

**Политравма. Неотложная помощь и транспортировка/
В.В. Агаджанян, И.М. Устьянцева, А.А. Пронских, и др.
- Новосибирск: Наука, 2008. - 321 с.**

В монографии рассмотрены все составляющие медицинской транспортировки пациентов в критическом состоянии, включая вопросы организации и менеджмента, неотложной помощи и лечения.

Подробно изложены комплексная система организации транспортировки, состав и основные принципы работы лечебно-транспортных бригад.

Особое внимание удалено проблемам неотложной помощи при травмах центральной нервной системы и органов грудной полости, абдоминальных и тяжелых скелетных травмах и термотравмах.

Представлены организационные стратегии внутригоспитальной транспортировки с единых позиций системного подхода оказания медицинской помощи пострадавших с политравмой.

Книга предназначена реаниматологам, травматологам-ортопедам, нейрохирургам, хирургам, другим специалистам, принимающим участие в транспортировке и лечении

Только у нас

По вопросу приобретения обращаться:
"Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"
Россия, 652509, Кемеровская область, г.Леспинск-Кузнецкий, Лесной городок, 52/2
Тел.: (384-56) 2-38-88; Fax: (384-56) 2-40-50; E-mail: info@gnkc.kuzbass.net, irmaust@gnkc.kuzbass.net, www.mine-med.ru

Кому: "Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма." _____ экз.

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

Кому: "Благотворительный Фонд охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма. Септические осложнения" _____ экз.

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ

Агафонова Н.В., Алексеева А.Г., Конев С.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ МЕТОДОМ МСКТ

Актуальность. Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения остаются одной из актуальных проблем современной медицины. По оценкам разных авторов, до 20% больных, перенесших инсульт, становятся глубокими инвалидами, до 60% имеют выраженное ограничение трудоспособности и нуждаются в проведении длительной и затратной реабилитации, и лишь менее 25% больных возвращаются к привычной трудовой деятельности. Важным элементом специализированной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения является раннее начало дифференцированной терапии.

Основными методами нейровизуализации инсультов являются КТ и МРТ, но сроки выполнения их для подтверждения клинического диагноза различны. Установлено, что до 80% всех инсультов имеют ишемическую природу, а на долю геморрагических инсультов приходится около 20%.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы клинико-неврологические и КТ данные - 990 пациентов, поступивших в приемное отделение с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения за период с января 2012 года по май 2013 года. Исследования головного мозга проводили на двухсрезовом компьютерном томографе Hi Speed dual (General Electric). Средний возраст пациентов составил 67,1 лет. Сроки поступления пациентов варьировали от нескольких часов до 2-х суток от начала развития заболевания.

Цель исследования. Оценить роль МСКТ в диагностике ишемических и геморрагических инсультов.

Результаты исследования. Среди всех пациентов, поступивших с диагнозом ОНМК, признаки острого нарушения мозгового кровообращения были выявлены всего у 297 пациентов после проведения МСКТ, что составило 32,7%. У 111 пациентов (12,1%) патологии на момент обследования выявлено не было. Эти пациенты были доставлены в больницу через 4-6 часов от начала заболевания, и при повторном обследовании через сутки у 18 пациентов из этой группы были выявлены признаки острого нарушения мозгового кровообращения.

Опухоль головного мозга выявлена была у 31 пациента - (3,4%), черепно-мозговая травма у 11 пациентов - (1,2%). У 57 пациентов (6,3%) были выявлены признаки последствий мозгового кровообращения в виде кист, глиальных рубцов, и наибольшую часть составили пациенты (394 чел. - 43,2%) с сосудистой энцефалопатией без признаков наличия острого нарушения мозгового кровообращения. Воспалительные изменения головного мозга выявлены были у 2-х пациентов (0,2%) в виде абсцесса мозга, и у одного пациента была выявлена аневризма на уровне средней мозговой артерии справа (0,1%).

В группе пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения ишемический инсульт выявлен был у 230 пациентов, что составило 23,3%, геморрагические инсульты у 82 пациентов - 8,4%.

Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии справа выявлен был у 79 пациентов (34,3%), превалировал у лиц женского пола - (53,2%). Средний возраст пациентов составил 69,7 лет. Основная масса пациентов поступала в марте и апреле.

Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева выявлен был у 90 пациентов (39,1%). Средний возраст пациентов составил 66,7 лет. Женщины составили 45%, мужчины 55%.

Ишемические инсульты в вертебробазилярном бассейне выявлены были у 32 пациентов (14%). Женщины составили 35,3%, мужчины - 64,7%. Средний возраст составил 64,5 лет, и наибольшее поступление пациентов отмечено в феврале месяце.

Наименьшую группу составили пациенты с лакунарными инсультами - 29 человек (12,6%). Средний возраст 60,8 лет, преобладали мужчины, которые составили 72,8%, и женщины - 27%. Наибольшее количество пациентов поступило в феврале и марте.

В группе пациентов с геморрагическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии справа выявлено было у 48 пациентов (58,5%), средний возраст пациентов составил 71,5 лет. Женщины и мужчины распределились поровну. Прорыв крови в желудочковую систему выявлен у 19 пациентов (39,5%) с дислокацией и масс-эффектом. По месяцам наибольшее поступление пациентов отмечено с марта по июнь.

Геморрагический инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева выявлен был у 19 пациентов (23,1%). Средний возраст составил 64,2 лет. Женщины составили 57,1%, мужчины 42,9%. Прорыв крови в желудочковую систему с дислокацией срединных структур выявлен был у 8 пациентов (9,7%). Пик инсультов отмечен в апреле.

Геморрагический инсульт в проекции задней черепной ямки выявлен был у 15 пациентов (1,8%). Средний возраст составил 62 года и превалировал у лиц мужского пола - (76,4%), женщины составили 23,6%. Прорыв крови в область четвертого желудочка с тампонадой и развитием окклюзионной гидроцефалии выявлен был у 4-х пациентов (26,6%). Геморрагический инсульт в бассейне передней мозговой артерии выявлен был у 6 пациентов (7,3%), средний возраст составил 66,1 лет, и превалировали мужчины.

Субарахноидальное кровоизлияние без локальных геморрагических очагов отмечено у 2 пациентов (2,4%). Средний возраст составил 57 лет. У пациентов с геморрагическим инсультом.

Выводы.

1. Основным методом диагностики острых нарушений кровообращения головного мозга является МСКТ.
2. Диагностика ишемических инсультов методом МСКТ более достоверна после 24 часов от начала развития заболевания и менее информативна в первые часы заболевания.
3. В структуре острых нарушений мозгового кровообращения преобладают ишемические инсульты в бассейне средней мозговой артерии слева, а в группе пациентов с геморрагическими инсультами преобладали геморрагические инсульты в бассейне средней мозговой артерии справа.
4. Средний возраст пациентов с геморрагическим инсультом составил 62,7 лет, а средний возраст пациентов с ишемическим инсультом составил 67 лет.
5. У пациентов с геморрагическим инсультом прорыв крови в желудочки с тампонадой последних и развитием окклюзионной гидроцефалии, дислокации срединных структур выявлен был у 37,8% пациентов.
6. Ишемические инсульты превалировали у мужчин, геморрагические инсульты отмечались в равной степени как у женщин, так и у мужчин.
7. По временам года наибольшее количество инсультов как ишемических, так и геморрагических, отмечено в период с февраля по апрель.

Алтарев С.С., Поданева Ю.Е., Барбараш О.Л.
ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АНТИАГРЕГАНТАМИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЯМИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА

В последнее время широко обсуждается возможность проведения полостных операций, в том числе на сердце и сосудах, у пациентов с ишемической болезнью сердца без отмены либо с поздней отменой (менее пяти суток до хирургического вмешательства) антитромбоцитарных препаратов. Согласно европейским и североамериканским рекомендациям большинство операций, проводимых у пациентов, принимающих ацетилсалициловую кислоту с целью вторичной профилактики церебро- и кардиоваскулярных событий, должно проводиться без ее отмены. Тем не менее, эффективность пролонгированной антиагрегантной терапии, проводимой в отдельных субпопуляциях пациентов, в плане профилактики тромбоишемических событий и ее безопасность относительно риска кровотечений не изучены. В проведенных ранее работах одним из факторов

риска послеоперационных геморрагических осложнений являлась низкая масса тела пациентов.

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность пролонгированной антитромбоцитарной терапии перед операциями коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с различным индексом массы тела (ИМТ).

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные Регистра коронарного шунтирования УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, г.Кемерово, который велся в 2009 г. (Регистр). В Регистре содержится информация обо всех случаях коронарного шунтирования, проведенных в центре за отчетный период, включая демографические, клинические и параклинические данные на каждого пациента, информацию об оперативном вмешательстве, получаемом до и после вмешательства лечении, интра- и послеоперационных осложнениях и исходах КШ. Для целей настоящего анализа выделялись группы с ИМТ<25,0 кг/м^2 (группа 1) и с ИМТ≥25,0 кг/м^2 (группа 2).

Формирование баз данных проводилось в среде Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corporation). Статистическая обработка материала осуществлялась в среде пакета статистических программ SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc.). Анализ таблиц сопряженности вида 2x2x2 проводился с использованием лог-линейного анализа. Критическое значение двустороннего уровня значимости принималось равным 5% (0,05).

Результаты исследования. Всего в Регистр включено 825 человек, из них 160 пациентов (21,1%) с ИМТ<25,0 кг/м^2. В 137 случаях (16,6%) отмена антитромбоцитарной терапии происходила менее чем за пять суток до хирургического вмешательства (группа поздней отмены антиагрегантов). По клинико-анамнестическим показателям пациенты последней группы были сопоставимы с пациентами, у которых антиагреганты были отменены за пять и более суток до операции (группа ранней отмены антиагрегантов).

Для оценки эффективности и безопасности пролонгированной антитромбоцитарной терапии строились таблицы вида 2x2x2. Выяснилось, что частота ранних послеоперационных кровотечений была сопоставимой во всех группах и подгруппах пациентов и колебалась от 5,7% до 9,0% (G^2=4,1, df=4, p=0,39). Частота ранних послеоперационных церебро- и кардиоваскулярных тромбоишемических событий была наивысшей в подгруппе пациентов с ИМТ<25,0 кг/м^2 и ранней отменой антиагрегантов (10,5%), тогда как в других подгруппах этот показатель не превышал 3,0% (G^2=26,7, df=4, p<0,001).

Выводы.

Пролонгированная антитромбоцитарная терапия перед операциями КШ безопасна независимо от ИМТ и профилактирует больше церебро- и кардиоваскулярных тромбоишемических событий у пациентов с низким либо нормальным ИМТ, чем у лиц с повышенным ИМТ.

Андриенко А.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения России
г.Барнаул, Россия

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ РА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГОРОДА БАРНАУЛА

Ревматоидный артрит (РА) - хроническое заболевание, характеризующееся эрозивным поражением синовия и системным воспалительным процессом в висцеральных органах и системах. Поражение системы кровообращения у больных РА обусловлено, в частности, васкулитом, распространенность которого, по данным различных авторов составляет от 20 до 75%. При поражении артерио-артериолярного сосудистого звена страдает микроциркуляция тканей, результатом чего становится их гипоперфузия и развитие ишемических явлений. Перспективным в области исследования микроциркуляции видится метод лазерной допплеровской флуометрии (ЛДФ), основанный на оптическом сканировании ткани лазерным лучом и восприятии его отражения датчиком по законам эффекта Допплера. Полученый сигнал подвергается сложному компьютерному анализу частотного спектра света лазера, который отражается от движущихся в микроциркуляторном регионе эритроцитов.

Цель исследования. Изучить распространенность микроциркуляторных нарушений среди больных РА.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены лица женского пола, находившиеся на стационароном лечении в городском ревматологическом центре г.Барнаула с диагнозом РА (n=75), длительностью заболевания более одного года, серопозитивные по ревматиодному фактору, со II-III степенью активности и II-III рентенологической стадией. Средний возраст их составил 57,04±5,24 лет. Средний возраст в данной группе составил 53,21±2,11 года. Критериями исключения стали возраст старше 70 лет, наличие злокачественных опухолей, декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой, бронхолегочной и эндокринной патологии, беременность.

Микроциркуляторный статус оценивали при помощи ЛДФ на аппарате «ЛАКК-2» по общему индексу микроциркуляции (ОИМ).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ MS Excell 2003 и программы Statistica - 6.0 с использованием критерия Манн-Уитни.

Результаты исследования. В группе больных РА ОИМ составил 14,20±5,6 перфузионных единиц (пф.ед.), что статистически значимо ниже по сравнению с должными значениями ОИМ, рассчитанными в группе контроля, равными 20,40±7,7 пф.ед. ($p<0,05$).

Среди больных РА у 5,14% ОИМ оказался в пределах должных значений, у 94,86% больных ОИМ был статистически значимо снижен.

Выводы.

В группе РА статистически значимо снижен микроциркуляторный статус, что выражается в снижении ОИМ по данным ЛДФ-граммы и свидетельствует о высокой распространенности васкулита у больных РА.

Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ГЛАУКОМА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА У РАБОТАЮЩИХ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Термин «глаукома» обозначает группу хронических заболеваний глаз, основным проявлением которых является постоянное или периодическое повышение внутриглазного давления (ВГД), что связано с нарушением оттока внутриглазной жидкости, а также с атрофией зрительного нерва и прогрессирующим ухудшением зрительных функций глаза. Среди ее клинических форм наиболее распространенной является первичная открытоугольная глаукома. Проблема глаукомы является одной из наиболее актуальных и важных проблем в офтальмологии. В литературе приводятся данные, согласно которым на сегодняшний день число больных глаукомой в мире составляет 66 млн. человек, но к 2020 г. их количество, возможно, возрастет до 76,6 млн. По расчетным данным, к 2030 г. число больных глаукомой увеличится в 2 раза.

Цель исследования. Изучить частоту распространения заболеваемости глаукомой у работающих на угольных предприятиях.

Оценить результаты диспансеризации пациентов с глаукомой за период с 2008 по 2012 гг. на примере поликлиники ФГБЛПУ «НКЦОЗШ».

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе офтальмологического кабинета поликлиники ФГБЛПУ НКЦОЗШ. Нами было осмотрено 2217 чел. в период с 2008 по 2012 гг. (1478 мужчин, 739 женщин), работающих на угольных предприятиях г.Ленинска-Кузнецкого и г.Полысаево.

Были использованы следующие методики: визометрия с коррекцией, биомикроскопия, гониоскопия, тонометрия, исследования центрального и периферического полей зрения, тонография, осмотр глазного дна.

Результаты и обсуждения. Все обследованные относились к группе риска, т.е имели повышенное внутриглазное давление выше 26-27 мм.рт.ст. Измерение внутриглазного давления

(ВГД) проводилось тонометром Маклакова. Отбор пациентов проводился по данным периодических медицинских осмотров и на первичном приеме.

Среди обследованных диагноз «глаукома» подтвердился у 55 пациентов.

Проведенным исследованием подтверждается отмеченная многими авторами зависимость заболевания от возраста пациента. По нашим данным, число лиц с впервые выявленной глаукомой в возрасте до 40 лет составляет 2% (1 чел.), от 40 до 50 - 45% (25 чел.), и от 50 до 70 лет - 53% (29 чел.).

Отмечается рост диспансерной группы и увеличивающуюся из года в год группу больных с глаукомой, находящихся на диспансерном учете. Частота распространения глаукомы за период с 2008 по 2012 гг. постоянно возрастает. В 2008 г. заболеваемость составляла 6,4 на 1000 населения, а к 2012 г. возросла до 8,9 на 1000 населения.

При оценке заболеваемости большое значение имеют ее главные клинико-функциональные характеристики, в том числе стадия болезни, на которой она выявлена. (Либман Е.С., 2004 г). В ходе анализа установлено, что доля начальной стадии глаукомы при постановке на диспансерный учет составляет 64%, что можно объяснить хорошо отлаженной системой активного выявления больных (это кабинет предварительного осмотра на базе поликлиники, использование во время углубленных мед. осмотров метода компьютерной периметрии «специализированный глаукомный скрининговый тест»), который позволяет обнаружить дефекты полей зрения уже на ранних стадиях заболевания. Однако мы видим растущую из года в год группу с развитыми стадиями заболевания. Приведенные данные указывают на явную тенденцию утяжеления процесса, а значит, и необходимости повышения эффективных мероприятий по диспансеризации и лечению, проведение реабилитационных мероприятий. Для разработки адекватных мер, направленных на решение проблемы глаукомы, необходима информация об инвалидности, как главном показателе медико-социальных последствий заболевания. Среди лиц трудоспособного возраста глаукома, как причина инвалидности, занимает 2-е место, уступив травмам. Среди больных трудоспособного возраста, направленных нами на МСЭК с диагнозом глаукома (по данным 2008), при освидетельствовании получили 3-ю группу инвалидности 86% (10 чел.). В контингенте инвалидов 2-й и 1-й гр. число лиц трудоспособного возраста уменьшилось до 14% (2 чел.). Проведенный анализ динамики инвалидизации по данным повторного освидетельствования через 3 года показал, что среди инвалидов 3-й группы стабилизация была достигнута лишь в 73% случаев (8 чел.), у 25% (3 чел.) инвалидов была установлена 2-я группа, а у 2% (1 чел.) даже 1-я. Следует отметить, что в случае перехода из 3-й группы в 1-ю ухудшение зрения и нарастающие ограничения жизнедеятельности были обусловлены не столько глаукомой, сколько сочетанной офтальмопатологией, преимущественно возрастной макулярной дегенерацией и катарактой.

Выводы.

Высокая, все увеличивающаяся распространенность глаукомы, ее лидирующая роль среди причин слепоты и инвалидности по зрению обуславливает необходимость повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий, научных исследований, организационных мер, способствующих своевременному адекватному лечению и диспансерному наблюдению лиц с глаукомой.

Архипова Е.И., Бойко Е.А., Зинченко И.П.
«ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОАГУЛОПАТИЙ

Коагулопатии - собирательное обозначение болезненных состояний, обусловленных нарушением синтеза, ингибированием или повышенным потреблением плазменных факторов свертывания крови или компонентов калликреин-кининовой системы, ДВС-синдромом и активизацией фибринолиза.

Выделяют наследственные и приобретенные формы коагулопатий.

В основе патогенеза приобретенных форм лежат поражения печени и почек. Коагулопатии могут встречаться при ДВС-синдроме, лекарственном воздействии, К-авитаминозе, высокой активности ингибиторов, либо при гиперфибринолизе, ревматоидном артрите, злокачественных опухолях,

геморрагических васкулитах. Коагулопатия вторичная обусловлена комплексными нарушениями в системе свертывания крови.

Наследственные коагулопатии вызываются генетически обусловленным снижением или извращением плазменных компонентов гемостаза. Наиболее распространенными формами являются гемофилия А, В, С, афибриногенемия.

К симптомам коагулопатий относят:

- бледные кожные покровы;
- геморрагический синдром;
- кровоизлияния, образующие обширные гематомы;
- гемартроз;
- внутренние органные кровоизлияния;
- гематурию.

Диагностика коагулопатии комплексная, включает клинико-лабораторные дифференциальные методики, от которых зависит успех лечения.

Лабораторная диагностика приобретенных коагулопатий основывается на выявлении дефицита факторов. Базовыми тестами являются АПТВ (АЧТВ), ПВ.

Для выявления уровня дефицита факторов внутреннего или внешнего механизмов исследуют АПТВ (для ф.VIII, ф.IX, ф.XI) или ПВ (для ф.II, ф.VII и др.).

Лабораторная диагностика наследственной коагулопатии проводится в три этапа:

- ориентировочная диагностика, основанная на наличии гипокоагуляции: АПТВ, ПВ, количество фибриногена, фибринолитическая активность;
- дифференциальная диагностика дефицита плазменных факторов и вида - гемофилии с помощью дефицитных плазм;
- количественное определение плазменных факторов VIII, IX, XI.

Самые простые тесты могут оказаться достаточно информативными. Однако в определении средних и малых отклонений при патологии сосудов, факторов VIII, IX, XI, эти тесты недостаточно надежны. При отягощенном анамнезе следует проводить дополнительно специальные тесты: проверить с помощью дефицитных плазм коагуляционную активность факторов VIII, IX, XI; для дифференциальной диагностики ф.VIII:C и ф.VIII:W в программу обследования необходимо включить определение ристоцетин-индуцированной агрегации тромбоцитов, активности ф.VIII:W в плазме и исследование ф.Виллебранда в плазме.

Цель исследования. Оценка эффективности лабораторного обследования больных с коагулопатией с учетом методов исследования гемостаза на основе современных подходов к тактике ведения больных в условия стационара и поликлиники.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в лаборатории клинической биохимии Кемеровской областной клинической больницы. Проведен ретроспективный анализ 72 гемостазиограмм, выполнено 124 исследования определения активности ф.VIII и выявления ингибитора к ф.VIII. Ингибитор к ф.VIII определен в 23 исследованиях. При определении ф.Виллебранда из 1268 выполненных гемостазиограмм лишь в 55 случаях отмечено снижение содержания фактора, у одного обследуемого ф.Виллебранда равен нулю. Ристоцетин-индуцированная агрегация тромбоцитов снижена в 14 гемостазиограммах.

Все исследования были выполнены на автоматических анализаторах гемостаза «ACL Elite Pro» («Instrumetation Laboratory», США) и «ACL 200» («Instrumetation Laboratory», США), анализаторе агрегации тромбоцитов НПФ «БИОЛА АЛАТ 230» (Россия). В лаборатории исследование факторов проводится с субстратной плазмой с резко выраженным дефицитом исследуемого фактора (менее 1%). Для проведения исследований используются реагенты ведущих фирм-производителей: «SIEMENS», «Orgentec» (Германия), «Instrumentation Laboratory» (США), ООО «Технология - Стандарт» (г.Барнаул), НПО «Ренам» (г.Москва).

Выводы.

Тесты АЧТВ, ПВ, количество фибриногена выполняются на обычных коагулометрах и могут служить первичным скринингом нарушений в свертывающей системе. Однако определение факторов VIII, IX, XI, ф.Виллебранда, исследование агрегационной способности тромбоцитов являются определяющим звеном в диагностике коагулопатий. Комплексная диагностика вносит свой вклад в снижение стоимости лечения пациента и уменьшает общие затраты медицинского учреждения. Достижения науки и новые технологии, появление современных диагностических

методов, приборов, аппаратов позволяет выявлять болезни на ранних этапах, а создание новых лекарств - проводить лечение на ином качественном уровне.

Астахова И.М., Ковзик Л.Д., Голубева В.И.
ФКУ ЛИУ-33 ГУФСИН России по Кемеровской области
г.Мариинск, Россия

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ДАННЫМ ЛИУ-33

С распространением лекарственной устойчивости особую тревогу вызывает распространение устойчивых штаммов МБТ у больных с впервые выявленным туберкулезом.

Цель исследования. Определить уровень лекарственной устойчивости впервые выявленных больных туберкулезом, поступающих в ЛИУ-33.

Материалы и методы исследования. Анализ 184 историй болезни впервые выявленных больных туберкулезом, поступивших в ЛИУ-33 из ИК области.

Результаты исследования. Все из 184 впервые выявленных больных туберкулезом обследованы на наличие МБТ методом посева. Положительный результат получен у 81 пациента (44%). Обследовано на лекарственную устойчивость к ПТП основного ряда 72 человека (89%).

Из обследованных на лекарственную устойчивость у 18 (25%) сохранена чувствительность ко всем ПТП основного ряда, в 75% случаев выявлена лекарственная устойчивость к ПТП основного ряда в различной комбинации. К изониазиду устойчивость выявлена в 51,4% случаев из обследованных на ЛУ; к рифампицину в 41,6%; к этамбутолу в 58,3%; к стрептомицину в 62,5% случаев. Уровень МЛУ (устойчивость к изониазиду и рифампицину) - 40,3%.

Следует отметить, что лекарственная устойчивость лишь к одному ПТП выявлена у 14 больных (19,4%), в остальных случаях ЛУ выявлена к комбинации препаратов. Одновременная ЛУ к 4 препаратам основного ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин) выявлена у 25 пациентов (34,7%).

30 больных (37%) обследовано на лекарственную устойчивость к ПТП резервного ряда. Чувствительность сохранена у 4 больных (13,3%) из обследованных на устойчивость к ПТП резерва. К этионамиду выявлена лекарственная устойчивость у 23 больных (76,6%); к ПАСК у 6 пациентов (20%); к канамицину у 4 больных (13,3%); к каприомицину у 2 больных (6,6%); к офлоксацину у 1 больного в комбинации с устойчивостью к этионамиду, канамицину, каприомицину (больной с милиарным туберкулезом в сочетании с ВИЧ инфекцией). К циклосерину лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных не отмечено.

Из больных, обследованных на ЛУ к ПТП резервного ряда, у 18 (60%) пациентов выявлена ЛУ к одному препарату (чаще к этионамиду - 15 человек). В 23,3% случаев лекарственная устойчивость определялась к 2 ПТП резерва (чаще комбинация этионамид и ПАСК), в одном случае выявлен ЛУ к 4 ПТП резерва.

Выводы.

1. Лишь у 25% впервые выявленных больных с бактериовыделением сохранена лекарственная чувствительность к ПТП основного ряда.

2. У 40,3% бактериовыделителей имеет место лекарственная устойчивость к изониазиду и рифамицину одновременно.

3. У впервые выявленных больных высок уровень первичной лекарственной устойчивости к препаратам резервного ряда.

4. Не выявлена первичная лекарственная устойчивость к циклосерину.

Бабаева Т.Н.
Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ, ИМЕЮЩИХ ОТЯГОЩЕННЫЙ ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

Актуальность. Актуальной проблемой для гемотрансфузионнозависимых пациентов с заболеваниями системы крови является синдром вторичной перегрузки железом. Перегрузка железом у больных миелодиспластическим синдромом (МДС), неходжкинскими лимфомами (НХЗЛ), апластической анемией (АА) обусловлена патогенетическими особенностями самого заболевания (нарушение эритропоэза), многочисленными гемотрансфузиями на фоне анемии, кроме того, имеются данные о связи фенотипических проявлений вторичной перегрузки железом с мутантными аллелями гена наследственного гемохроматоза HFE. Аллельные мутации гена HFE приводят к неограниченному взаимодействию трансферрина с трансферриновым рецептором и, как следствие, накоплению железа в тканях. Оценка состояния обмена железа у пациентов, получающих эритроцитсодержащие компоненты крови, позволяет прогнозировать риск развития вторичного гемохроматоза и разрабатывать коррекцию данных нарушений.

Цель исследования. Выявить наличие синдрома перегрузки железом у больных заболеваниями системы крови с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 52 пациента с заболеваниями системы крови (МДС, НХЗЛ, АА). Средний возраст больных составил 51,6±16,5 лет. Из общего числа обследованных выделены группы пациентов: больные с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом - 20 пациентов (14 больных МДС, 6 больных АА), среднее количество гемотрансфузий в год на одного пациента 25,38±23,15 доз; пациенты без гемотрансфузий в анамнезе до начала специфической терапии (32 больных НХЗЛ). Всем пациентам была проведена оценка показателей феррокинетики (уровень железа сыворотки, ОЖСС, КНТ, ферритин). Методом полимеразной цепной реакции (RT-PCR) были исследованы полиморфизмы гена HFE (C282Y и H63D, S65C).

Результаты исследования. При исследовании уровня ферритина сыворотки крови в группе трансфузионнозависимых пациентов синдром перегрузки железом выявлен у 30% обследованных (7 пациентов). Перегрузка железом регистрировалась у больных МДС в 85,7% случаев, а в группе пациентов с АА - в 14,3% случаев. При оценке степени тяжести вторичной перегрузки железом легкая степень (уровень ферритина 500 до 2000 мкг/л) регистрировалась у 85,7% обследуемых, при этом среднее количество гемотрансфузий в течение года у них составило 20,6±17,7; в 14,3% выявлена тяжелая степень перегрузки железом (уровень ферритина выше 4000 мкг/л), при среднем количестве гемотрансфузий в год - 55. В группе больных, не имеющих в анамнезе гемотрансфузий, синдром перегрузки железом не регистрировался ни у одного пациента. В группе первичных больных НХЗЛ в 9,4% случаев (3 пациента) регистрировалась перегрузка железом легкой степени тяжести, которую нельзя связать с предшествующими гемотрансфузиями. При исследовании мутационных вариантов гена HFE мутантные аллели выявлены у 17 пациентов с заболеваниями системы крови (32,6%), из них гетерозиготный фенотип C282Y только у 1 пациента, тогда как в 16 случаях регистрировались мутантные аллели, обладающие меньшей пенетрантностью. При сопоставлении показателей феррокинетики с результатами RT-PCR у 25% гемотрансфузионнозависимых пациентов и у 37,5% пациентов с НХЗЛ, в том числе, у 2 больных НХЗЛ, имеющих признаки перегрузки железом, выявлено носительство мутантных аллелей HFE (H63D, S65C).

Выводы.

В результате проведенного исследования было выявлено наличие посттрансфузионной перегрузки железом у 30% пациентов, регулярно получающих трансфузии донорских эритроцитов. Увеличение числа гемотрансфузий приводит к усугублению степени тяжести синдрома перегрузки железом. Полученные данные также свидетельствуют о возможном развитии перегрузки железому

пациентов без предшествующих трансфузий донорских эритроцитов, что требует дальнейшего изучения, сопоставления с мутационными вариантами гена HFE, прогнозом заболевания для данных пациентов и степенью ответа на терапию.

Баздырев Е.Д., Байракова Ю.В., Поликутина О.М., Казачек Я.В. Безденежных Н.А., Слепынина Ю.С., Барбараш О.Л.

ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Цель исследования. Оценить различия в показателях маркеров неспецифического воспаления и диффузионной способности легких у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) типа 2.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 пациентов с ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), средний возраст - 57,9±3,0 года. Основным критерием включения было отсутствие клинических проявлений поражения бронхо-легочной системы в анамнезе. Среди обследованных пациентов выделили две группы в зависимости от наличия СД. В I группу вошли 40 (57,1%) пациентов с СД, во вторую 30 (42,9%) пациентов с ИБС без СД. Данные группы были сопоставимы по возрасту, ИМТ, ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН), фракции выброса (ФВ) - как одних из возможных факторов, влияющих на уровень диффузионной способности легких (Dlco). Пациентам с СД определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) турбидиметрическим ингибиторным иммуноанализом. Всем пациентам выполнено определение маркеров неспецифического воспаления: интерлейкин (ИЛ) - 1β (ИЛ-1β), ИЛ-12, фактор некроза опухоли - α (TNF- α), матриксная металлопротеиназа-9 (MMP-9), концентрацию данных веществ оценивали количественным методом твердофазного иммуноферментного анализа. Концентрацию С-реактивного белка (CRP) определяли с помощью высокочувствительного спектрофотометрического метода. Исследование Dlco (методом однократной задержки дыхания с последующей коррекцией по уровню гемоглобина (Dlco cor)) проводилось на бодиплетизмографе Elite Dl-220v (Medical Graphics Corporation, США). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 6,0.

Результаты исследования. При сопоставлении клинико-лабораторных данных было установлено, что у пациентов с СД имело место более раннее развитие ИБС, с более выраженным проявлением дислипидемии и с достоверно высоким содержанием ряда маркеров воспаления, таких как: CRP (I группа 3,8±1,9 мг/л; II группа 2,7±1,1мг/л p=0,006), MMP-9 (I группа 254,8±108,9 нг/мл; II группа 164,4±67,7 нг/мл p=0,000) и TNF-α (I группа 0,16±0,02 пг/мл; II группа 0,14±0,05 пг/мл p=0,01), по содержанию ИЛ-1β, ИЛ-12 различий не наблюдалось. При анализе уровня Dlco у пациентов с ИБС не выявило их отклонений от должных значений. Не смотря на то, что данные группы были сопоставимы по уровню возможных факторов влияния (ИМТ, ФВ, ФК ХСН) на Dlco у пациентов с сопутствующим СД (82,0±12,5%) показатель характеризующий процесс газообмена через альвеолярно-капиллярную мембрану был ниже на 6,3% по сравнению с соответствующими показателями пациентов с изолированной ИБС (88,3±10,5%; p=0,029). У пациентов с СД выявлена корреляционная зависимость между Dlco cor, с одной стороны, и уровнем HbA1c (r=-0,32 p=0,043), длительностью СД (r=-0,65 p=0,014), с другой. В ходе проведения корреляционного анализа Dlco cor и уровня маркеров воспаления: CRP (r=-0,39 p=0,020), MMP-9 (r=-0,66 p=0,013), TNF-α (r=-0,72 p=0,02) была выявленная обратная зависимость изучаемых показателей только в группе пациентов с отягощенным анамнезом по СД.

Выводы.

Пациенты с ИБС и сопутствующим СД имеют более выраженную дисфункцию респираторной системы, проявлением которой является снижение уровня Dlco cor и более высокую активность

системного воспаления, оцененного CRP, MMP-9, TNF-α. Снижение Dlco cor у пациентов с СД типа 2 ассоциируется с активностью неспецифического системного воспаления, оцененного уровнем CRP, MMP-9, TNF-α, декомпенсацией углеводного и липидного обмена, а также с длительностью течения самого заболевания.

Байдина А.С., Носов А.Е.
ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОЧИХ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является актуальной проблемой для современной медицины труда. Около 40% людей в России умирают в активном трудоспособном возрасте. Актуальность исследования сердечно-сосудистых заболеваний как производственно обусловленной патологии у работающих на предприятиях нефтедобычи обусловлена воздействием на работника комплекса производственных факторов (шум, общая вибрация, микроклимат, тяжесть труда, химические факторы), потенциально способных провоцировать изменения ССС.

Цель исследования. Обоснование маркеров диагностики артериальной гипертензии у работников нефтедобывающих предприятий, обусловленной комплексным воздействием вредных факторов производства.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 295 работников нефтедобывающего предприятия, подвергающиеся воздействию комплекса вредных производственных факторов. Группу сравнения составили 94 офисных сотрудника. Основные критерии группы сравнения: отсутствие воздействия изучаемых вредных факторов производственной среды; однородный состав по возрасту. Обследование включало общеклинические, биохимические исследования, выполненные унифицированными методами. Исследование сосудов проводилось с использованием аппарата Viamo Toshiba, определялась толщина интима-медия (ТИМ). Эхокардиография проводилось с использованием аппарата General electric Vivid E 9 по стандартной методике. Для оценки эндотелиального механизма регуляции сосудистого тонуса пациентам была выполнена проба эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) по стандартной методике D.S. Celermajer.

Результаты исследования. Основным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ) в обследованных группах работников являлась артериальная гипертензия (АГ), которая в группе наблюдения регистрировалась в 42,3% случаев, в группе сравнения в 30,3% (p=0,048). У работников группы наблюдения при стаже более 20 лет частота регистрации АГ возросла до 64,18%, в группе сравнения данный показатель составил 36,4% (p=0,036). Таким образом, с увеличением стажа частота АГ в 1,8 раза (p<0,001) выше в группе наблюдения, что, на наш взгляд, требует анализа факторов риска (ФР) ССЗ у работников объектов нефтедобычи. В структуре патогенеза АГ у работников нефтедобычи выделено три звена: дисфункция вегетативной нервной системы с развитием стресс-реакции (повышение уровня АКТГ и кортизола, p=0,0002 и p=0,000; повышение уровня сегментоядерных нейтрофилов, p=0,021), эндотелиальная дисфункция (увеличение доли работников нефтедобычи со снижением ЭЗВД в 1,6 раза и парадоксальной вазоспастической реакцией в 2,6 раза по отношению к группе сравнения) и метаболические нарушения (доля проб крови с концентрацией глюкозы выше нормы в основной группе была в 8,6 раза выше (25,7% и 2,9%, соотв., p<0,001); дислипидемия в виде повышения общего холестерина, p=0,023, повышения липопротеинов низкой плотности, p=0,044). Выявленные механизмы при длительном воздействии приводят к поражению органов мишеней - миокарда (увеличение толщины задней стенки левого желудочка, p=0,006, толщины межжелудочковой перегородки, p=0,006) и артериального русла (ТИМ у рабочих выше, чем у офисных работников, p=0,007).

Таким образом, целесообразно рассматривать два взаимосвязанных пути патогенеза

ССЗ при воздействии вредных производственных факторов.

Первый реализуется через дисфункцию вегетативной нервной системы с развитием стресс-реакции.

Второй - через гуморальные изменения и осуществляется через развитие эндотелиальной дисфункции. Производственные факторы модифицируют течение ССЗ, приводя к более выраженным метаболическим изменениям и поражению органов-мишеней.

Бородкина Д.А., Квиткова Л.В., Терлецкая О.С., Груздева О.В., Барбараш О.Л.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница
Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний
г.Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ АДИПОНЕКТИНА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Цель исследования. Изучить влияние инсулинорезистентности и концентрации адипонектина на распространенность атеросклеротического поражения артерий на примере пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 85 мужчин с ИМ с подъемом сегмента ST, подтвержденного на основании критериев ВНОК 2007 года. У всех пациентов проводили оценку индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ). Абдоминальный тип ожирения регистрировался у мужчин при ОТ>94 см. На 1-е и 12-е сутки после развития ИМ в сыворотке крови определяли концентрацию адипонектина. За референсный диапазон адипонектина принимались значения 8-30 мг/л. Всем пациентам проводилось цветное дуплексное сканирование (ЦДС) экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей. За стеноз коронарной артерии принимали сужение диаметра сосуда на 50% и более. Для оценки чувствительности тканей к инсулину использовали: индекс HOMA на 1-е и 12-е сутки, ИР фиксировали при значениях HOMA-R>2,77. По результатам антропометрических исследований сформированы 2 группы:

- в 1-ю включены пациенты с ОТ менее 94 см (n=28 чел.),
- во 2-ю группу с ОТ более 94 см (n=55 чел.).

Группы были сопоставимы по возрасту: так, средний возраст в 1-й группе составил 58,5 лет (50,0:59,5), во 2-й группе - 59,5 (53,0:59,8) (p=0,26). Данные проанализированы с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты и их обсуждения. У пациентов первой группы ИМТ соответствовал 23,14 (20,8:27,4) кг/м^2, у пациентов 2-й группы - 28,0 (22,9:34,9) кг/м^2 (p=0,00), ОТ в 1-й группе - 91 (84:93) см, во 2-1 группе - 102 см (95:107) см (p=0,01). По данным индекса HOMA ИР в 1-е сутки определена у 42% больных 1-й группы и у 67,8% - 2-й группы (p=0,36). На 12-е сутки ИР не обнаружена ни у одного пациента 1-й группы, в то время как у 30,3% (n=17) пациентов 2-й группы она сохранялась, что указывает на стрессовый характер развития ИР у пациентов 1-й группы и на хронический характер ИР - у половины больных 2-й группы. По результатам проведенного ангиографического исследования и ЦДС изолированное поражение коронарных артерий зарегистрировано у 7,1% (n=2) пациентов 1-й группы и 7,3% (n=4) 2-й группы (p=0,91). Поражение нескольких бассейнов со стенозами менее 30% имели у 35,5% (n=10) пациентов 1-й группы и 29,0% (n =16) - 2-й группы (p=0,61). Поражение нескольких бассейнов со стенозами от 30% до 50% выявлено у 21,4% (n=6) пациентов 1-й группы и 30,0%(n =17) 2-й группы (p=0,05). А поражение нескольких бассейнов со стенозами более 50% обнаружено у 16,6% (n=5) пациентов 1-й группы, 32,7% (n=18) пациентов 2-й группы (p=0,04). При проведении корреляционного анализа между числом пораженных артерий и индексом HOMA прослеживается прямая корреляционная связь во 2-й группе (r=0,18; p=0,04), тогда как в 1-й группе такой связи не выявлено (r=0,21; p=0,41). Обратная корреляционная связь между концентрацией адипонектина на 12-е сутки и числом пораженных артерий выявлена во 2-й группе

(r=-0,18; p=0,04), тогда как в 1-й группе такой связи не наблюдалось (r=-0,28; p=0,67).

Выводы.

1. В обеих исследуемых группах атеросклеротические изменения носили мультифокальный характер.

2. При одинаковых возрастных характеристиках атеросклеротические изменения при наличии абдоминального ожирения выражены достоверно сильнее во 2 группе.

3. Выявлена прямая корреляционная связь между числом пораженных атеросклерозом артерий и индексом HOMA, и обратная - с концентрацией адипонектина у пациентов с абдомильным ожирением.

Бубликов Д.С., Андриенко А.В.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения России
г.Барнаул, Россия

ВЯЗКОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОИЗВОДНЫХ МЕТИЛКСАНТИНА

Для профилактики тромботических событий сосудистых осложнений ревматоидного артрита (РА) широко используются производные метилксантина. С целью адекватного их применения требуется своевременная лабораторная диагностика реологических параметров красных кровяных телец, в частности, вязкости эритроцитарной суспензии.

Цель исследования. Изучение вязкости эритроцитарной суспензии (ВЭ) у больных РА на фоне применения производного метилксантина (пентоксифиллина) в качестве эритроцитарного дезагреганта.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явилась отмытая эритроцитарная взвесь, полученная из крови больных РА (n=75). Оценка ВЭ проводилась на капиллярном вискозиметре конструкции авторов Алтайского государственного медицинского и политехнического университетов (Усынин В.В., Пронин С.П., 2002 г.).

Результаты исследования. ВЭ в группе больных РА при применении пентоксифиллина составила 2,45±0,24 мПа.с, что было статистически значимо ниже ВЭ до ее применения, составлявшей 3,45±0,43 мПа.с (p<0,01).

Выводы.

Коррекция ВЭ у больных РА целесообразна с использованием производных метилксантина, в частности, пентоксифиллина.

Бубликов Д.С.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

РЕОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

На сегодняшний день достаточно подробно описаны циркулирующие в сыворотке крови больных ревматоидным артритом (РА) маркеры гиперкоагуляции по системе «классических факторов» гемостаза. Однако в литературе имеется мало сведений об изменении реологических свойств плазмы крови при РА, в то время как изменение вязкостных характеристик плазмы является фактором риска значимых нарушений гемодинамики. Таким образом, для своевременной профилактики, диагностики и рационального ведения кардиоваскулярных осложнений РА требуется пристальное внимание не только к плазменным коагуляционным факторам гемостаза, но и к «новым» факторам риска, в том числе, к изменениям реологии плазмы крови с целью снижения частоты инвалидизации и смертности больных РА.

Цель исследования. Изучение особенностей реологии плазмы крови у больных РА.

Материалы и методы исследования. В исследование включены две группы - основная,

куда вошли пациенты с РА (n=75), находящиеся на стационарном лечении в городском ревматологическом центре г.Барнаула, и контрольная, состоящая из лиц без проявлений суставных заболеваний по данным расспроса, анамнеза и медицинской документации (n=85). Средний возраст лиц основной группы составил 57,04±5,24 лет, что было сопоставимо с группой контроля, где средний возраст был равен 53,21±2,11 годам. Оценка гемореологического статуса проводилась на вискозиметре авторской конструкции (Усынин В.В., Пронин С.П., 2002) с определением параметров вязкости плазмы (ВП) в миллипаскалях в секунду (мПа.с).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excell - 2003, Statsoft «Statistica 6.0», с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В основной группе ВП составила 2,79±0,77 мПа.с, что было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля, где ВК достигла 1,18±0,33 мПа.с ($p<0,05$).

Выводы.

РА ассоциируется с развитием гемореологической тромбофилии, выражающейся в повышении вязкостных свойств плазмы.

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения России
г.Барнаул, Россия

ОПРАВДЫВАЕТ ЛИ SCORE ОЖИДАНИЯ КЛИНИЦИСТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЕГО В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

Ревматоидный артрит (РА) относится к группе социально-значимых заболеваний с высоким процентом распространенности и поражением лиц трудоспособного возраста с ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью. Основная причина летальности больных РА не отличается от таковой для общей популяции и кроется в смерти от атеротромботических осложнений болезней системы кровообращения. Кроме влияния «классических» факторов риска (ФР) кардиоваскулярной патологии на развитие атеротромботических событий, больные РА подвержены воздействию «внутринозологических» ФР:

- хронический воспалительный фон,
- развитие мультифокального васкулита,
- побочное действие глюкокортикоидов, нестероидных противовоспалительных средств и цитостатиков.

Эти «новые» ФР сосудистой патологии способны запускать каскад повреждения эндотелия, вызывать проатерогенный сдвиг липидограммы. Эндотелиальная дисфункция, возникающая у больных РА, способствует формированию стенозирующих и окклюзионных нарушений гемодинамики атеросклеротического генеза. Исходя из сказанного, расчет коронарного риска по шкалам, принятым для популяции в целом может не удовлетворять запросам клиницистов в популяции больных РА.

Цель исследования. Изучить отдаленные последствия использования рискометра SCORE в популяции больных РА.

Материалы и методы исследования. На основе ретроспективного анализа амбулаторных карт 35 больных РА за период с 2002 по 2012 год, был рассчитан риск по шкале SCORE. Результаты расчетов сравнены с наличием кардиоваскулярного события за прошедшие десять лет. На момент исследования (2012 год) средний возраст больных составил 54±1,6 лет.

Результаты исследования. По данным рискометрии на 2002 год, лишь 4,3% исследуемых лиц имели умеренный риск, 95,7% - низкий риск. За прошедшие десять лет у 5,4% лиц произошло кардиоваскулярное событие.

Выводы.

Таким образом, у лиц с ревматоидным артритом, необходимо рассматривать другие факторы риска дополнительно к расчету по шкале SCORE.

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения России
г.Барнаул, Россия

К ВОПРОСУ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОИМ

Кардиоваскулярная смертность является лидирующей причиной смерти в трудоспособном возрасте, как общей популяции, так и больных ревматоидным артритом (РА). Повышение уровня триглицеридов является самостоятельным фактором риска коронарных событий. Распространенность кардиоваскулярных событий среди больных РА остается неуклонно высокой. В связи с вышесказанным, изучение концентрации ТГ в сыворотке крови больных РА видится актуальным с позиции профилактики инваклидизации и смертности среди данной популяции населения России.

Цель исследования. Изучение распространенности гипертриглицеридемии у больных РА.

Материалы и методы иследования. Исследование проведено у женщин с РА (n=67), средний возраст - 53,32±2,12 года. Группу контроля составили здоровые добровольцы (n=52) женского пола, среднего возраста 55,04±5,41 лет. Концентрацию триглицеридов (ТГ) определяли ферментативным колориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe).

Результаты исследования. Уровень ТГ в группе больных РА составил 2,95±0,58 ммоль/л. В группе контроля концентрация ТГ составила 1,71±0,34 ммоль/л, что стало статистически-значимо ниже, чем в группе больных РА ($p<0,05$).

Выводы.

Распространенность гипертриглицеридемии у больных РА выше, чем в популяции.

Васильева Н.Д., Власова И.В., Тлеубаева Н.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СЛУЧАЙ КРАЙНЕ РЕДКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА - АОРТО-ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ТУННЕЛЯ

Сложность диагностики врожденного порока сердца (ВПС) иногда бывает связана не только со сложным анатомическим вариантом порока, но и с крайне редкой встречаемостью некоторых из них.

Аорто-левожелудочковый туннель (АЛЖТ) - врожденное патологическое сообщение между левым желудочком (ЛЖ) и аортой, расположенное между выводным трактом правого желудочка (ПЖ) и стенкой аорты. Расстройства внутрисердечной гемодинамики при АЛЖТ обусловлены выраженной регургитацией крови через туннель в полость ЛЖ в период диастолы. Это приводит к объемной перегрузке ЛЖ, быстрому развитию кардиомегалии.

Приводим клинический случай. Ребенок М., в возрасте 5 суток был переведен из роддома в отделение для детей первого года жизни с подозрением на ВПС. При первичном осмотре были отмечены начальные признаки сердечной недостаточности. На рентгенограмме органов грудной клетки кардиоторакальный индекс был 66%. При лабораторной диагностике инфекций методом ИФА в крови выявлены антитела к кардиопатогенным возбудителям. По ЭКГ на фоне синусового ритма регистрировались признаки перегрузки предсердий и ЛЖ. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) был выявлен перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки (МЖП) диаметром 0,6 см и умеренное расширение всех камер сердца. Над дефектом лоцировалось мембранозное образование в виде купола, которое было расценено, как аневризма МЖП. Сброс через дефект был двунаправленный. При небольших размерах дефекта было сложно объяснить наличие

дилатации камер сердца и двунаправленность сброса. Клинически отмечалось прогрессирование сердечной недостаточности. В связи с этим ЭхоКГ повторили в возрасте 11 суток. Наблюдалось прогрессивное увеличение размеров всех камер сердца, в большей степени ЛЖ. Турбулентный поток заполнял полость аневризмы, не прослеживалось распространение его в полость ПЖ. Дефект в пятикамерной верхушечной позиции выглядел в виде трубки, сосуда с турбулентным двунаправленным потоком, который располагался выше уровня коронарных артерий. По ЭКГ в динамике было отмечено нарастание перегрузки предсердий, диастолическая перегрузка ЛЖ. В связи с быстро прогрессирующей объемной перегрузкой ЛЖ, не характерной для малых и средних перимембранозных дефектов МЖП, в связи с необычной формой дефекта в виде трубки, наличием двунаправленного сброса через дефект при отсутствии легочной гипертензии, при невозможности визуализировать распространение потока в полость ПЖ, было высказано предположение о наличии АЛЖТ. Выездной консультативной реанимационной неонатальной бригадой ребенок был экстренно транспортирован в областной кардиохирургический стационар для дообследования и уточнения анатомии ВПС.

После подтверждения диагноза АЛЖТ ребенок был своевременно успешно прооперирован. Отдаленные результаты оперативного лечения: ребенок наблюдается в детской поликлинике клинического центра в кабинете детского кардиолога с ноября 2011 года. За 2011 год осмотрен 2 раза, в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе получал каптоприл 2 мг/кг/сутки, фуросемид 1 мг/кг/сутки. В 2012 году осмотрен 3 раза: доза капотена уменьшена до 1 мг/кг/сутки, фуросемид отменен. На 2013 год ребенку 2 года. Физическое развитие соответственно возрасту. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Социально адаптирован.

Таким образом, при ЭхоКГ трудности дифференциальной диагностики ВПС могут быть вызваны сложностью анатомии порока и чрезвычайно редкой его встречаемостью. Кардиомегалия и быстро нарастающая сердечная недостаточность в первые дни жизни ребенка требуют экстренного перевода в специализированный кардиохирургический стационар для уточнения топики порока и своевременного хирургического лечения. Отдаленные результаты хирургической коррекции ВПС удовлетворительные.

Васильева Н.Д., Власова И.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО за 2010-2012 гг.

Важность раннего выявления врожденных пороков сердца (ВПС) определяется их высокой долей в структуре причин младенческой смертности, прежде всего неонатальной. Установлено, что в среднем из каждой 1000 новорожденных 8 имеют ту или иную аномалию сердца, а каждый третий из них находится в критическом состоянии.

Цель исследования. Определение выявляемости ВПС у детей разных возрастных групп (от новорожденности до 1 месяца, от 1 месяца до 1 года жизни и от 1 года до 14 лет) детского населения г.Ленинска-Кузнецкого Кемеровской области за период 2010-2012 гг. Диагноз ВПС ставился врачом - детским кардиологом на основании клинических симптомов и данных эхокардиографии (ЭхоКГ). ЭхоКГ выполнялось в отделении функциональной диагностики ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10c. Численность детского населения г.Ленинска-Кузнецкого за прошедшие 3 года остается практически на одном уровне: 2010 году - 20420, в 2012 году - 20390. Рождаемость увеличилась: в 2010 году родилось всего 1419 детей, в 2012 году - 1463 ребенка. За 2010 год родилось - 4 новорожденных с критическими ВПС, диагнозы ВПС выставлены пренатально, все прооперированны в периоде новорожденности, 2-е детей на 2013 год живы, гемодинамика удовлетворительная, социально адаптированы. За 2012 год критических ВПС периода новорожденности не отмечалось. Число детей до 1 года уменьшилось

с 1462 в 2010 году до 1392 в 2012 году. Показатель выявляемости (ПВ) рассчитывался на 1000 от общего числа детей определенного возраста. В г.Ленинске-Кузнецком у детей до 1 месяца ПВ составил в 2010 г. - 10,3; в 2012 г. - 16,2. У детей до 1 года жизни в 2010 г. - 11,6; в 2012 г. - 16,5. У детей старшей возрастной группы ПВ был меньше и составил в 2010 г. - 8,36; 2012 г. - 8,4. Из трех групп наиболее высокий ПВ был в группах детей первого года жизни. ВПС у новорожденных детей 1 месяца жизни в 60% случаев выявлялись в течение первой недели жизни при госпитализации в педиатрическое отделение детским врачом-кардиологом после проведения ЭхоКГ. Из них одна треть случаев составляли ВПС, выявленные пренатально. Как правило, это были критические ВПС, нуждающиеся в экстренной кардиохирургической коррекции. Еще треть ВПС выявлялась в отделении при осмотре, аускультации сердца новорожденного, переведенного из роддома по поводу другой неонатальной патологии. И еще одна треть ВПС у новорожденных была выявлена первично на приеме у кардиолога с последующим уточнением топики порока по ЭхоКГ, либо при профилактическом проведении ЭхоКГ (в рамках диспансеризации детей 1 года жизни). Чаще всего, таким путем выявлялись дефекты межпредсердной перегородки. Аналогичный алгоритм используется в диагностике ВПС и в других возрастных группах.

Таким образом, показатель выявляемости ВПС у детей г.Ленинска-Кузнецкого в возрасте от 1 года до 14 лет соответствует общероссийским данным. Вывляемость ВПС в возрастной группе от 0 до 1 года выше, чем в других возрастных группах. Данные показатели были достигнуты в результате взаимодействия различных медицинских служб города: роддома, педиатрического отделения, отделения функциональной диагностики, консультативного приема врача - детского кардиолога, обеспечивающих специализированную помощь детскому населению города.

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.

Федеральное государственное учреждение Научный центр профилактического
и лечебного питания Тюменского научного центра СО РАМН
г.Тюмень, Россия

РОЛЬ НЕКОНВЕНЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

На сегодняшний день смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания в нашей стране продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе. Данную ситуацию нельзя полностью объяснить с позиции конвенционных факторов риска. В связи с этим нами решено уделить внимание проблеме изучения неконвенционных (образование, брачный статус, тревожно-депрессивные и астенические расстройства, нарушение сна, враждебность, жизненное истощение, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение) факторов риска коморбидной кардиореспираторной патологии, которые могут быть существенной причиной ухудшения состояния здоровья населения.

Цель исследования. Изучить роль неконвенционных (психосоциальных) факторов риска и клинико-функциональных показателей в прогрессировании хронической обструктивной болезни легких в сочетании с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 человека с ХОБЛ в ассоциации с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии. Все обследованные разделены на 2 группы:

1 группа - 49 больных ХОБЛ;

2 группа - 33 больных ХОБЛ в ассоциации с ГБ.

Средний возраст обследованных в первой группе составил 55,6±2,2 года; во второй 57,8±5,4 года. Психоэмоциональный статус оценивали с использованием шкалы MMSE, Гамильтона (1960), теста «5 слов» (B. Dubois, 2002). Статистический анализ - в программе «Biostat».

Результаты исследования. При исследовании корреляционных взаимосвязей клинико-функциональных показателей и факторов риска у больных с ассоциацией ХОБЛ и гипертонической

болезнью установлено влияние курения на степень АД, как сАД (r=0,74, p<0,05), так и дАД (r=0,55, p<0,05) и получены взаимосвязи ИК и уровня сАД (r=0,68, p<0,05) и дАД (r=0,63, p<0,05). Выявлены взаимосвязи ИМТ с частотой обострения ХОБЛ (r=0,38, p<0,05), ассоциацией ХОБЛ и ГБ (r=0,77, p<0,05). Установлено, что с нарастанием индекса массы тела (ИМТ) увеличивается уровень как сАД (r=0,78, p<0,05), так и дАД (r=0,41, p<0,05). В ходе корреляционного анализа выявлены тесные взаимосвязи длительности (r=0,69, p<0,05), частоты обострения ХОБЛ (r=0,69, p<0,05) и степени повышения АД, как сАД (r=0,81, p<0,05), так и дАД (r=0,42, p<0,05). Учитывая тот факт, что прогрессирование и ХОБЛ, и ГБ тесно связано с воздействием табачного дыма, нами установлена взаимосвязь ХОБЛ в ассоциацией с ГБ и стажа курения (r=0,98, p<0,01), ИК (r=0,71, p<0,01). Корреляционный анализ показал, что депрессивные расстройства тесно взаимосвязаны у больных с ассоциацией ХОБЛ и ГБ (r=0,58, p<0,05). Все вышеперечисленные неконвенционные факторы прогрессирования ХОБЛ и ГБ были тесно взаимосвязаны между собой и выраженностью астено-депрессивных расстройств, влияющих на КЖ больных.

На прогрессирование кардиореспираторного заболевания влияют не только хорошо изученные поведенческие факторы риска, такие как курение, употребление алкоголя, ожирение, но и психоэмоциональный статус больного, повышая риск развития сердечно-легочной катастрофы. Высокая частота встречаемости неконвенционных факторов риска, свидетельствует о широком спектре связей между психическими и соматическими заболеваниями. Высокая степень сосудистого и органного повреждения при ассоциированной патологии способствует прогрессированию гипоксии и увеличению сердечно-сосудистого риска.

Таким образом, полученные корреляционные связи доказывают роль неконвенционных факторов риска в прогрессировании заболеваний.

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.

Федеральное государственное учреждение Научный центр профилактического и лечебного питания Тюменского научного центра СО РАМН
г.Тюмень, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Одной из приоритетных направлений политики государства в системе здравоохранения является первичная профилактика, направленная на борьбу с факторами риска заболеваний. На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем общества является широкое распространение курения. Нарастание риска сердечно-сосудистых заболеваний происходит даже при минимальной интенсивности курения, что свидетельствует о необходимости рекомендаций прекращения курения всем курильщикам, независимо от дозы.

Цель исследования. Оценить основные мотивации и типы курительного поведения у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Включено 719 студентов медицинской академии, из них 75,1% девушек и 25,9% юношей. Возраст - 18,5±1,8. Опрос - с помощью анонимной анкеты. Статистический анализ - программа «Biostat». Достоверность - t-критерий Стьюдента, p<0,05.

Результаты исследования. Курильщиками среди студентов являются 17% человек, экс-курильщиками - 4%, употребляющими кальян - 7% и не курящими - 82%. Установлена наибольшая распространенность табакокурения (ТК) среди студентов 5-х курсов (53,3%, p<0,05). Как в общей популяции, так и среди студентов - медиков распространенность ТК значимо выше среди лиц мужского пола (93,1%, p<0,05) по сравнению с лицами женского пола (42,5%). Стаж курения составил - 4,7±2,8 года. Больший стаж курения имели юноши, чем девушки (4,5±2,8 против 3,3±1,8, p<0,05), и индекс курящего у них был достоверно выше, чем у девушек (3,8±1,5 год и 2,5±2,6, p<0,01). Индекс Фагенстрема (ИФ), являющийся главным предиктором формирования обструктивных нарушений составил 154,7±14,4, что указывает на крайне высокий риск развития ХОБЛ, причем у юношей ИФ выше, чем у девушек (165,5±15,8

и 150,0±19,9, p<0,01) и, кроме того, юношам был чаще свойственен высокий уровень никотиновой зависимости (28,8% против 14,8%, p<0,001). Практически половина курильщиков на всех курсах связывают начало ТК с частыми стрессами, кроме того, курильщики 1 курса к курению приобщаются под влиянием компании (30,6%), из любопытства (25,3%) и влияние товарищей (20,4%). Причинами употребления табака у студентов старших курсов послужили перенапряжения (41,7%) и частые стрессы (95,4%). Ведущими типами курительного поведения явились «поддержка» (39,0%, p<0,01), «расслабление» (30,0%), «игра с сигаретой» (19,0%). «Поддержка», как ведущий тип курительного поведения достоверно чаще выявлен у девушек, чем у юношей (48,0% против 19,0%, p<0,01), у юношей - значимо чаще выявлены - «расслабление» (40,0% против 29,0%, p<0,01), «жажда» (21,0% против 10,0%, p<0,01), «игра с сигаретой» (12,0% против 10,0%, p<0,05) и «стимуляция» (7,0% против 3,0%, p<0,05).

Таким образом, несмотря на то, что студенты медицинского ВУЗа - будущие врачи, курение среди них распространено и составляет 17,5%, причем юноши курят чаще. С увеличением длительности обучения в ВУЗе, число курящих студентов удваивается по сравнению с числом курящих первокурсников. Ведущими типами курительного поведения, как у девушек, так и у юношей являются «поддержка» и «расслабление». Основной мотив начала курения табака у юношей - снятие эмоционального напряжения и расслабление, у девушек - «за компанию», «похудение».

Результаты исследования показали, что у лиц молодого возраста высокий риск развития сердечно-легочных заболеваний. Полученные результаты доказывают необходимость создания профилактических программ с целью предупреждения развития сердечно-легочных катастроф.

Введенский В.П.
ГБКУЗ ЯО N 2
г.Ярославль, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПОСЛЕ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ АСПИРАЦИОННЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Цель исследования. Определить характер изменений трахеобронхиального дерева (ТБД) после проведения окклюзионной терапии и воз-можности их эндоскопической коррекции у больных с деструктивными пнев-мониями аспирационного генеза.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты обследования и лечения 11 больных (мужчин - 9, женщин - 2, возраст - от 23 до 68 лет) с аспирационным повреждением ТБД субстратом с pH<3,0 в виде геморрагического или гнойно-фибринозного эндобронхита и тяжелой аспирационной пневмонии. На фоне проводимой интенсивной терапии констатирована деструкция легочной ткани с формированием бронхо-плеврального свища. В силу этого в устье левого и/или правого нижнедолевых бронхов были установлены поролоновые окклюдеры на срок до четырех недель.

У 8 (72,73%) больных после деблокации, в области контакта окклюдера со стенкой бронха выявлен пролежень слизистой. При выполнение хромо-бронхоскопии (ХБС) с нейтральным 0,25% метиленовым синим констати-ровано глубокое очаговое поражение тканей. Проведение визуально контролируемых инстилляций перфторана (ПР) в дозе 0,25 мл/кг/сут способствовало нивелированию патологических изменений в течение 4-6 суток.

У 7 (63,64%) пациентов дистальнее уровня установки окклюдера выявлена деформация устьев сегментарных бронхов нижних долей обоих легких с сужением их просвета. Данные ХБС свидетельствовали о глубоком очаговом поражении тканей. После удаления обтуратора только у 2 (28,57%) больных констатировано самостоятельное восстановление нормальной бронхоархитектоники измененных устьев сегментарных бронхов нижних долей в течение 4 суток. В остальных наблюдениях для уменьшения выраженности воспаления и устранения бронхообструкции потребовалось проведение инстилляционной терапии ПР в течение 7 суток.

У 100% больных дистальнее уровня установки окклюдера визуально определялось скопление гнойного экспектората с обтурацией просвета бронхов 3-4-й генерации. Для устранения этих изменений проводили фибро-оптическую высокочастотной вентиляцией легких в перемежающихся

режимах в течение 4-8 суток. Сеанс экспульсии (f=300 циклов/мин, I:E=2:1-3:1, Рраб=1,5 атм) заменяли на сеанс импульсии (f=300 циклов/мин, I:E=1:3, Рраб=1,5 атм), которому в свою очередь предшествовали инстилляции перфторана в заинтересованные сегментарные бронхи. Время воздействия на каждый бронх составляло не более 1 мин. Рентгенологических симптомов ателектазирования интактных отделов легких или прогрессирования деструкции легочной ткани в ответ на введение ПР не выявлено.

Таким образом, патологические изменения ТБД при проведении окклюзионной терапии обусловлены реакцией слизистой бронхов на обтуратор и нарушениями экспекторации гнойного секрета. С учетом положительного ответа на предлагаемую терапию перфтораном и обратимый характер патологических изменений целесообразно более широко использовать эндоскопическую бронхоблокацию как альтернативу длительному активному плевральному дренированию для достижения стойкого аэростаза у больных с деструктивными аспирационными пневмониями, осложненными бронхо-плевральными свищами.

Визило Т.Л., Пронских И.В., Трубицына М.В., Левченко Т.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ОКУЛОФАРИНГЕАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Окулофарингеальная мышечная дистрофия (ОФМД) является довольно редким, возникающим в зрелом возрасте и медленнотекущим заболеванием (частота встречаемости в различных европейских популяциях составляет 1:100000-200000 человек).

Клинически болезнь проявляет себя как локальная миопатия, поражаются мышцы, осуществляющие движения глазных яблок, и мышца, поднимающая верхнее веко. Фарингеальные расстройства обусловлены включением в процесс констрикторов глотки, что затрудняет глотание. Начальные признаки болезни появляются в возрасте 30-40 лет.

Клинический случай. В июле 2012 г. в отделение неврологии ФГБ ЛПУ "НКЦОЗШ" поступил пациент П., 69 лет, с жалобами на двоение в глазах, резкое ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса, затруднение глотания, жевания, слабость в руках, снижение массы тела. Считает себя больным с 2010 г., когда постепенно появилось двоение перед глазами, косоглазие с поворотом правого глазного яблока кнаружи и вверх. Пациенту был выставлен диагноз хронической ишемии головного мозга, и проводилась терапия вазоактивными и ноотропными препаратами. Эффекта от лечения не было. Самочувствие ухудшилось в феврале 2012 г. - появились нарушения при жевании, похудение мышц верхней части туловища и шеи, гнусавость голоса, затруднение при глотании пищи, особенно твердой. С апреля 2012 г. стал отмечать слабость мышц шеи («повисла голова») и проксимальных мышц рук, стало трудно понимать руки выше плечевого пояса. Неврологический статус при поступлении: расходящийся страбизм за счет правого глазного яблока, двусторонняя слабость мимических мышц нижней половины лица, гнусавый оттенок голоса, дизартрия, дисфония. Мягкое небо свисает, при фонации неподвижно, небные рефлексы не вызываются. При глотании поперхивается. Резко выражена гипотрофия мышц плечевого пояса (трапециевидной, дельтовидной). Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног - без асимметрии. Голова наклонена вперед, из-за слабости мышц шеи голову поддерживает рукой. Резкое ограничение движений в шейном отделе позвоночника (в стороны, назад) из-за мышечной слабости. Не может поднять руки выше горизонтали. Сила проксимальных мышц рук - 2 балла, дистальных - 5 баллов, сила мышц ног - 5 баллов. Чувствительных, координаторных нарушений выявлено не было. При проведении стандартных лабораторных исследований - без значимых изменений, в том числе креатинкиназа 75,9 МЕ/л - не превышала допустимых значений. По данным МРТ головного мозга: признаки дисциркуляторной энцефалопатии. По данным ЭНМГ было выявлено первичное поражение мышц, исключена полинейропатия конечностей и нарушение нервно-мышечной передачи. При биопсии дельтовидной и трапециевидной мышц с гистологическим исследованием материала: мышечные волокна субтотально истончены, с дегенеративно-дистрофическими изменениями, местами замещены жировой, соединительной тканью. Патогистологический диагноз: мышечная дистрофия.

Учитывая клиническую картину, медленно прогрессирующий тип течения, данные дополнительных исследований, пациенту был выставлен диагноз: окулофарингеальная прогрессирующая мышечная дистрофия с выраженными глазодвигательными нарушениями, выраженным миогенным бульбарным синдромом с нарушением глотания, фонации, артикуляции, амиотрофиями верхнего плечевого пояса, умеренно выраженным верхним парапарезом. ДНК- диагностику провести возможности не было, т.к. этот метод диагностики не проводится на данной территории и близлежащих городах областного значения.

Опыт работы в клинике показывает, что прогрессирующие мышечные заболевания у взрослых дебютируют позже и пропускаются неврологами. Вышеописанный клинический случай представляет интерес и для неврологов, и для врачей общей практики, которые должны обращать внимание на подобные жалобы, выраженные прогрессирующие мышечные изменения для своевременного распознавания относительно редкого заболевания - ОФМД, дебютирующего в позднем возрасте.

Визило Т.Л., Визило А.Д., Чеченин А.Г., Полукарова Е.А.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» МЗ РФ, кафедра рефлексотерапии,
кафедра неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, г.Новокузнецк
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

Болевые синдромы влияют на состояние неспецифических структур мозга, дестабилизация которых клинически выражается в дизрегуляции вегетативной нервной системы (ВНС).

Цель исследования. Изучить функциональное состояние ВНС у пациентов с болевыми синдромами при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (1 группа) и при мышечно-скелетном болевом синдроме (2 группа). Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов (12 мужчин и 8 женщин) с дискогенной радикулопатией L5 и S1 (в возрасте 46,8±9,1 года), и 24 пациента (12 мужчин и 14 женщин) с мышечно-скелетным болевым синдромом (в возрасте 42,4±7,6 года).

Критериями включения в 1 группу были: наличие корешкового болевого синдрома (иррадиация боли в дистальную часть дерматома: спонтанная и/или при приеме Лассега) плюс как минимум один симптом выпадения; снижение (выпадение) соответствующего сухожильного рефлекса; снижение болевой (и/или температурной, тактильной, вибрационной) чувствительности в зоне дерматома; слабость мышц, иннервируемых данным корешком. Наличие грыжи диска соответствующей локализации устанавливалось при помощи КТ или МРТ. Для подтверждения диагноза радикулопатии использовались электронейромиографические методы исследования: F-волна и Н-рефлекс.

Клиническая картина заболевания у пациентов 2 группы складывалась из экстравертебрального (преимущественно мышечно-тонические и нейродистрофические изменения в ягодичных, грушевидной и ишиокруральных мышцах) и вертебрального (нарушение статики и динамики пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезненность при пальпации ПДС) синдромов. При нейровизуализации определялись дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела без наличия грыжевого выпячивания межпозвонкового диска.

Критериями исключения из исследования были: наличие опухолевого, инфекционно-воспалительного или иного заболевания позвоночника, требующего специфического лечения; компрессия спинного мозга; другие сопутствующие неврологические заболевания; соматические заболевания (тяжелые заболевания печени, сердечно-сосудистой системы, легких или почек, декомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания). Оценка болевого синдрома поводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), при выявлении нейропатических характеристик боли - по Лидсской шкале (LANSS) и диагностическому опроснику (DN4). Для диагностики вегетативной дисфункции, кроме клинического неврологического исследования, применялись вегетативные тесты (А.М. Вейн, 2001), позволяющие определить уровень субъективных и объективных вегетативних симптомов.

Исследование вегетативной сферы включало: исследование исходного вегетативного тонуса

(использован «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений», «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта); исследование вегетативной реактивности (проба Даньини-Ашнера (глазосердечный рефлекс), проба Чермака-Геринга (синокаротидный рефлекс), исследование солярного рефлекса); исследование вегетативного обеспечения деятельности (пробы положения (орто- и клиностатическая), физические и умственные нагрузки).

Эмоциональный статус пациентов оценивался по шкале депрессии Бека и шкале тревожности Спилбергера-Ханина, позволяющей определить уровень личностной и реактивной тревожности, тесно связанный с вегетативной дисфункцией. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ у пациентов 1 группы составляла 4,8±1,3 балла; у пациентов 2 группы - 7,8±1,4 балла. У пациентов 1 группы выраженность нейропатической боли по шкале LANSS - 14,7±4,1 балла, по шкале DN4 - 5,0±0,8 балла. Вегетативная дисфункция разной степени выраженности наблюдалась у 90% пациентов 1 группы и 67% пациентов 2 группы. Выраженность по субъективным критериям (верхняя граница нормы - 15 баллов) была равна 52,3±5,6 (1 группа) и 28,2±4,9 (2 группа) ($p<0,05$). По объективным показателям (верхняя граница нормы - 25 баллов) средний балл составил 73,5±6,1 (1 группа) и 34,4±7,5 (2 группа) ($p<0,05$). Большая выраженность субъективной оценки вегетативной дисфункции (превышение по сравнению с нормой в три раза), чем по объективным показателям, возможно, была связана с большой ролью эмоционально-личностных особенностей в клиническом оформлении заболевания. Анализ тревожности по тесту Спилбергера-Ханина подтвердил более высокий уровень личностной (45±4,9) и реактивной (49±5,6) тревожности у пациентов 1 группы; во второй группе: 24±3,6 и 27±4,1 соответственно. Депрессивная симптоматика соответствовала умеренно выраженному уровню (18,1±3,7) по шкале Бека у пациентов 1 группы, у пациентов 2 группы симптомов депрессии выявлено не было.

Таким образом, наличие вертеброгенного болевого синдрома тесно связано с вегетативной дизрегуляцией. Интенсивность боли и ее характер влияют на выраженность вегетативных нарушений. Высокий уровень тревожности и наличие депрессивной симптоматики позволяет предполагать возможность формирования стойких тревожно-депрессивных изменений при длительном существовании болевого синдрома и развития тревожной болевой личности.

Власова Е.М., Алексеев В.Б., Шляпников Д.М., Малютина Н.Н.

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России»
г.Пермь, Россия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ НЕФТЕДОБЫЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ТРУДА

Работники нефтедобычи подвергаются профессиональному риску. Совокупность производственных факторов, климатические условия негативно отражаются на состоянии здоровья. Несмотря на совершенствование технологий нефтедобычи, и условий труда, условия их обитания, связанные с воздействием климатических и производственных факторов, являются вредными и опасными, и не соответствуют гигиеническим требованиям. Оценка состояния здоровья с учетом специфики трудовой деятельности позволила выявить различия структуры заболеваемости в зависимости от режима труда.

Цель исследования. Оценить состояние здоровья работников при различных режимах труда.

Работа выполнена ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения». Обследовано 295 работников (56 жен.,239 муж.), непосредственно связанных со сбором продукции скважин и предварительной подготовки нефти; средний возраст - 39 лет, средний стаж - 13,3 года. Для детального изучения влияния условий труда на здоровье работников было выделены два подразделения с характерным набором вредных производственных факторов, но разными режимами работы - цех добычи нефти и газа (ЦНДГ) с вахтовым режимом труда (гр. I - 158 чел., из них 26 жен., 132 муж.) и ЦДНГ со сменным режимом труда (гр. II - 137 чел., из них 30 жен., 107 муж.).

На работников в различной степени, в соответствии с ГОСТ 12.0.003-74 «Система стандартов безопасности труда. Опасные и вредные производственные факторы. Классификация», воздействуют физические, химические и психофизиологические факторы. Комплекс вредных производственных фактов химической природы представлен преимущественно веществами 2-4 класса опасности (нефть и ее компоненты, а также сероводород). Согласно Руководству Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса, критерии и классификация условий труда» в ЦНДГ с вахтовым режимом рабочих мест условия труда оценены как вредные на 80,0%, в ЦНДГ со сменным режимом на 100% (1-3 степени 3 класса).

В группе I распространенность артериальной гипертензии составила 43,8% случаев от общего числа обследованных в подгруппе, у работников группы II - 41,1%. Болезни органов дыхания встречаются в 1,25 раза чаще в гр. I (65,81% и 52,55%, соотв., p=0,015), что сочетается с нарушением клеточного иммунитета, болезнью нервной системы - в 1,47 раза чаще (38,71% и 26,28%, соотв., p=0,017), дорсопатии с поражением межпозвонкового диска в шейном отделе - в 1,5 раза чаще (10,01% и 6,57%, соотв., p=0,003). Стажевая динамика развития заболеваний внутри профессиональных подгрупп также имеет особенности. Установлена высокая распространенность заболеваний системы кровообращения уже в первые годы работы в 30,56% случаев в I группе и 25,53% случаев во II группе. Оценка состояния показателей систем, вовлеченных в процесс деятельности сердечно-сосудистой системы, показала, что отклонения более выражены у работников в I группе. В зависимости от стажа работы возрастает уровень контаминации крови ароматическими углеводородами. Установлена связь изменений лабораторных с возрастанием концентраций контаминантов в биологических средах.

По результатам эпидемиологического анализа доказана статистически достоверная причинно-следственная связь условий труда с формированием производственно обусловленных заболеваний.

Власова И.В., Цюрюпа В.Н., Визило Т.Л., Пронских И.В., Агафонова Н.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Частота острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в артериях вертебробазилярного бассейна составляет 10-14% от всех ишемических инсультов. Более 70% транзиторных ишемических атак также происходит в ВББ. Расположение артерий ВББ варьирует, поэтому нередко наблюдается атипичное течение инсульта, что затрудняет установление диагноза.

Цель исследования. Изучить показатели гемодинамики головного мозга и акустические стволовые вызванные потенциалы у пациентов с ОНМК в вертебробазилярном бассейне (ВББ) для оценки степени нарушения и динамического контроля над процессом восстановления.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст 57±12 лет).

I группа: транзиторные ишемические атаки (ТИА) - 16 пациентов,

II группа: лакунарный инфаркт (ЛИ) - 10 пациентов,

III группа: нелакунарный инфаркт (НЛИ) - 4 пациента.

Во всех случаях диагноз был подтвержден методами нейровизуализации. Сравнение проводилось с контрольной группой (КГ) здоровых добровольцев (N=15), сопоставимой по половому и возрастному составу. Всем пациентам в день поступления и при выписке проводилось цветное дуплексное сканирование (ЦДС) экстра- и интракраниальных артерий. Изучались: линейная систолическая скорость (ЛСК max), объемная скорость кровотока (ОСК) и резистивный индекс (РИ). Проводилось исследование акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП).

Изучаемые параметры: латентности пиков I-V, межпиковые интервалы (МПИ) I-III, III-V,

I-V, амплитуды I, III, V пиков от вершины до пика - противоположной полярности, амплитудные соотношения.

Результаты исследования. В I группе в 12,5% была выявлена аномалия вхождения ПА в позвоночный канал. Значимых различий показателей гемодинамики и АСВП с данными КГ выявлено не было. У 50% больных наблюдалась дисциркуляция по позвоночным венозным сплетениям. Во II группе в 20% случаев была выявлена гипоплазия ПА, в 10% наблюдалась выраженная извитость интракраниального сегмента ПА на стороне инсульта. Выявлено значимое увеличение ЛСК в интракраниальных сегментах ПА (0,59±0,1м/с) в сравнении с КГ (0,39±0,08 м/с). При исследовании АСВП наблюдалась тенденция к снижению амплитуды всех пиков, достоверное увеличение МПИ III-IV. Через 2 недели значимых различий показателей с КГ выявлено не было. При первичном обследовании у пациентов III группы наблюдалось значимое снижение ОСК (65,9±14,8мл/мин) в сравнении с КГ (86,3±11 мл/мин). Все пациенты имели морфологические изменения сосудов (значимый стеноз, гипоплазия, деформация ПА). При исследовании АСВП выявлено значимое увеличение МПИ I-V, III-IV, снижение амплитуды V пика. После курса терапии различия показателей по обеим методикам с показателями в КГ несколько уменьшились, но оставались значимыми.

Таким образом, у пациентов с ОНМК в ВББ имелся высокий процент сосудистых аномалий. При ТИА значимых гемодинамических нарушений не выявлялось. Изменения гемодинамики при лакунарных инсультах нивелировались после курса терапии. При тяжелых нелакунарных инсультах гемодинамические изменения преимущественно были необратимы. ОНМК в ВББ характеризуется функциональными изменениями со стороны стволовых структур преимущественно на понтомезенцефальном уровне. Выявлена зависимость между тяжестью инсульта, поражением стволовых структур и нейрофизиологической динамикой.

Власова Е.М., Пономарева Т.А., Кельман Г.П.
ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

АНТИОКСИДАНТНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЛЛЕРГЕНОВ

Развитие промышленности, производство новых химических веществ и соединений, развитие микробиологической промышленности и новых промышленных комплексов сопровождаются увеличением числа рабочих, контактирующих с неблагоприятными производственными факторами, способствующими сенсибилизации, которая в большинстве случаев развивается вследствие контакта с комплексом вредных производственных факторов. Заболевания, возникающие в результате воздействия на организм производственных аллергенов и раздражающих веществ полиморфны. Особенности иммунной системы обусловливают сохранение повышенной чувствительности в течение длительного периода времени и развитие поливалентной сенсибилизации. Лечение данной патологии требует, в связи с этим, использования новых методов терапии, направленных на сохранение трудоспособности работника.

Цель исследования. Оценить эффективность его применения в терапии, направленной на снижение сенсибилизации организма комплексного препарата цитофлавин®.

В группу наблюдения включены 85 работников, получавших стандартную терапию и цитофлавин®, в группу сравнения - 80 работников тех же профессий, получавших стандартную терапию (антигистаминный препарат; гипосенсибилизирующее средство; мембраностабилизатор тучных клеток). Все работники заполняли анкету для определения предрасположенности к аллергическим заболеваниям. Для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения использовался бланковый тест. Определяли положительные и отрицательные состояния по шкалам и их соотношения. В качестве критериев оценки отклонений исследуемых лабораторных показателей использованы возрастные физиологические уровни. Проведена оценка функции внешнего дыхания, микроциркуляции. С учетом этиологии и патогенеза формирования

изучаемой патологии в комплекс медикаментозной терапии включен метаболический препарат с цитопротекторными свойствами, обладающий антиоксидантным действием - цитофлавин®. Цитофлавин® (cytoflavin) - метаболический препарат с цитопротекторными свойствами. Фармакологическое действие препарата обусловлено суммарным действием составляющих активных компонентов. Клинико-лабораторная оценка проводилась до назначения медикаментозной терапии и после 10 дневного курса терапии. Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у 52,3% пациентов (сенсибилизация к бытовым аллергенам).

На фоне лечения в обеих группах отмечается стабилизация психоэмоционального состояния и положительная динамика лабораторных показателей. Токсического действия препарата не выявлено: цитолитические ферменты до и после лечения в пределах нормы и метаболически нейтральны. На фоне применение цитофлавина в комплексной терапии отмечена положительная динамика показателей ФВД. При капилляроскопии наблюдалась положительная реакция капилляров на воздействие препарата. Отмечено уменьшение перикапиллярной зоны на 2,3%; уменьшились диаметры капилляров ногтевого ложа в переходном на 7,6%, в венозном на 12,1% отделах (p=0,05). Включение препарата в состав комплексной терапии приводило к более быстрому исчезновению признаков заболевания. При повторном поступлении уточнялись количество и сроки рецидивов в течение года. По итогам опроса у пациентов, получавших цитофлавин® в комплексной терапии, межрецидивный период отличался большей продолжительностью, а число рецидивов снизилось (в 15,7% случаев первый рецидив совпал со сроком плановой госпитализации).

Воробьев Р.И.
ГБОУ ВПО Алтайский медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ЧАСТОТА ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Цель исследования. Изучить частоту гиперхолестеринемии у городского населения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 2139 лиц из организованной популяции городского населения на базе КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». Были выделены несколько групп по десятилетиям в зависимости от возраста. Лица от 20 до 29 лет составили первую группу. Во вторую группу включены обследованные в возрасте 30-39 лет, в 3-ью - 40-49, в 4-ую - 50-59, 5-ую - 60-69, 6-ую - более 70 лет. Кроме того, во всех возрастных группах обследованные были разделены по полу. Проведено исследование общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов Roshe ферментативным колориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe).

Результаты исследования. Выявлено, что с возрастом уровень ОХС прогрессивно повышается. Так в первой группе (20-29 лет) показатели в среднем равны 4,52±0,68 ммоль/л. Начиная с 30-39 лет, уровни ОХС в среднем превышают целевые значения (5,0 ммоль/л) - 5,06±1,0 ммоль/л, в 40-49 лет - 5,54±1,12 ммоль/л. В группе 50-59 лет концентрация ОХС составляет в среднем - 5,96±1,16 ммль/л, в 60-69 лет - 6,02±1,05 ммоль/л и с 70 лет - 5,6±1,18 ммоль/л. При этом в половых группах отмечается та же тенденция увеличения уровня ОХС, однако до 50 лет параметры выше у мужчин (p<0,001), с 50 лет во всех возрастах выявлено превышение показателей у женщин.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют, что гиперхолестеринемия характерна уже для возрастной группы 30-39 лет с последующим увеличением абсолютных показателей ОХС у обследованных с превышением показателей у мужчин до 50 лет. Результаты позволяют рекомендовать профилактические мероприятия для нормализации параметров липидного обмена, начиная с молодого возраста.

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГБОУВП ВПО Алтайский государственный технический университет им И.И. Ползунова
г.Барнаул, Россия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является актуальной проблемой современной медицины России.

Цель исследования. Апробация формирования групп высокого риска и очень высокого риска ССЗ с помощью компьютерного определения 10-летнего фатального риска SCORE у организованного населения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 520 практически здоровых лиц, средний возраст которых составил 43,2±16,0 лет (медиана - 51,0 год), у которых, наряду с анамнестическими, анкетными, антропометрическими, клиническими (измерение артериального давления - АД), функциональными, проводили лабораторное исследование - определение в сыворотке крови концентрации общего холестерина ферментативным методом на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED.

Критериями оценки гиперхолестеринемии явились Рекомендации ВНОК «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (2009). У пациентов также был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой на основе технологической платформы «1С: Предприятие 8.2» («Altay Risk SCORE», Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ N 2012612885, 2012). Разработанная программа обеспечивает на основе выявленных факторов риска ССЗ, рассчитать риск SCORE быстро, точно, а также предлагает доступ к перечню профилактических рекомендаций, хранит результаты по факторам риска и результатам рискометрии в базе данных.

Результаты исследования. У всех обследованных (238 мужчин, средний возраст 49,6±15,6 лет и 282 женщин, средний возраст 48,7±16,6 лет) обнаружено, что уровень ОХС равен 5,0±1,1 ммоль/л (медиана - 4,9 ммоль/л), САД - 132,7±18,8 мм р.ст. (медиана - 130,0 мм р.ст.). Выявлено 132 курящих. Величина суммарного коронарного риска SCORE равнялась 2,7±3,5% (медиана 1,0%). При этом группа низкого риска SCORE составила 21,7% от всех обследованных, умеренного риска - 60,0%, высокого - 13,5% и очень высокого - 4,8%. У обследованных мужчин группа низкого риска по SCORE составила 10,9% (n=26), умеренный риск характерен для 57,1% (n=136) мужчин (риск - 2,1±1,1%, медиана - 2,0%), высокий риск - 21,9% (n=52) (риск - 6,4±1,5%, медиана - 6,0%), очень высокий - 10,1% (n=24) (риск - 14,5±4,0%, медиана - 13,0%). Среди обследованных женщин группа низкого риска по SCORE составила 30,9% (n=87). Умеренный риск характерен для 62,4% (n=176) женщин, величина риска - 1,7±0,9% (медиана - 1,0%); высокий риск - 6,4% (n=18) (риск - 5,9±1,3%, медиана - 5,5%); очень высокий - 0,4% (n=1) (риск - 17,0%, медиана - 16,8%). Лицам, имеющим умеренный риск, были даны профилактических рекомендации с последующим мониторингом, а при высоком и очень высоком риске по SCORE назначено активное вмешательство с мониторингом. При этом высокий и очень высокий риск по SCORE, когда требуется активное не- и медикаментозной вмешательство с последующим наблюдением, обнаружен у 32% мужчин и 6,8% женщин.

Выводы.

Установление уровня риска пациента, достигнутое с помощью клинических, лабораторных и других данных при последующей компьютерной обработке, позволяет сформировать группы риска и своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию факторов риска.

Воробьева А.А., Власова Е.М., Данилина И.В., Пономарева Т.А.
ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ШУМА В ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНЫ ТРУДА И ПРОФПАТОЛОГИИ

Профессиональная нейросенсорная тугоухость (НСТ) занимает лидирующее положение среди профессиональных заболеваний в Пермском крае (ПК) на протяжение многих лет (доля профессиональной НСТ в 2012 составила 41,0%). Одной из существенных проблем является достаточно высокий удельный вес НСТ, впервые выявляемой у работающего населения.

Цель исследования. Проанализировать состояние здоровья работающих в условиях воздействия производственного шума различного уровня на предприятиях ПК, разработать и внедрить программу комплексной терапии, способствующей сохранению трудоспособности работников.

Материалы и методы исследования. Обследовано 86 человек (51 работник, осуществляющий трудовую деятельность в условиях воздействия производственного шума, и 35 офисных работников) в возрасте 49,4±8,9 лет, со стажем 29,0±8,6 лет. Использовались санитарно-гигиенические, клинические, лабораторные, инструментальные, функциональные и статистические методы исследования.

Комплексная терапия включала: массаж шеи и воротниковой зоны с использованием мазей и гелей с НПВС, лечебную физкультуру для шейного отдела позвоночника, специальные упражнения для тренировки вестибулярного аппарата; методы физиотерапии (электросонотерапию, синусоидально-модулированные токи, магнитотерапию, магнитно-инфракрасную лазерную терапию, ультратонотерапию, аэроионотерапию), медикаментозную терапию, санацию очагов инфекции. Медикаментозная терапия включала назначение нейромидина, препаратов тиоктовой кислоты, антиоксидантные, седативные препараты.

Субъективно снижение слуха отметили 87%, снижение слуха в конце рабочего дня - 25,6% обследованных. При этом по результатам периодического медицинского осмотра снижение слуха выявлено в 38,8% случаев. Вызывает тревогу малый процент работников, которые озабочены своим состоянием (24,4%). Экстрааауральные проявления воздействия шума выявлены в виде вегетативной дисфункции (30%), артериальной гипертензии (45%), хронического гастродуоденита (40%). Признаки дорсопатии шейного отдела позвоночника отмечались в 41% случаев, цереброваскулярной болезни в 33% случаев. У 27% обследованных выявлены хронические заболевания носоглотки. Результаты шепотной акуметрии показали снижение шепотной речи до 4-5 м в 13,7% случаев у работников «шумовых» профессий и в 14,2% случаев у офисных работников, при сохранении разговорной речи. Наблюдалось нарушение адаптации организма с преобладанием гиперсимпатикотонии. По данным электроэнцефалографии, у 72,8% обследованных регистрировались общемозговые изменения биоэлектрической активности мозга без четкой локальности. Исследование суточных биоритмов вегетативного тонуса с помощью суточного мониторирования артериального давления и электрокардиографии подтвердило повышение систолического (51%) и диастолического (39%) артериального давления, тахикардию при физической нагрузке (37%), регистрировалась депрессия сегмента S-T со снижением более 1 мм (42%). У 49,3% обследованных выявлены нарушения процессов метаболизма (гипер- и дислипидемия в 30% случаев, гипергликемия в 47% случаев).

Выводы.

Шум любого уровня создает дополнительные требования к организму человека в процессе его трудовой деятельности. Выявляемое в настоящее время количество случаев нейросенсорной тугоухости не соответствует фактической распространенности патологии. Ранняя диагностика и коррекция экстрааауральных проявлений воздействия шума на организм работника, заболеваний, усугубляющих течение НСТ, является эффективной профилактикой снижения слуха.

Грибачева И.А., Дергилев А.П., Попова Т.Ф., Фонин В.В.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России
г.Новосибирск, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Сложность толкования патогенеза демиелинизирующих заболеваний, в том числе и нейропатии лицевого нерва, связана с отсутствием в медицине сведений по вопросу разной реакции организма на одну и ту же причину, в частности, на один и тот же возбудитель инфекции.

Нами изучен катамнез у 138-и больных с нейропатией лицевого нерва, проведено иммунологическое исследование 44-м пациентам в острой стадии заболевания. Возраст больных составил от 15 до 43 лет (средний возраст 31±1,92 г.). Представляла интерес оценка общего содержания фракции лимфоцитов среди прочих клеток крови, так как именно они являются иммуннокомпетентными клетками, ответственными за осуществление как клеточного, так и гуморального иммунитета. При сопоставлении лейкограмм больных и группы контроля абсолютное содержание и процент лимфоцитов существенно не отличались. В иммунограммах отмечено значительное снижение общей популяции Т-лимфоцитов ($CD3^+$) как в относительных, так и в абсолютных значениях ($p<0,05$). Почти вдвое снижались показатели субпопуляции $CD4^+$-клеток, представляющих хелперы-индукторы ($p<0,01$). Не выявлено достоверных различий в абсолютном содержании $CD8^+$-лимфоцитов, представляющих клетки с супрессорной активностью, в то время, как процентное содержание их у больных было выше по сравнению с группой контроля. Индекс соотношения этих клеток оказался существенно ниже соответствующего показателя контроля, что объяснялось значительным снижением $CD4^+$-лимфоцитов. Это указывало на дисбаланс между субпопуляциями хелперных и супрессорных клеток. При сравнении уровней циркулирующих иммунных комплексов различий между группой больных и группой контроля выявлено не было ($p>0,05$). Обнаружено достоверно значимое повышение иммуноглобулинов класса А ($p<0,05$), что трактовалось нами как следствие частого вовлечения в процесс слизистых оболочек носоглотки и неоднократных респираторных заболеваний у больных нейропатией лицевого нерва. Отмечаемое снижение иммуноглобулинов класса М объяснялось затяжным формированием патоморфологического субстрата, несмотря на острую клиническую стадию болезни. Об этом же свидетельствует значительное увеличение уровня иммуноглобулинов класса G в сыворотке крови, хотя этот показатель существенно варьировал. Анализ индивидуальных значений иммунологических параметров показал, что ни одно из обнаруженных отклонений от нормы не являлось облигатным для всей группы больных. Исследованные показатели, как в норме, так и при патологии варьировали, что могло быть обусловлено генетической гетерогенностью популяции. Первопричина выявляемых иммунологических нарушений у больных нейропатией лицевого нерва в настоящее время достоверно не выявлена. Наш интерес к этой патологии связан с тем, что в литературе в течение многих лет дискутируется вопрос взаимосвязи НПЛН и рассеянного склероза. При изучении клеточного и гуморального звеньев иммунитета этих групп больных нам было интересно выявить наличие или отсутствие одних и тех же изменений, что в дальнейшем дает возможность предполагать наличие единых патогенетических механизмов как проявление типового патологического процесса.

Полученные нами данные совпадают с данными литературы последних лет, свидетельствующими о том, что у большинства пациентов с нейропатией лицевого нерва наблюдаются те или иные признаки недостаточности иммунной системы. Выявляемые у больных иммунологические нарушения предполагают проведение рациональной иммунокорригирующей терапии.

Грибачева И.А., Пятова А.Е., Шашуков Д.А.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России
МБУ Городская клиническая больница N 2
г.Новосибирск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В литературе недостаточно данных об особенностях реабилитации пациентов с фенотипическими проявлениями недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ), перенесших ишемический инсульт. Существует множество способов реабилитации лиц, перенесших ОНМК, особого внимания заслуживает метод биологической обратной связи (БОС).

С учетом современного уровня развития медицинской техники, применение обратной связи получило наиболее широкое распространение при лечении артериальной гипертонии, нарушениях частоты и ритма сердечных сокращений, восстановлении нервно-мышечных функций.

В условиях городского центра реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения г.Новосибирска проведена реабилитация больных в раннем восстановительном периоде ОНМК (от 1 до 5 месяцев после инцидента) 54 пациентов (70,8% женщин и 29,2% - мужчин), средний возраст составил 54,6±5,3 года, в числе которых оказалось 29 человек (58,3%) с нарушением дифференцировки соединительной ткани. Основными жалобами больных являлись: гемипарезы - в 91,8%, афатические нарушения - в 22,4%, головокружение - в 28,6%, снижение эмоционального фона - в 69,8% случаях. Согласно протоколу исследования, 1-ю группу составили больные с НДСТ (29 чел.), а 2-ю без признаков дисплазии соединительной ткани (25 чел.).

Методы исследования включали: оценку неврологического статуса по стандартной методике (на момент поступления в стационар, на 10 и 21 сутки); МРТ головного мозга; ультразвуковую доплерографию экстра- и интракраниальных сосудов; функциональные тесты (шкала спастичности Ашфорта; индекс активности повседневной жизни Бартел; тест для руки Френчай; степень инвалидизации по шкале Ренкина; шкалу инсульта Национального института здоровья; динамометрию; госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS; шкалу оценки психического статуса); изучение внешних фенотипических проявлений НДСТ (оценка гипермобильного синдрома по шкале Бейтона, оценку больших и малых Брайтонских критериев, оценку степени выраженности фенотипических проявлений НДСТ по шкале Л.А. Фоминой). Все пациенты получили стандартный объем лечебных, реабилитационных мероприятий.

По завершении курсового лечения были получены следующие результаты:

1. Увеличение мышечной силы в дистальном отделе верхней конечности в целом у пациентов с дисплазией соединительной ткани возросло в 1,8 раза, в то время как у лиц без НДСТ - в 1,2 раза от исходного; у пациентов, которые получали курс реабилитации с применением БОС, увеличение мышечной силы в дистальном отделе верхней конечности было в 2,3 раза больше, чем у пациентов, которые не получали курс БОС.

2. Снижение повышенного тонуса мышц, сгибателей предплечья и кисти при выполнении пассивных движений у пациентов 1-й группы отмечено в 1,6 раза, тогда как во 2-й группе - в 1,0 раза; у пациентов занимающихся с использованием БОС в 1,85 раза мышечный тонус был ниже, чем у пациентов не занимающихся при помощи методики БОС .

3. Результатом улучшения моторики кисти явилось изменение показателей индекса активности в повседневной жизни Бартелла - у больных в 1-й группе этот показатель вырос на 17,01%, тогда как во 2-й - на 15,1%.

4. Позитивная динамика наблюдалась в обеих группах больных при оценке показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии: в 1-й группе уменьшение показателей на 15%, во 2-й группе на 12%, пациенты, занимающиеся с использованием БОС показывали результаты снижения оценки показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии на 30%.

Таким образом, эффективность метода БОС в сочетании с лечебно-реабилитационными мероприятиями значительно выше, чем лечебно-реабилитационные мероприятия без использования

БОС. Также следует отметить, что у больных в раннем восстановительном периоде ОНМК с дисплазией соединительной ткани восстановление нарушенных функций и трудоспособности протекает быстрее, что может служить основанием для увеличения интенсивности реабилитационных мероприятий у пациентов данной группы.

Григорьев Ю.А.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Одной из значимых проблем, оказывающих влияние на здоровье женщин и детей, является эпидемия ВИЧ-инфекции. Она существенным образом влияет на перинатальную и младенческую смертность, мертворождаемость, заболеваемость детей и материнскую смертность. Рост числа случаев ВИЧ-инфекции у женщин (преимущественно детородного возраста) и расширение гетеросексуального пути передачи инфекта способствуют распространению этой п атологии среди беременных. В Российской Федерации до 1996 г. на 100 тыс. тестированных беременных ВИЧ-инфекция выявлялась с частотой 0,1-0,2. К 2002 г. этот показатель достиг максимального значения - 119,2. В 2003-2008 гг. частота составляла несколько меньшую величину - в пределах 105,6-116,3. За период с 2004 по 2008 г. в РФ ежегодно регистрировалось от 11 до 14 тыс. случаев заболевания ВИЧ-инфекцией у беременных. Наибольший рост числа случаев за этот период отмечался в СФО. Растет и число детей, имевших контакт с ВИЧ-инфекцией в перинатальном периоде. Наибольшая частота рождений детей от ВИЧ-инфицированных матерей в 2011 г. отмечалась в Уральском федеральном округе (7,34 на 100 тыс. населения). Этот показатель в 2,6 раза превышает средний уровень по Российской Федерации. В Сибирском федеральном округе частота рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей не отличалась от среднего уровня по стране. Величина показателя на отдельных территориях СФО ранга республика/край/область неодинакова. В Республике Тыва случаи рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей в 2011 году не наблюдались. Этот показатель имеет невысокий уровень в Республике Хакасия (0,6 на 100 тыс. населения) и Республике Алтай (1,0). В Омской, Томской и Новосибирской областях, Алтайском, Забайкальском и Красноярском краях величина показателя ниже, чем в среднем по СФО. В Сибирском федеральном округе имеются очень высокие значения показателя на трех территориях. К ним относятся Иркутская (8,4 на 100 тыс. населения), Кемеровская (4,9) области и Республика Бурятия (6,0). В Иркутской области частота рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей в 2,9 раза превышает средний уровень по СФО. В Республике Бурятия превышение составляет более двух раз.

В соответствии с декларацией ООН (2001 г.) о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД в странах, которые поражены ВИЧ-инфекцией, планировалось к 2010 г. на 50% сократить долю новорожденных, пораженных данным инфектом. Для этого предполагалось 80% ВИЧ-позитивных беременных, имеющих доступ к медицинским услугам, повсеместно обеспечить информацией, консультированием, антиретровирусными препаратами для профилактики вертикальной передачи инфекции (от матери к ребенку) и лечения. В Дублинской декларации (2004 г.) была поставлена еще более высокая цель: практически устранить ВИЧ-инфекцию у детей грудного и раннего возраста к 2010 году. Иначе эта цель звучала так: снизить долю ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, до 2%. Всемирной Организацией Здравоохранения для всех стран были определены конкретные методы эффективной профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

В РФ только во второй половине 2005 г. было начато внедрение стандартов по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (приказ Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 N 375). Трехэтапной антиретровирусной терапией (женщина во время беременности, в родах и ребенок после рождения) в РФ было охвачено 80,5% беременных только к 2008 году. По Сибирскому федеральному округу этот показатель составлял всего 75,3%. В дальнейшем требуются продуманная и четкая регламентация видов и объемов помощи ВИЧ-инфицированным беременным, контроль качества профилактики и лечения. Для сокращения

распространенности ВИЧ/СПИД среди населения, как РФ, так и СФО необходима активная профилактика данной патологии, построенная на межсекторальном принципе деятельности, где медицинская составляющая является только небольшой частью усилий всех граждан, общества и государства.

Дадаев М.Ш.
ГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет»
г.Грозный, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ «ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ - АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА» У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСЕНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Актуальность. В настоящее время установлено, что ключевую роль в развитии ХОБ играет дисбаланс в системе оксиданты-антиоксиданты, создающийся за счет избытка экзогенных или эндогенных оксидантов. В связи с этим особую важность в лечении ХОБ приобретают препараты, обладающие антиоксидантными свойствами. Среди них обращает на себя внимание новый отечественный препарат «Гипоксен».

Цель исследования. Изучение влияния гипоксена в комплексной терапии на состояние системы перекисного окисления липидов - антиоксидантной защиты у больных ХОБ.

Материалы и методы исследования. Исследовано 68 больных (55 мужчин и 13 женщин, средний возраст - 54,7±6,6 лет) ХОБ, которых разделили на две группы:

1-я группа - 36 больных, которым назначали гипоксен в дозе по 1 таблетке (0,5 г) 3 раза в день в сочетании с традиционной терапией (антибиотики, бронхолитики и отхаркивающие средства);

2-я группа (контроль) - 32 больных, которые получали только традиционную терапию.

Диагноз ХОБ устанавливали на основании характерной клинической картины, лабораторных, рентгенологических и спирографических данных. Выраженность перекисного окисления липидов оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА), состояние антиоксидантной защиты - по показателю антиоксидантной активности (АОА). Продукты ПОЛ и АОА также определяли у 10 здоровых добровольцев.

Исследования больных проводили при поступлении в стационар, при выписке из стационара (через 2-3 недели) и через 1 месяц после выписки из стационара.

Результаты исследования. Результаты исследования системы «ПОЛ - АОЗ» свидетельствуют о том, у всех обследованных больных ХОБ (1-й и 2-й групп) в период обострения наблюдалась активация продуктов ПОЛ и снижение показателей антиокислительной системы (по сравнению со здоровыми лицами): концентрация в плазме крови МДА у больных основной группы составила 14,2±0,4 мкмоль/л, 2-й группы - 14,4±0,5 мкмоль/л (у здоровых - 2,3±0,03 мкмоль/л); показатели АОА у больных 1-й и 2-й групп составили соответственно 0,97±0,2 ммоль/л и 0,98±0,3 ммоль/л (у здоровых - 1,54±0,3 ммоль/л). По окончании курса традиционной терапии концентрация в плазме крови МДА у больных контрольной группы составила 9,2±0,3 мкмоль/л, показатель АОА - 1,14±0,4 ммоль/л, через месяц после выписки из стационара - соответственно 9,2±0,3 мкмоль/л и АОА 1,14±0,4 ммоль/л. Назначение гипоксена в комплексной терапии больным приводило более выраженному снижению интенсивности процессов ПОЛ: концентрация в крови МДА составила при выписке из стационара 3,8±0,2 мкмоль/л, показателя АОА - 1,34±0,2 ммоль/л, через месяц - соответственно 3,8±0,2 мкмоль/л и АОА - 1,34±0,2 ммоль/л.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение гипоксена в состав комплексной терапии у больных ХОБ способствует коррекции дисбаланса в системе ПОЛ-АОС, хотя полной нормализации не достигает, что свидетельствует о хроническом течении данного заболевания.

Данилина И. В., Пономарева Т.А., Воробьева А.А.
Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научный центр
медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
гПермь, Россия

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ НЕФТЕДОБЫЧИ

На нефтедобывающих предприятиях условия труда характеризуются сочетанием комплекса вредных производственных факторов, интенсивность которых соответствует 3 классу 1-3 степени вредности. Факторы химической природы представлены преимущественно веществами 2, 3, 4 класса опасности (нефть и ее компоненты, а также сероводород, диоксид серы, предельных углеводородов, оксид углерода, оксид азота). Учитывая наличие химического фактора, соответствующего 3 классу 1-3 ст. вредности, а также обнаружение в крови у работников предприятий нефтедобычи ароматических углеводородов, позволяет предположить, что воздействие данных химических соединений может поддерживать иммунную супрессию, и приводить к повышению заболеваемости болезнями органов дыхания.

Цель исследования. Разработка алгоритма обследования и программы профилактики заболеваний органов дыхания у работников предприятий нефтедобычи.

Специалисты ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» за период 2011-2012 гг. обследовали 399 работников предприятий нефтедобычи. Группа (гр.) наблюдения состояла из 304 человек, осуществляющих свою трудовую деятельность в условиях воздействия комплекса производственных факторов. Средний возраст основной группы составил - 38,8±2,1 л., ср. стаж работы - 10,5±1,5 л. Профессиональный состав: оператор по добыче нефти и газа, мастер по добыче нефти, газа и конденсата, машинист насосных станций по закачке рабочего агента в пласт, оператор по поддержанию пластового давления. Группа сравнения составила 95 человек, средний возраст - 40,3±1,8 л.т, средний стаж - 9,7±1,7 л., (инженерно-технический состав).

По результатам аттестации рабочих мест лиц основной группы выявлено, что согласно Руководству Р 2.2.2006-05, на 98,0% рабочих мест условия труда (УТ) оценены как вредные и лишь на 2,0% рабочих мест УТ - 1-2 класса. По уровню химического фактора УТ соответствуют классам 2-3.3 с учетом наиболее высокой степени вредности (превышение гигиенических нормативов зафиксировано по содержанию в воздухе рабочих мест сероводорода и углеводородов С1-10 (в пересчете на С).

Анализ результатов медицинских осмотров свидетельствует, что 72,6% рабочих имеют хроническую патологию. Заболевания органов дыхания (ОД) выявляется почти у каждого 5-го работника (до 18,3%). По обращаемости у работников нефтедобывающих предприятий болезни ОД занимают первое место и составляют 38,6%. В структуре болезней органов дыхания доля патология верхних дыхательных путей (ДП) составила 51,7% (J30.0, J30.4, J31.0 - 40,5%, J31.1, J32.8 - 3,5%, J35.1 - 7,7%, p=0,01-0,05). Патология нижних ДП (J41.0 -15,5%) диагностирована только у работников группы наблюдения. В группе наблюдения обструктивные нарушения выявлены у 28,3%, рестриктивные у 26,2% обследованных. Более чем у 50% обследованных обструктивные нарушения сочетались с рестриктивными изменениями показателей. В ходе оценки особенностей функции внешнего дыхания у работников установлено, что средние показатели форсированной жизненной емкости легких в основной группе составили 88,40±8,73%, от должных поло-возрастных уровней. В группе сравнения обструктивные и рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания диагностированы достоверно реже (у 12% и 7%, соотв., p=0,01-0,02). У экспонированных работников отмечались статистически значимые отклонения показателей клинико-лабораторного обследования. В группе наблюдения количество лиц с лейкоцитозом выявлялось в 1,5 раза чаще (16,77% и 10,81%, соотв.), показатели в обеих группах статистически различались 10,69±0,63 х 10^9/дм^3 и 6,73±0,57 х 10^9/дм^3, p=0,0001. Нейтрофилез установлен у 36,65% работников в гр. наблюдения, у 24,32% работников в гр. сравнения (p=0,015), лимфопения - у 22,36% и 5,41% работников, соотв., (p=0,05), базофилия - у 5% работников в гр. наблюдения при отсутствии базофилов в мазках крови у работников гр. сравнения, уровень моноцитов (6,52±0,42%)

превышал нормальные значения в 1,6-2,2 раза (p=0,0001) в группе наблюдения. Исследование показателей иммунологической реактивности показало достоверное снижение относительного содержания CD3+клеток (43,0%), CD4+клеток (24,0%), CD8+клеток (18,4%) относительно группы сравнения (соответственно CD3+клеток 61,8%, CD4+клеток 33,9%), CD8+клеток 25,6%), абсолютного количества В-лимфоцитов (CD20+клеток). Установлена зависимость степени снижения Т-лимфоцитов с увеличением стажа. При оценке гуморального звена иммунитета отмечалась гиперпродукция IgA у экспонированных работников (2,18±0,1 г/дм^3), показатель в 2 раза превышал физиологическую норму (1,6 г/дм^3 , p=0,0001) и значения в гр. сравнения (1,8±0,2 г/дм^3, p=0,0001). В крови работников основной группе средние концентрации бензола и толуола в крови выше, чем в группе сравнения (0,03±0,0139 мкг/см^3 и 0,01±0,0071 мкг/см^3, p=0,01; 0,01±0,00291 мкг/см^3 и 0,0±0,0 мкг/см^3, p=0,05 соотв.).

Были определены диагностические критерии болезней ОД у работающих на предприятиях нефтедобычи. По результатам обследования сформированы группы диспансерного наблюдения. Оздоровление работников проводится на здравпунктах предприятия совместно со специалистами: аллергологом, оториноларингологом; и в клинике центра медицины труда 1 раз в год.

Домрачева Е.В., Грибачева И.А., Попова Т.Ф., Дергилев А.П., Фонин В.В.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России
г.Новосибирск, Россия

КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ

Нетравматическое кровоизлияние в мозг наиболее часто возникает как осложнение артериальной гипертензии. Группу больных с острым мозговым инсультом геморрагического типа составили 49 человек, среди которых было 28 (57,1%) женщин и 21 (42,9%) - мужчина. Средний возраст больных составил 42,3±1,1 года. Достоверных отличий по возрасту и тяжести состояния среди мужчин и женщин внутри обследованной группы выявлено не было.

Критериями включения в группу больных являлись: возраст моложе 45 лет, верифицированный методами нейровизуализации геморрагический характер инсульта, наличие артериальной гипертензии разной степени выраженности, отсутствие тяжелых соматических заболеваний, приводящих к ОНМК, окклюзирующего поражения краниоцервикальных артерий.

В обследованной группе артериальная гипертензия длительностью менее 5 лет отмечалась у 11,1% больных, от 6 до 10 лет - у 63,7%, более 10 лет - у 25,2%. Таким образом, большая часть больных страдала АГ более 5 лет (88,9%). Отмечена положительная корреляционная зависимость между продолжительностью АГ и стадией ХЦИ (r=+0,31).

Жалобы у пациентов данной группы были неспецифичны. Чаще встречались указания на головную боль, головокружение, раздражительность, плохой сон, снижение работоспособности, расстройства памяти. У подавляющего большинства обследованных больных (99,7%) объективно выявлялось пониженное настроение, ослабление памяти, снижение трудоспособности, ажиатировано-депрессивный синдром с депрессивным настроением, тревогой, страхами, наблюдается неуверенность в своих силах, мнительность, иногда - повышенная раздражительность, вспыльчивость, затруднение перемены психических установок, сужение объема внимания, повышенная истощаемость, легкая непроизвольная переключаемость, эмоциональная гиперсенситивность, раздражительная слабость, снижение продуктивности интеллектуального труда, неустойчивость внимания, эмоционально-волевые расстройства. По результатам теста Mini-Mental State Examination, средний суммарный балл составил 22,8±1,4, среднее количество ошибок при использовании краткого опросника Short portable mental status questionnaire составило 3,3±0,64. Особого внимания заслуживает своевременное выявление депрессий с преобладанием апатического или тревожного состояния. Среди обследованных больных эти симптомы встречались в 67,8% случаев и квалифицировались с помощью шкалы Гамильтона (HDRS): в пользу легкой депрессии свидетельствовала сумма баллов

от 7 до 16 (51,9%), средней степени тяжести - от 17 до 27 (42,3%), тяжелой - более 27 баллов (5,7%). И только у некоторых больных (3,1%) имела место эйфория, которая нередко перерастала в дисфорию, и сочеталось со снижением интеллекта разной степени выраженности. При наличии очагов в субталамических ядрах, в полосатом теле и бледном шаре у пациентов наблюдались симптомы вовлечения экстрапирамидной системы различной степени выраженности (у 52 больных - 33,3%).

Для изучения оценки нарушения качества жизни к данной категории больных была применена шкала инвалидизации Рэнкина, при этом I степень была определена у 89 (57,1%), II степень - у 67 (42,9%) больных. Поскольку индекс Бартела наиболее эффективен для оценки качества жизни пациентов с выраженными двигательными расстройствами, применение его к данной группе больных мы сочли нецелесообразным.

При оценке данных МРТ и КТ увеличения размеров III желудочка не отмечалось, что косвенно может подтверждать отсутствие дементного синдрома, так как в литературе существует мнение о наличии прямой корреляционной зависимости между увеличением размеров III желудочка и данными нейропсихологического тестирования.

Екимовских А.В., Чурляев Ю.А., Епифанцева Н.Н.
Филиал ФГБУ НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ШАХТЕРОВ УГОЛЬНОЙ ШАХТЫ

Цель исследования. Оценить влияние гипергомоцистеинемии на оксидантно-антиоксидантный статус и вклад в развитие особенностей эндотелиальной дисфункции у шахтеров в зависимости от подземного стажа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 170 шахтеров угольной шахты. Шахтеры разделены на 3 возрастно-стаженые группы:

I группа - со стажем менее 9 лет (n=67; средний возраст - 27,6±0,6 лет);

II группа - стаж 10-19 лет (n=56; возраст 37,9±0,56 лет);

III группа более 20 лет стажа (n=47; возраст 47,8±0,7 лет).

Дополнительно группы разделены на подгруппы в зависимости от концентрации гомоцистеина (ГЦ): представляющие физиологическую норму (ГЦ<15 мкмоль/л) и шахтеры с умеренной гипергомоцистеинемией (ГГЦ; ГЦ>15 мкмоль/л). Т.о., I группа представлена Iа (ГЦ<15 мкмоль/л; n=44) и Iб подгруппой (ГЦ>15 мкмоль/л; n=23); II группа - IIа (ГЦ<15 мкмоль/л; n=36) и IIб (ГЦ>15 мкмоль/л; n=20); III группу составили IIIа (ГЦ<15 мкмоль/л; n=33) и IIIб подгруппы (ГЦ>15 мкмоль/л; n=14). Контрольная группа (КГ): n=16 (средний возраст - 35,5±0,9 лет). Определяли содержание тромбомодулина гомоцистеина, общую окислительную активность (ООА), общую антиоксидантную активность (ОАА). Рассчитывался нормализованный коэффициент оксидации (НКО). Обработка результатов: критерии Вилкоксона-Манна-Уитни; коэффициент корреляции Спирмена («Statistica-8.0»)

Результаты исследования. При исследовании ООА выявлено увеличение во всех группах в 2,2-2,8 раза (p<0,05), по сравнению с КГ. Максимальные значения ООА наблюдались в III группе (580,45±50,58 мкмоль/л), что выше значения I группы (460,51±31,67 мкмоль/л) в 1,2 раза (p<0,05). В III группе выявлено максимальное значение НКО (2,83±0,28 отн.ед.), что выше показателя I группы (2,18±0,13 отн.ед.) в 1,3 раза (p<0,05) и КГ (1,04±0,12 отн.ед.) в 2,1 раза (p<0,05). В I и II группе НКО превышал (p<0,05) значения КГ. Выявлено увеличение ГЦ во всех группах в 1,7-1,8 раз (p<0,05) по сравнению с КГ, при этом не было разницы в группах. Между I, II и КГ не выявлено различий в уровне тромбомодулина и лишь в III группе достигал минимальных значений (2,78±0,16 нг/мл), и был ниже таковых I группы (3,29±0,14 нг/мл) и КГ (3,23±0,11 нг/мл) в 1,2 раза (p<0,05). У шахтеров II (стаж 10-19 лет) и III групп (стаж более 20 лет) с умеренной гипергомоцистеинемией

(подгруппы IIб и IIIб; ГЦ>15 мкмоль/л) наблюдается увеличение ООА в 1,8 раз (p<0,05) и 1,6 раз (p<0,05) и снижение ОАА в 1,2 раз (p<0,05) по сравнению со значениями IIa и IIIa подгрупп соответственно. Это свидетельствует об оксидантно-антиоксидантном дисбалансе в этих группах и выражается в увеличении НКО у шахтеров с умеренной гипергомоцистеинемией (IIб и IIIб подгрупп) в 2,3 раза (p<0,05) и 1,8 раз (p<0,05) в сравнении IIa и IIIa подгрупп. При исследовании уровня тромбомодулина (ТМ) установлено его увеличение во II группе у шахтеров с ГГЦ (3,7±0,2 нг/мл) в 1,9 раз (p<0,05) по сравнению со значениями в IIa подгруппе (2,01±0,4 нг/мл) и в 1,2 раза (p<0,05) в сравнении с КГ (3,2±0,1 нг/мл). В III группе, напротив, у шахтеров с ГЦ наблюдаются минимальные значения ТМ (1,6±0,34 нг/мл), что ниже IIIa подгруппы (3,0±0,3 нг/мл) в 1,9 раза (p<0,05) и КГ в 2 раза (p<0,05).

Выводы.

У шахтеров угольных шахт, работающих во вредных подземных условиях, наблюдается увеличение количества активных форм кислорода, которое прогрессирует с увеличением стажа. Выявлено увеличение уровня важного повреждающего фактора сосудов - гомоцистеина. У шахтеров с более чем 10-ю годами стажа с гипергомоцистеинемией наблюдается активация свободнорадикального окисления, которое может опосредовать повреждающее действие гомоцистеина на сосудистый эндотелий и быть одной из главных причин в развитии эндотелиальной дисфункции. Увеличение растворимой формы тромбомодулина в плазме крови шахтеров, 10-19 лет подземного стажа, с гипергомоцистеинемией свидетельствует о повреждающем действии ГЦ на сосудистый эндотелий. А снижение ТМ среди шахтеров с умеренной ГГЦ более 20 лет стажа напрямую связано с угнетением синтеза ТМ и как следствие, снижением тромборезистентности эндотелия, с формированием коагуляционной формы дисфункции сосудистого эндотелия.

Елгина С.И., Никулина Е.Н.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России МБУЗ «Детская клиническая больница N 5. Родильный дом»
г.Кемерово, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ГОНАДОТРОПНЫХ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в акушерстве. В многочисленных исследованиях на морфологическом материале показано, что при невынашивании беременности изменяются органометрические параметры и гистологическая структура органов репродуктивной системы. Однако функциональные показатели системы репродукции недоношенного ребенка к моменту рождения остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Продемонстрировать значение определения концентрации гонадотропных и половых гормонов у доношенных и недоношенных новорожденных девочек.

Исследованы фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), тестостерон, эстрадиол, прогестерон в сыворотке пуповинной крови доношенных и недоношенных новорожденных девочек с использованием метода иммуноферментного анализа. Лабораторные исследования проводились в МБУЗ «Детская клиническая больница N 5. Родильный дом» г.Кемерово тест-системами фирм ЗАО «Алкор-Био» (г.Санкт-Петербург) и «HUMAN» (Germany). Проведен проспективный анализ в параллельных группах результатов 83 сывороток пуповинной крови доношенных и недоношенных новорожденных девочек (соответственно 50 и 33). По возрасту женщин группы были сопоставимы, средний возраст беременных - соответственно 25,50±4,45 и 24,00±4,50 (p=0,138) года. Средний гестационный срок недоношенных плодов - 32 (28-36) недели.

Концентрация ФСГ у доношенных новорожденных девочек составила 0,65±0,07 МЕ/л, ЛГ - 1,37±0,13 МЕ/л, тестостерона - 28,21±1,93 нмоль/л, эстрадиола - 62,38±6,28 нмоль/л, прогестерона - 386,57±31,70 нмоль/л.

У недоношенных новорожденных девочек концентрация ФСГ составила 1,41±0,12 МЕ/л, ЛГ - 1,59±0,14 МЕ/л, тестостерона - 10,11±1,09 нмоль/л, эстрадиола - 29,07±2,27 нмоль/л,

прогестерона - 285,30±26,83 нмоль/л.

При сравнении показателей гормонов между доношенными и недоношенными новорожденными выявлено отсутствие различий в концентрации ФСГ и ЛГ.

Половые гормоны (тестостерон, эстрадиол, прогестерон) у доношенных девочек значимо выше, чем у недоношенных (соответственно 28,21±1,93 и 10,11±1,09 нмоль/л, p<0,0001; 62,38±6,28 и 29,07±2,27 нмоль/л, p=0,0003; 386,57±31,70 и 285,30±26,83 нмоль/л, p=0,0414).

Таким образом, получены концентрации гормонов, определяющие функциональное состояние репродуктивной системы новорожденных девочек. Показаны различия в содержании гормонов у доношенных и недоношенных новорожденных. Низкие показатели половых гормонов у недоношенных новорожденных девочек свидетельствуют о функциональной недостаточности и подтверждают морфологическую незрелость половых желез.

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Чикрина В.В., Гилева А.М., Кондратьева О.В. Губарева В.Г.

«ГБУЗ» Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРОВ

Среди параметров общего анализа крови тромбоциты являются одними из важных и в то же время сложных для анализа клеточных элементов. Все гематологические анализаторы от самых простых до сложных систем оценивают такие параметры как количество тромбоцитов (PLT, х109/л), средний объем тромбоцитов (MPV, фл), ширина распределения тромбоцитов по объему (PDW, %), тромбокрит (PCT, %). Использование современных гематологических анализаторов позволяет получить дополнительные критерии оценки тромбоцитарного звена гемостаза. Так, в приборах фирмы «Siemens»(Advia 120, 2120) это средняя концентрация компонентов тромбоцитов (MPC, г/дл), средняя сухая масса тромбоцитов (MPM, пг), количество больших тромбоцитов (L-PLT).

MPV - средний объем тромбоцитов выражается в фемтолитрах (фл). В норме этот показатель варьирует от 7,4 до 10,4 фл. MPV увеличивается при активации тромбоцитов и является индикатором крупных, более реактивных тромбоцитов.

MPC - средний тромбоцитарный компонент. характеризует плотность и гранулярность тромбоцитов. Норма - 259±6,6. При активации тромбоцитов происходит выброс содержимого гранул и значение MPC уменьшается. Этот показатель является признаком гиперактивности тромбоцитов и может использоваться в качестве предвестника острых ишемических осложнений, в том числе тромбозов.

MPM - средняя сухая масса тромбоцитов измеряется в пг.

L-PLT - количество крупных тромбоцитов (х109/л) Процент L-PLT рассчитывается от общего количества тромбоцитов и предположительно является индикатором скорости тромбоцитообразования в костном мозге.

Флаг на большие тромбоциты появляется в случае, если число крупных тромбоцитов более 10% от общего счета тромбоцитов.

PDW - показатель, отражающий степень гетерогенности тромбоцитов по размеру (анизоцитоз тромбоцитов). Величина PDW в среднем составляет 10-20%. Этот показатель находится в обратной зависимости от числа тромбоцитов и периода их жизни. В каждом конкретном случае важна не только величина PDW, но и ее динамика во времени, а также связь с другими тромбоцитарными показателями. Так, увеличение PDW и снижение MPV свидетельствует о преобладании микротромбоцитов (угнетение тромбоцитопоэза), а сочетание повышенного PDW с увеличением MPV отражает нарастание числа макротромбоцитов (усиление продукции тромбоцитов). Одновременное присутствие фракций макро- и микротромбоцитов ведет к увеличению PDW, но MPV может оставаться в пределах нормы.

PCT - определяет процент тромбоцитарной массы в объеме крови. Норма от 0,15 до 0,40%. При уменьшении числа тромбоцитов усиливается тромбоцитопоэз, в циркулирующую

кровь попадает большое число молодых макротромбоцитов, что ведет к увеличению MPV. При увеличении количества циркулирующих тромбоцитов снижается продукция их в костном мозге, в результате снижается процент макротромбоцитов и уменьшается MPV. Однако при нарушении этого равновесия происходит или уменьшение PCT, что, в конечном счете, приводит к патологии первичного гемостаза и риску возникновения кровотечений, или повышение PCT, что увеличивает риск тромбозов. По литературным данным, PCT является более чувствительным параметром для оценки риска возникновения кровотечений, чем число тромбоцитов.

Таким образом, оценка тромбоцитарных параметров с использованием гематологических анализаторов является быстрым и информативным методом анализа состояния тромбоцитов.

**Затеева Т.Н., Анешина И.И., Кондратьева О.В., Силантьева Е.В.
Старцева И.В., Копытова Л.И.**

«ГБУЗ» Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ПОДСЧЕТ РЕТИКУЛОЦИТОВ НА СОВРЕМЕННЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРАХ

Автоматизированный метод исследования ретикулоцитов периферической крови, основанный на определении объема клеток и содержания остаточной РНК в эритроцитах, позволяет с достаточной воспроизводимостью получить количество ретикулоцитов и новые информативные показатели, характеризующие их объем и степень зрелости. Коэффициент вариации для количества ретикулоцитов составляет 2,1-9,2%. Достоверность результатов исследования ретикулоцитов определяется оптимальными сроками хранения проб крови (при комнатной температуре не более 6-ти часов, в холодильнике - 48-ми часов после взятия).

Исследование крови на анализаторе ADVIA 2120 позволяет получать следующие параметры ретикулоцитов:

- RET% - относительное количество ретикулоцитов (%; в системе СИ ‰);
- RET# -абсолютное количество ретикулоцитов (х 10^9/л);
- MCVr -средний объем ретикулоцита (fL; фл);
- CHCMr- средняя концентрация гемоглобина в ретикулоците (г/л);
- CHr - среднее количество гемоглобина в ретикулоцитах (пг);
- IRF- индекс зрелости ретикулоцитов, или фракция незрелых ретикулоцитов, определяется как соотношение молодых, или незрелых, ретикулоцитов и общего количества ретикулоцитов.

Для дифференциальной диагностики анемических состояний, оценки активности эритропоэза при мониторинге течения анемии и результатов лечения более рациональным является использование показателей, характеризующих степень зрелости (фракция незрелых ретикулоцитов, количество незрелых ретикулоцитов) и средний объем ретикулоцитов, в первую очередь их абсолютные величины.

Регенераторная стадия железодефицитной анемии характеризуется нормальными значениями относительного и абсолютного содержания ретикулоцитов и незрелых ретикулоцитов, что свидетельствует об активном эритропоэзе, а также сниженным средним объемом ретикулоцитов.

Наиболее информативными данными при В12- дефицитной анемии являются: снижение абсолютного количества ретикулоцитов и незрелых ретикулоцитов, что отражает изменение пролиферативного потенциала эритрокариоцитов; увеличение среднего объема ретикулоцитов, соответствующее макроцитозу эритроцитов.

Анемия при ХПН и аутоиммунная гемолитическая анемия характеризуются повышением фракции незрелых ретикулоцитов, их относительного и абсолютного количества, что может служить индикатором эритропоэтической активности костного мозга.

В динамике лечения анемий увеличение фракции незрелых ретикулоцитов, относительного и абсолютного их количества на 2-3 дня опережает подъем общего числа ретикулоцитов крови, что позволяет использовать данные показатели как более чувствительные индикаторы оценки эффективности терапии.

Оптимальными сроками проведения исследования показателей незрелых ретикулоцитов

являются при ЖДА - 14-16 дни лечения, при В12-дефицитной анемии - 3-4 дни лечения, при ХПН - 6-7 дни лечения.

Более ранняя оценка состояния эритропоэза с помощью дополнительных ретикулоцитарных показателей диктует необходимость широкого использования в клинической практике современных высокотехнологичных гематологических анализаторов, позволяющих производить исследование ретикулоцитов.

Игишева Л.Н., Притчина С.С., Будникова О.В., Бунина Е.Г., Цуканова А.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
г.Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА

Ювенильный артрит (ЮА) - одно из самых инвалидизирующих заболеваний в педиатрической практике. Основным клиническим проявлением является синовит. Однако у 15% больных поражение суставов сопровождаются экстраартикулярными проявлениями: фебрильная лихорадка; перемежающаяся, эритематозная сыпь; генерализованная лимфаденопатия; полисерозит. Ключевым звеном патогенеза является аутоагрессия. В связи с этим в схему лечения включается широкий спектр препаратов, обладающих противовоспалительной, цитостатической и иммунодепрессивной активностью. У некоторых больных такая терапия вызывает осложнения с одной стороны и малоэффективна с другой. Это объясняется нарушением врожденного иммунитет, ключевую роль в котором играют провоспалительные цитокины - ИЛ-6 и ИЛ-1.

Цель исследования. Определение эффективности иммуносупрессивной терапии у детей с системным вариантом ювенильного артрита. Под наблюдением за 2012г. находилось 11 детей от 2 до 17 лет с системным вариантом течения ЮА. Среди всех пациентов, 6 человек (54,5%) - лица женского пола и 5 (45,5%) - мужского пола. Ретроспективно было выделено 2 группы детей по степени эффективности базисной противовоспалительной терапии.

- 1-ую группу составили 7 детей, отвечающих на базисную терапию,
- во 2-ую группу вошли 4 детей, не отвечающих на стандартную терапию.

Оценка параклинических данных проводилась до лечения, на 8 и 22 неделе от момента начала терапии. Анализ состава периферической крови до начала терапии обеих групп показал наличие гипохромной анемии (92,2±10,8г/л и 86,3±12,5г/л, p>0,05), лейкоцитоза (18,3±5,6x10^9/л и 20,2±10,6x10^9/л, p>0,04), тромбоцитоза (489±48,4x10^{12}/л и 507±89,2x10^{12}/л) и ускоренную СОЭ (57±6,7мм/ч и 62±12,7мм/ч). На 8 недели лечения - в 1-й группе отмечалось снижение уровня лейкоцитов в 1,8 раз (9,8±3,4x10^9/л), тромбоцитов - в 1,5 раз (390±28,4x10^{12}/л). Во 2-й группе данной тенденции не отмечалось - 17,6±2,6x10^9/л и 489±32,4x10^{12}/л. На 22 недели от начала терапии в 1-й группе значение СОЭ снизилось в 2 раза, во 2-й группе осталось прежним (27±4,5мм/ч и 58±9,7мм/ч соответственно). Показатели лейкоцитов и тромбоцитов в 1-й группе детей нормализовались (8,6±2,4x10^9/л и 321±30,2x10^{12}/л). Во 2-й группе детей наблюдалась незначительное снижение показателей «белого роста» крови (16,4±5,7x10^9/л и 450±42,6x10^{12}/л). Уровень гемоглобина в 1-й группе нормализовался в отличие от детей 2-й группы (125,2±8,6г/л и 84,5±11,2г/л). Анализ состояния детей 2-й группы свидетельствует о неэффективности традиционной противоревматической терапии. Установлено, что значительную роль в иммунопатогенезе ЮА играют В-лимфоциты. Они синтезируют провоспалительные цитокины, индуцирующий развитие системных проявлений. В частности ИЛ-6 подавляет синтез альбумина в печени, способствуя развитию гипоальбуминемии. Гиперпродукция гепцидина приводит к развитию анемии. ИЛ-6 стимулирует дифференцировку остеокластов, способствующих деструкции суставов. Доказано, что ИЛ-6 вызывают лихорадку, посредством стимуляции ЦОГ-2 и синтезом простагландинов. В настоящее время для лечения детей с системным артритом с 2-х лет зарегистрирован тоцилизумаб. Тоцилизумаб - это гуманизированное моноклональное антитело.

Он блокирует связывание ИЛ-6 с соответствующим комплексом рецепторов и предотвращает трансмембранную сигнализацию. Таким образом, детям из 2-й группы в лечении были назначены ГИБП. Анализ темпов развития эффекта показал, что к 4 недели после первого введения у детей снизилась лихорадка, дети стали более активными, стали менее выражены экссудативные изменения в суставах. К 8 недели от начала терапии практически полностью восстановился объем движений в суставах. Уровень СОЭ уменьшился в 7 раз и составил 8,5±5,8 мм/ч, показатели лейкоцитов и тромбоцитов нормализовались (7,1±0,3x10^{12}/л и 289,6±74,5x10^{9}/л). Только на ГИБТ повысился уровень гемоглобина (129,5±11,8г/л, p>0,04).

Таким образом, полученные результаты позволяют предположить, что у детей в дебюте заболевания которых был гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз свыше 500x10^{9}/л, гипохромная анемия тяжелой степени, ускоренная СОЭ выше 60 мм/ч не ответят на базисную терапию.

Ранее выявление таких детей и понимание патогенеза системного ЮА способствует своевременному назначению персонизированного лечения, что позволит снизить инвалидизацию в раннем возрасте.

Казызаева А.С., Воробьева Е.Н., Соколова Г.Г., Шарлаева Е.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет»
г.Барнаул, Россия

КУРЕНИЕ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Цель исследования. Изучить характер курения у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование (статус курильщика, стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день) 350 пациентов с верифицированными ССЗ, проходивших обследование в поликлинике г.Барнаула. Все обследованные больные были разделены на 2 группы в зависимости от статуса курения: курящие и некурящие. Мужская популяции пациентов оказалась более привержена курению, что согласуется с литературными данными. Так, анализ частоты курения в зависимости от пола и возраста выявил наибольшую частоту в группе 40-49 лет у мужчин (68,75%). Кроме того, наиболее высокая частота (10%) курения у женщин отмечена в возрасте 50-59 лет. Примечательно, что с возрастом наблюдается снижение количество курящих. Так в 60-69 лет у мужчин данный показатель снижается до 30,76%, у женщин до 2,7%. В группе 70-79-летних оказался курящим лишь 1 мужчина (у женщин не выявлено).

Анализ стажа курения выявил сходную с литературными данными закономерность: мужчины начинают курить раньше. Так в группе 50-59 лет у мужчин стаж курения составляет 22,77±12,23 лет, тогда как у женщин - 16,28±11,55 (p<0,05).

Количество выкуриваемых сигарет в день стабильно высокое у мужчин (40-49 лет - 15,27±5,55, 50-59 лет - 16,12±6,89, 60-69 лет - 16,62±2,58) по сравнению с женщинами (50-59 лет - 13,85±7,71, 60-69 лет - 6,00±1,41, p<0,05).

Курительного статус характеризуется чувствительным и корректным показателем - индексом курения (ИК), выражающимся в пачке-лет. В нашем исследовании у мужчин индекс курения увеличивался пропорционально возрасту. Так в 40-49 лет ИК составлял 13,81±11,18, в 50-59 лет - 20,98±22,01, а в 60-69-лет уже 30,16±6,93 пачка-лет. У женщин показатели индекса курения были значимо ниже.

Известно, что при величине более 10 - ИК является фактором риска табакоассоциированных заболеваний. Нами выявлена «сильная» коррелятивная связь между ИК более 10 и наличием артериальной гипертензии. Причем при увеличении ИК до 20-30 наиболее часто фиксируется 3 стадия.

Следовательно, курение, являясь одним из основных факторов риска развития ССЗ, широко распространено, особенно у мужчин. Мужчины раньше, чем женщины, начинают курить. Интенсивность курения по индексу курения у мужчин предрасполагает к возникновению ассоциированных заболеваний. С возрастом отмечается снижение количества курящих.

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Бочкова Т.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

В качестве одной из причин развития хронических неинфекционных заболеваний с развитием полиорганной патологии рассматривается недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ). Считается, что возраст 11-14 лет - «критический» для проявления НДСТ. При этом нет точных данных о распространенности НДСТ у детей и подростков. Нарушение функционирования различных органов и систем преимущественно рассматриваются как самостоятельные заболевания, что приводит к выбору неадекватного лечения и усугубляет тяжесть течения заболевания.

Цель исследования. Сравнить частоту развития хронических заболеваний у подростков в зависимости от наличия признаков НДСТ.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели были обследованы ученики одной из школ г.Ленинска-Кузнецкого в возрасте от 10 до 14 лет (всего 110 человек). Из них у 41 выявлены признаки выраженной НДСТ (гипермобильность суставов по Бейтону более 6 баллов; они составили основную группу). У 29 подростков степень гипермобильности суставов по Бейтону не превышала 2 баллов (они вошли в контрольную группу). Наличие патологии устанавливали в динамике за 3 года на основании анализа амбулаторных карт с учетом жалоб и клинико-инструментального обследования.

Статистическую обработку проводили при помощи программы Statistica 6.0 с использованием критерия X^2. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Анализ амбулаторных карт показал значительное увеличение в группе с НДСТ числа подростков с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) (на 24,5%) и патологией опорно-двигательного аппарата (на 19,6%). Всего с учетом предыдущего обследования на учете с ВСД состоит 61% подростков основной группы, из них у 4 (9,7%) выставлен диагноз лабильной артериальной гипертензии. В контрольной группе на учете с ВСД состоят на 26,7% подростков меньше ($p<0,05$), прирост за три года составил 13,4%.

Патология опорно-двигательного аппарата установлена у 82,8% подростков с НДСТ, при этом количество подростков с плоскостопием увеличилось с 24,3% до 38,9%, со сколиозом - с 78% до 82,4%. В контрольной группе число подростков с патологией опорно-двигательного аппарата увеличилось менее существенно (на 7%) и составило в итоге: с плоскостопием - 10,2%, со сколиозом - 42,4%.

По частоте встречаемости миопии в обеих группах существенной разницы за 3 года не произошло, что, вероятно, связано с более ранним формированием данной патологии. Тем не менее, у подростков с НДСТ на 18,2% чаще ($p<0,05$) отмечается развитие миопии (у 56% в основной группе и у 37,8% в контрольной группе).

Сохранилась значительная разница по заболеваемости респираторными инфекциями: 47% подростков с НДСТ продолжают оставаться в группе часто длительно болеющих детей, в то время как в контрольной группе число таких детей снизилось на 2,3% и составило 8%.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали более высокую частоту развития хронических заболеваний (прежде всего, плоскостопия, сколиоза, ВСД, миопии) у подростков с НДСТ, что свидетельствует о необходимости раннего выявления признаков НДСТ у детей для формировании групп риска с целью своевременного проведения профилактических и оздоравливающих мероприятий.

Кацюба М.В., Слепынина Ю.С., Поликутина О.М., Каретникова В.Н.
МБУЗ ККД
ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Сердечная недостаточность (СН) среди осложнений госпитального и постгоспитального этапов лечения пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) по частоте возникновения занимает второе место после аритмий. Изменение показателей вентиляционной функции легких при сердечно-сосудистой патологии является предметом изучения в последние годы. Особый интерес исследователей сосредоточен на оценке значений диффузионной способности легких. Единичные исследования, посвященные этому вопросу, продемонстрировали, что у пациентов со стабильной стенокардией имеется ухудшение альвеолярно-капиллярной проводимости по сравнению со здоровыми лицами. Доказано, что при ИМ с сохраненной или незначительно сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) возможно развитие клинически выраженной СН. Кроме того, известно, что снижение диффузионной способности легких у пациентов с СН является предиктором неблагоприятного прогноза. Таким образом, возникает необходимость поиска альтернативных путей реализации СН у пациентов, перенесших ИМ.

Цель исследования. Оценка вентиляционно-диффузионных изменений у пациентов с ИМ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 37 пациентов с доказанным ИМ (группа 1), средний возраст 54,7±6,1 лет, из них 32 (86%) - мужчины. У 26 (70%) больных был диагностирован Q-образующий ИМ. Острая СН по классификации Killip I класса выявлена у 31 (83%) пациента. Группу сравнения (группа 2), сопоставимую по возрасту, полу, статусу курения, составили пациенты со стабильной стенокардией без ИМ и бронхо-легочной патологии. Схема обследования включала сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, запись электрокардиограммы. На десятые сутки ИМ оценивали показатели бодиплетизмографии и диффузионной способности легких. Статистический анализ результатов проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.0. При анализе различий в двух несвязанных группах применен критерий Манна-Уитни. Критическое значение двустороннего уровня значимости принималось равным 0,05 (5%).

Результаты исследования. У пациентов с ИМ выявлено значимое снижение емкости легких (96 и 116% от должных значений, $p<0,001$), увеличение резервного объема выдоха (107 и 64% от должных значений, $p<0,001$), внутригрудного объема (109 и 95, $p=0,020$), а также отношения остаточного объема легких к общей емкости легких (95 и 83, $p=0,049$) по сравнению с группой пациентов со стабильной стенокардией. В группе 1 показатели диффузионной способности легких и удельной диффузионной способности легких оказались значимо ниже (на 10% и 7% соответственно) по отношению к группе 2.

Увеличение легочных объемов (остаточного объема легких, общей емкости легких) и снижение емкости вдоха, выявленные в настоящей работе у пациентов с ИМ, является проявлением легочной гиперинфляции (ЛГИ). Предположительным механизмом возникновения ЛГИ у пациентов с ИМ является отек легких (субклинический или клинически выраженный) вследствие выброса воспалительных медиаторов, повышающих проницаемость альвеолярно-капиллярной мембраны. ЛГИ обладает рядом неблагоприятных функциональных последствий, на первом месте из которых - легочная гипертензия, способствующая развитию одышки при физической нагрузке даже при нормальной или незначительно сниженной ФВ ЛЖ.

Выводы.

Таким образом, в формировании СН у больных ИМ, помимо миокардиальной дисфункции, нельзя исключить участие вентиляционно-диффузионных нарушений.

Кашталап В.В., Быкова И.С., Зыков М.В., Макеева О.А., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия
ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинской генетики» СО РАМН
г.Томск, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА

В настоящее время смертность и инвалидизация от осложнений инфаркта миокарда (ИМ) остается высокой, что определяет необходимость повышения эффективности прогнозирования его неблагоприятного течения. Особенно перспективными представляются исследования в области генетических предикторов неблагоприятного течения ИМ. Однако ни одна из существующих в настоящее время шкал прогнозирования риска развития неблагоприятного течения ИМ не учитывает множество генетических маркеров, детерминирующих процессы субклинического воспаления, сосудистого тонуса, тромбообразования и коагуляции.

Цель исследования. Выявление максимально информативных для прогнозирования неблагоприятных отдаленных исходов после перенесенного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST генетических ассоциаций.

Материалы и методы исследования. В ходе проведенной работы в исследование, организованного на базе МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» были включены 165 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), которым в госпитальном периоде забирались образцы крови для генетического исследования. Совместно с ФГБУ НИИ медицинской генетики СО РАМН (г.Томск) из образцов крови пациентов проведено выделение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) с последующим генотипированием по известным в настоящее время 32 полиморфизмам 24 генов-кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний на ДНК-чипе. Данные о статусе (жив или мертв) через 12 месяцев наблюдения стали известны у 158 пациентов (95,8%), тогда как подробно выяснить наличие других конечных точек и объем сопутствующей терапии удалось у 146 пациентов (88,5% от всех включенных в исследование). Смертность через год составила 5,1% (8 пациентов из 158), что не позволило провести дальнейший анализ в виду небольшого количества данных событий. В данном исследовании было принято решение за конечные точки считать развитие не только смерти, но и нефатального инфаркта миокарда. Таким образом, частота такой конечной точки составила 12,3% (18 пациентов из 146). Статистическая обработка результатов осуществлена с помощью пакета программ Statistica 8,0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования. При проведении однофакторного анализа с целью выявления связи между частотой возникновения конечных точек и 32 полиморфизмами биочипа достоверные данные получены в отношении только полиморфизма rs4291 (A-240T) гена, кодирующего ангиотензин-превращающий фермент (ACE), ответственный за регуляцию системной гемодинамики и водно-солевого обменаи полиморфизма rs328 (S447X) гена липопротеинов низкой плотности (LPL) - атерогенной фракции холестерина. Так генотип TT полиморфизма rs4291 гена ACE ассоциирован с наибольшей частотой выявления через год после ИМпST конечных точек смерть или нефатальный инфаркт миокарда. При этом данный генотип достоверно не связан с наибольшей активность в сыворотки крови ангиотензин превращающего фермента: 27,9 (17,6; 38,1)Ед/л при генотипе TT; 26,4 (14,7; 44,0) Ед/л при AT и 23,5 (15,3; 35,2), p=0,61. При гетерозиготном генотипе полиморфизма rs328 гена LPLотносительный риск смерти в течение года после ИМ составил 4,4 ($p<0,05$). При этом нами не было выявлено ни одного пациента с гомозиготным мутантным генотипом по данному полиморфизму. Различий по концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности в зависимости от генотипов выявлено не было.

Выводы.

В настоящем исследовании показано, что использование сочетания нескольких генетических факторов позволяет с высокой достоверностью прогнозировать развитие осложненного течения инфаркта миокарда в течение 12 месяцев наблюдения.

Кельман Г.П., Власова Е.М., Пономарева Т.А., Шляпников Д.М.
ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ АЛЛЕРГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Современный научно-технический прогресс, нарастание техногенной нагрузки в сложной экологической обстановке, внедрение новых химических синтетических материалов, напряженность и интенсификация труда, недостаточное использование защитных средств создают условия роста для аллергических заболеваний. Заболевания, возникающие в результате воздействия на организм промышленных аллергенов поражают преимущественно кожные покровы и дыхательную систему, однако влияют на функцию вегетативной нервной системы, с чем связаны функциональные, расстройства различных органов и систем организма.

Присутствие аллергенов на рабочем месте устанавливается по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда, результатам лабораторных исследований и испытаний, полученным в рамках контрольно-надзорной деятельности, производственного лабораторного контроля; эксплуатационной, технологической и иной документации на машины, механизмы, оборудование, сырье и материалы, применяемые работодателем при осуществлении производственной деятельности. Перечень промышленных аллергенов указан в ГН 2.2.5.1313-03, дополнениями к нему и приложении 5 Р 2.2.5006-05.

При первом контакте с аллергеном происходит формирование измененного иммунного ответа в виде сенсибилизации. При повторном контакте проявляться симптомы аллергии. В ее основе лежит иммунный ответ, протекающий с повреждением тканей, что делает необходимым участие врача-иммунолога для выявления лиц, предрасположенных к аллергическим реакциям.

Порядок проведения медицинских осмотров работников производств, использующих вещества, обладающие аллергенным действием:

- анкетирование лиц, вновь поступающих на производства, использующих вещества, обладающие аллергенным действием, для определения предрасположенности к аллергическому заболеванию (при выявлении предрасположенности проводятся предупредительные мероприятия);
- при проведении периодического медицинского осмотра лицам с повышенным уровнем эозинофилов рекомендуется дообследование в соответствие с рекомендациями EAACI (иммунограмма, эозинофильный катионный белок, лейкотриены, интерлейкин-4);
- при наличии у работника отклонений по одному из показателей неспецифической диагностики и наличии аллергических реакций в анамнезе проводится специфическая аллергодиагностика учреждениями, имеющими лицензию на осуществление специализированной медицинской помощи по аллергологии и иммунологии;
- вопросы профпригодности работников, контактирующих с производственными аллергенами, при установлении у них аллергических заболеваний и/или противопоказаний для работы в контакте с аллергенами, решаются Врачебной комиссией медицинской организации, осуществляющей периодический медицинский осмотр, в соответствии с требованиями приказа 302н (обязательно тстранение от контакта с аллергеном);
- для экспертизы связи заболевания с профессией работник направляется в профцентр.

При выявлении у работника признаков сенсибилизации проводятся профилактические мероприятия, направленные на снижение сенсибилизации.

Килин А.И., Фастыковская Е.Д.
МЛБПУ Городская клиническая больница N 1
г.Новокузнецк, Россия

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ОЦЕНКОЙ МЕСТНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА

Цель исследования. Разработка методики ультразвуковой диагностики ранних послеоперационных осложнений при инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) за счет изменений показателей местного венозного кровотока в поверхностном слое брюшной стенки (подкожно-жировой клетчатке).

Материалы и методы исследования. Обследовано 135 больных, прооперированных в экстренном порядке, из них 70 (51,8%) оперированы по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи, 40 (29,6%) оперированы по поводу острого аппендицита, 25 (18,5%) по поводу разлитого перитонита. Возраст больных составил от 18 до 73 лет. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате AccuvixV 20 фирмы Medison, мультичастотным линейным датчиком, работающим в реальном масштабе времени с использованием режимов цветового допплеровского картирования (ЦДК), энергетического допплеровского картирования (ЭДК), цветового дуплексного сканирования (ЦДС). Разработана поэтапная методика ультразвукового исследования при ИОХВ, включающая стандартное исследование тканей послеоперационной раны в В-режиме, исследование местного венозного кровотока в режиме ЦДК, ЭДК, ЦДС, с проведением сравнительной оценки ультразвуковой картины на стороне операции с участком тела в интактной зоне. Исследование проводилось на 1-3-е, 5-7-е сутки после операции, при необходимости в более поздние сроки. На первом этапе проводилось выявление признаков воспалительных изменений тканей: наличие отека, инфильтратов, жидкостных скоплений. На втором этапе, в режиме ЦДК, ЭДК проводилась оценка местного венозного кровотока на основании изменения количества и диаметра сосудов. На третьем этапе оценивался местный венозный кровоток на основании изменений следующих его показателей: дыхательной фазности кровотока, максимальной скорости кровотока (Vmax, см/с).

Результаты исследования. Из всего числа прооперированных больных, при УЗИ в В-режиме у 50 (37,0%) выявлены ультразвуковые признаки отека поверхностного слоя брюшной стенки в области хирургического вмешательства, у 30 (22,2%) пациентов обнаружен инфильтрат подкожной клетчатки, в 25 (18,5%) случаев выявлены жидкостные скопления, в 30 (22,2%) наблюдений выявлено сочетание всех трех компонентов. При исследовании в режиме ЦДК, ЦДС, в сравнении с интактной зоной,и при увеличении диаметра сосудов на 50% и более, повышении средних значений Vmax на 30% и более, наличии дыхательной фазности кровотока, диагностировали наличие ИОХВ в стадии воспалительного инфильтрата, а при увеличении диаметра сосудов на 50% и более, снижении средних значений Vmax на 35% и более, отсутствии дыхательной фазности кровотока диагностировали ИОХВ в стадии нагноения раны.

Выводы.

Разработанная методика ультразвукового исследования позволяет неинвазивным путем выявить наиболее важные признаки воспалительного процесса в поверхностном слое брюшной стенки в виде отека, инфильтратов, жидкостных скоплений, оценить характер венозного кровотока в тканях в трех режимах (ЦДК, ЭДК, ЦДС), оценить стадиювоспалительного процесса в поверхностном слое брюшной стенки, оптимизировать выбор хирургической тактики, сократить время пребывания в стационаре.

На основании показателей местного венозного кровотока определены значения, характерные для инфекции области хирургического вмешательства. Данные изменения могут свидетельствовать о нарушениях на уровне микроциркуляторного русла и соответствовать фазе венозной гиперемии, как одного из этапов в патофизиологии воспаления.

Киреева О.В., Сутулина И.М., Цигельник С.В., Толкач Н.М.
ГБУЗ КО «ОКПЦ им. Л.А. Решетовой»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

НОВОРОЖДЕННЫЕ ДЕТИ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Преэклампсия (ПЭ), осложнение беременности, ведущим проявлением которого является артериальная гипертензия, может в значительной степени нарушать течение беременности и даже угрожать жизни, как плода, так и самой женщины. Преэклампсию невозможно предотвратить и вылечить в случае возникновения. Родоразрешение является единственно эффективным методом лечения. Показанием к досрочному родоразрешению в течение 24 часов является (независимо от срока гестации): тяжелая ПЭ и ухудшение состояния плода.

Проведен анализ особенностей ранней неонатальной адаптации и состояния здоровья у 50 новорожденных (основная группа), родившихся от матерей с ПЭ, и 50 новорожденных от матерей без ПЭ (группа сравнения), родившихся в ГБУЗ КО «ОКПЦ им. Л.А. Решетовой».

Возраст матерей в обеих группах был от 17 до 42 лет, однако среди женщин с ПЭ преобладали матери от 26 лет и старше (66% против 16%, $p<0,05$). Женщины не имели достоверных отличий по семейному и социальному статусу. 74% женщин с ПЭ страдали хроническими заболеваниями (в т.ч. заболевания почек - 26%, гипертоническая болезнь и ожирение по 22%, ВСД - 12%), в группе сравнения - 32%. Достоверно чаще в основной группе отмечались угроза прерывания беременности (60% против 28%, $p<0,05$), ХГП и ХФПН (52% против 30%, $p<0,05$). Родоразрешение путем экстренного кесарева сечения у женщин с ПЭ было проведено в 84% случаев, в основной группе - в 6%.

Гендерных различий в группах не отмечалось: девочек и мальчиков было поровну. Среди новорожденных от матерей с ПЭ родились недоношенными 80%, средний срок гестации составил 32,2±0,57 недели по сравнению с группой сравнения 38,5±0,29 ($p<0,05$). Масса тела новорожденных в основной группе была от 480 до 4320 г (в среднем, 1742,4±139,56 г), в группе сравнения от 1300 до 4050 г (2976,2±66, 43, $p<0,05$). Среди детей от матерей с ПЭ родилось 13 новорожденных с ЭНМТ. Оценка по Апгар 7 и менее баллов достоверно чаще встречалась у новорожденных от матерей с ПЭ (92% против 22%, $p<0,05$). Состояние детей от матерей с ПЭ при рождении оценивалось как тяжелое у 70%, первичная реанимация проводилась у 84%, в т.ч. интубация трахеи и ИВЛ - в 44%. 76% новорожденным основной группы потребовалось лечение в ОРИТН (в группе сравнения - 4%). Дыхательные расстройства после рождения чаще имели дети от матерей с ПЭ (80% против 16%, $p<0,05$), 44% из них находились на ИВЛ, 38% потребовалось введение куросурфа (3 детям - дважды). Респираторная поддержка СРАР в ОАР проводилась 64% детей. Нарушения гемодинамики с потребностью в кардиотониках отмечались у 24%. Метаболические нарушения в виде гипогликемии были у 56% (против 14% в группе сравнения, $p<0,05$), гипокальциемии у 36% (против 4% в группе сравнения, $p<0,05$). В раннем неонатальном периоде у новорожденных от матерей с ПЭ максимальная убыль массы тела (8,1±0,55%) была достоверно больше, чем в группе сравнения (5,9±0,41%, $p<0,05$). В основной группе чаще наблюдалась патологическая желтуха (20% против 10%). У 28% детей от матерей с ПЭ развилось ВЖК. В первые сутки после рождения у 20% детей от матерей с ПЭ была выявлена анемия, у 50% - лейкопения, у 44% - тромбоцитопения. Новорожденные от матерей с ПЭ требовали проведения интенсивных методов лечения (инфузионная терапия - 82%, парентеральное питание - 36%, применение антибиотиков резерва - 42%, иммунозаместительная терпия - 46%, коррекция гипокоагуляции - 34%, заместительная гемотрансфузия - 28%). У 7 детей от матерей с ПЭ наступил летальный исход. В группе сравнения летальных исходов не было.

Таким образом, дети от матерей с ПЭ являются значимой проблемой в неонатологии, что обусловлено как их вынужденным преждевременным рождением в большинстве случаев, так и внутриутробным повреждением, возникшим под влиянием ПЭ у матери.

Кирилович Е.А., Ефимова Т.В.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ АСПИРАТА ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГАЙМОРИТОМ

Цель исследования. Оценить качественный состав выделенной микрофлоры аспирата околоносовых пазух при обследовании детей с острой формой гайморита, находящихся на лечении в ЛОР - отделении ГБУЗ КОКБ.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служил аспират, полученный при пунктировании придаточных пазух носа. Аспирированную жидкость вносили в стерильную пробирку и немедленно доставляли в лабораторию, в случае увеличения сроков доставки использовали транспортную среду Эймс. Посев клинического материала проводили по методу Роттерамма на агар с 5% кровью и шоколадный агар. Отбирали все многообразие выросших колоний и получив чистую культуру проводили идентификацию в соответствии со стандартными микробиологическими методиками. Определение чувствительности к антибактериальным препаратам выполняли диско-диффузионным методом в соответствии с МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам». В ряде случаев использовали колориметрические карты для определения чувствительности на бактериологическом анализаторе «Vitek 2 - compact» (Biomerieux, Франция).

Результат исследования. Бактериологическое исследование аспирата придаточных пазух, в проведено 147 пациентам, детского ЛОР-отделения с диагнозом острый гайморит. Результаты микробиологического исследования показали, что у 73% - детей имел место положительный результат высева микрофлоры, у 27% пациентов - результаты исследования были отрицательными. При первичном бактериологическом исследовании было выделено 178 культур микроорганизмов. 72% выделенной микрофлоры, из аспирированной жидкости, составляла грамположительная микрофлора. Ведущим представителем которой являлась кокковая микрофлора (более 90%). Преобладали бактерии рода Streptococcus (57%), внутри рода доминировали Streptococcus гр. viridians (более 50%). Видовой состав Streptococcus включал: Streptococcus pyogenes - 10%, Streptococcus pneumoniae - 20%, Streptococcus spp.гемолитический - 15%. Бактерии рода Staphylococcus составили 41% от выделенных штаммов грамположительных кокков. Преобладали St.epidermidis - 53%, St.aures - 35%. Удельный вес грамотрицательных микроорганизмов составил - 25% от общего числа выделенных культур. Neisseria spp. (более 50%), гемофилы до 30%. Неферментирующие бактерии и представители энтеробактерий (E.coli, Citrobacter, Morganella, Enterobacter, Proteus, Klebsiella) представлены единичными случаями. Грибковая флора представлена в основном Candida albicans (3%).

Микробиологическое изучение аспирата околоносовых пазух показало наличие монокультуры в 52% случаев, в остальных случаях микроорганизмы выделялись в ассоциации. Выявлены 2-3 компонентные ассоциации микроорганизмов (36 и 12% соответственно). Ассоциации в основном составляли представители сопутствующей микрофлоры Neisseria spp., Streptococcus гр. viridians, St.epidermidis, Corynebacterium. Замечено, что характерной особенностью, для данной категории обследуемых, является высокий удельный вес ассоциаций этиологически значимых микроорганизмов: Str. pneumoniae+H.influenzae - 10%. Анализ чувствительности к антибиотикам основных возбудителей показал, что до 90% выделенных штаммов Streptococcus и Staphylococcus обладают высокой чувствительностью к применяемым антибактериальным препаратам. Среди выделенных штаммов St.aures метициллинрезистентных штаммов стафилококков не выявлено.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущими представителями выделенной микрофлоры из аспирата околоносовых пазух при обследовании детей с острой формой гайморита, находящихся на лечении в ЛОР-отделении ГБУЗ КОКБ, являются представители грамположительной микрофлоры Streptococcus и Staphylococcus.

Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С.
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Анемии, сопровождающие хронические воспалительные процессы различных органов, в т.ч. вызванные инфекционными агентами, системные заболевания соединительной ткани, опухолевые процессы, получили условное название «анемии хронических заболеваний» (АХЗ). Патогенез АХЗ многосторонен, сложен и недостаточно изучен. Считается, что ведущую роль в развитии такой анемии играют нарушения метаболизма железа, укорочение продолжительности жизни эритроцитов, либо их неадекватная продукция костным мозгом. В последние годы обсуждается роль провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α) в патогенезе АХЗ (Поспелова Т.И. и соавт, 2007, Луговская С.А., 2009). Экспериментальными исследованиями показано, что ИЛ-1 и ФНО-α способны повышать синтез ферритина и подавлять экспрессию гена эритропоэтина в клетках почек и печени и соответственно снижать содержание ЭПО в плазме крови. Имеются сообщения, что ИЛ-1 и ФНО-α прямо ингибируют продукцию эритропоэтина in vitro, что предположительно обусловлено образованием под влиянием цитокинов реактивных кислородных радикалов.

Цель исследования. Изучить особенности цитокинового профиля при анемиях хронических заболеваний, развивающихся на фоне заболеваний, обусловленных бактериальной инфекцией, и при ревматоидном артрите.

Материалы и методы исследования. Обследованы 181 женщина в возрасте от 16 до 60 лет. 79 из них были практически здоровыми и составили контрольную группу, у 102 женщин выявлена АХЗ, в том числе у 52 женщин диагностирована анемия, развившаяся на фоне ревматоидного артрита (РА), у 50 - АХЗ при бактериальных инфекциях (хронический тонзиллит, бактериальный эндокардит, хронический пиелонефрит).

Характер анемии устанавливали на основании полученных результатов исследования метаболизма железа с учетом клинических и гематологических данных. Долабораторное клиническое обследование проводили с помощью анкеты-опросника, включавшей разделы, касающиеся жалоб больных, анамнеза жизни и болезни, наличия сопутствующих заболеваний, данных объективного обследования.

У всех пациентов было получено информированное согласие на использование данных исследования в научных целях и согласие этического комитета на проведение исследования. Критериями исключения пациенток из исследования были следующие: возраст младше 16 лет и старше 60 лет, другие формы анемий, наличие злокачественных заболеваний, отказ от участия в исследовании.

Содержание интерлейкинов в сыворотке крови (ФНО-α, ИЛ-6, ИФН-γ) исследовали методом твердофазного иммуноферментного метода с использованием тест-систем фирмы "Вектор-Бест".

Статистичскую обработку полученных данных проводили с использованием программных пакетов "MS-EXCEL", "BIOSTAT", Version 4.03, рассчитывали средние показатели (M) и среднюю ошибку среднего показателя (m). Для оценки достоверности результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента. Нормальное распределение определялось с помощью критерия Шапиро-Уилка. Корреляционный анализ проводили с помощью ранговой корреляции по Спирмену. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Наиболее выраженные изменения обнаружены нами при исследовании ИЛ-6 и интерферона γ. Содержание ИЛ-6 у больных с АХЗ на фоне РА и при инфекционно-воспалительных заболеваниях было значимо высоким, и составило соответственно 43,39±11,93 пг/мл (p=0,005) и 48,27±12,86 пг/мл (p=0,000) против 2,78±0,23 пг/мл - у здоровых лиц. Уровень ИЛ-6 у больных АХЗ по мере снижения уровня гемоглобина повышался и при анемиях средней и тяжелой степени был наиболее высоким, что согласуется с современными

представлениями об активации под влиянием ИЛ-6 железорегуляторного белка гепсидина, играющего роль негативного медиатора в регуляции метаболизма железа и инкорпорации его в эритроидные клетки (Данилов И.П., Цвирко Д.Г., 2005).

Уровень интерферона γ в сыворотке крови у лиц с АХЗ на фоне РА и при инфекционно-воспалительных процессах был в пределах 8,2±0,69 пг/мл и 9,97±1,24 пг/мл соответственно, и был значимо выше по сравнению с контрольной группой (p=0,000). Интерферон-γ как и другие провоспалительные цитокины способствует активации макрофагов, что является одним из механизмов формирования дефицита железа перераспределительного характера. Избыток провоспалительных цитокинов, в т.ч. γ-ИФН снижает доступность железа для эритропоэза и способствует формированию функционального дефицита железа.

При исследовании содержания ФНО-α в сыворотке крови у лиц с анемиями хронических заболеваний выявлено, что содержание ФНО-α было существенно выше у лиц с АХЗ при инфекционно-воспалительных заболеваниях (p=0,012) и при АХЗ у лиц с РА (p=0,01) по сравнению с таковыми у здоровых лиц. Наиболее высоким ФНО-α был в группе больных с АХЗ на фоне РА и составил в среднем 8,67±2,95 пг/мл против 0,77±0,1 пг/мл в контрольной группе (p=0,01).

Повышенные концентрации исследованных провоспалительных цитокинов вызывают снижение уровня эндогенного эритропоэтина и угнетение эритроидного ростка костного мозга. Нами выявлена обратная взаимосвязь между уровнями провоспалительных цитокинов (ИНФ-γ, ФНО-α и ИЛ-6) и содержанием гемоглобина у больных АХЗ при бактериальных инфекциях и на фоне ревматоидного артрита, коэффициенты корреляции которых составили соответственно: для ИНФ-γ (r = -0,9 (p=0,009) и -0,87 (p=0,007)); для ФНО-α (r = -0,87 (p=0,006) и -0,83 (p=0,008)); для ИЛ-6 (r = -0,7 (p=0,000) и -0,86 (p=0,000)).

Итак, при АХЗ на фоне ревматоидного артрита и при инфекционно-воспалительных заболеваниях отмечаются нарушения в системе цитокиновой иммунорегуляции. Провоспалительные цитокины, образующиеся в больших количествах при воспалительных и инфекционных процессах, обладают ингибиторным действием на эритропоэз, что является одним из патогенетических факторов в развитии анемий хронических заболеваний.

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Определение темпа биологического старения организма, а также оценка когнитивной функции необходимы для изучения функционального состояния человека, эффективности его профессиональной деятельности, состояния здоровья.

Целью исследования. Оценка биологического возраста и выявление его связи с когнитивными нарушениями у работников угледобывающих предприятий, страдающих гипертонической болезнью.

Проведено определение биологического возраста (БВ) у 24 мужчин, средний возраст которых составил 48,9±6,7 лет, проходивших стационарное лечение с декомпенсацией гипертонической болезни, работающих в подземных условиях на шахтах города, без профессиональных заболеваний. Помимо стандартного обследования по поводу артериальной гипертензии, у всех больных оценивали факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, уточняли стаж работы в подземных условиях.

Определение БВ выполнено по методике, разработанной в Институте геронтологии АМН. По интегральным формулам рассчитывали индивидуальный БВ, должное значение биологического возраста, которое характеризует популяционный стандарт темпа старения, и определяли разницу между ними. Положительный результат указывал на преждевременное старение, отрицательный - на замедление темпа старения.

Кроме того, оценивали наличие и степень выраженности когнитивных нарушений с помощью теста MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) и теста рисования часов. Также выявляли тревожность по шкале самооценки Спилберга с определением реактивной и личностной тревожности. По шкале А. Бека определяли у пациентов степень депрессии.

Все обследованные имели по результатам стандартизированного опроса практически идентичный социально-экономический статус, доход, уровень образования.

В результате проведенного исследования $^{2}/_{3}$ пациентов имели ускоренные темпы старения. По результатам анализа было выделено 2 группы:

1-я - с ускоренными темпами старения,

2-я - с замедленными темпами старения.

При сравнительном анализе 1-я группа оказалась несколько старше (49,25±6,27 лет против 47,75±8,42 лет) и имела более длительный стаж работы в подземных условиях (20,62±8,42 лет против 18,5±8,5 лет). В этой группе достоверно больше оказалось курильщиков и ниже индекс массы тела ($p<0,05$), отмечался выше уровень холестерина, при этом не было выявлено различий в длительности гипертонической болезни. У обследуемых с ускоренным темпом старения чаще выявлялись когнитивные нарушения (75% против 25%), при этом умеренные и выраженные когнитивные нарушения встречались в равном количестве случаев. Во 2-й же группе отмечались только умеренные когнитивные нарушения. При анализе результатов, полученных при использовании теста рисования часов, средний балл в 1-й группе составил 8,37, во 2-й - 9 баллов (при норме - 10 баллов). При оценке тревожности в обеих группах выявлена умеренная степень личностной тревожности и низкая реактивная тревожность, хотя в группе с ускоренными темпами старения эти показатели были несколько выше. По шкале А. Бека в обеих группах выявлена средняя степень депрессии с более высокими показателями в 1-й группе.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в 2/3 случаев у работников угольных предприятий, страдающих гипертонической болезнью, и имеющих стаж работы в подземных условиях более 15 лет, имеет место увеличение БВ по сравнению с календарным, что свидетельствует о преждевременном старении. Выявлена связь ускоренного темпа старения с болей частым развитием и выраженностью когнитивных нарушений, более выраженной степенью тревожности и депрессии.

Колесников А.О., Кувшинов Д.Ю., Барбараш Н.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

По своим последствиям артериальная гипертония (АГ) - едва ли не самое опасное заболевание: будучи «молчаливой убийцей», АГ уносит миллионы жизней, приводя к инфаркту миокарда, инсульту, сердечной недостаточности (Оганов Р.Г. с соавт., 2010). Одним из донозологических состояний является так называемое «высокое нормальное артериальное давление» (ВНАД) - 130-139/85-89 мм рт. ст. (Vasan R.S. e. a., 2001). Высокое нормальное артериальное давление может быть ассоциировано с субклиническим атеросклерозом и поражением органов-мишеней (Manios E. e.a., 2009). Значительный процент подростков с ВНАД переходит в разряд «взрослой» патологии (Кисляк О.А. с соавт.,2009). У мальчиков с повышенным АД риск артериальной гипертензии во взрослой жизни повышен в 3,3 раза, а у девочек - в 8,9 раз (Александров А.А., Розанов В.Б., 2004). В США в 1999-2004 гг. кроме 32% жителей с артериальной гипертензией выделили и другую треть взрослых - с высоким нормальным АД (Wong Y., Wong Q.J., 2004). Число лиц с ВНАД со временем увеличивается (Kim S.J. e.a., 2010). В 2005-2006 гг. ВНАД было выявлено у 37% взрослых, т.е. примерно у 83 млн. человек (Egan B.M. e.a. 2010).

В 90-е годы 20 века в США было проведено пролонгированное 10-летнее Фрамингемское исследование 6859 лиц (Vasan R.S. e.a., 2001), которые изначально не имели АГ и других ССЗ, но их АД было «высоким нормальным». Выяснилось, что за 10 лет у 8% 35-64-летних мужчин и у 4% женщин развились ССЗ, в возрасте 65-90 лет - соответственно у 20 и 23%.

Риск развития этих заболеваний при высоком нормальном АД оказался у мужчин в 1,6 раза, а у женщин - в 2,5 раза больше по сравнению с лицами, имевшими изначально нормальное и оптимальное АД.

ВНАД часто сочетается с повышением индекса массы тела, ожирением, в частности, абдоминальным, с метаболическим синдромом (Жарский С.Л. с соав., 2009; Grassi G., Mancia G., 2009; Toprak A. e.a., 2009).

В то же время польза от снижения АД доказана не только в целом ряде крупных, многоцентровых исследований, но и реальным увеличением продолжительности жизни в Западной Европе и США (Фролькис В.В., 1991; Агаджанян Н.А., 2006). Лицам, у которых выявлена ВНАД, рекомендуется агрессивная первичная поведенческая профилактика дальнейшего роста АД (Carrington M., 2009). В проспективном восьмилетнем корейском исследовании (Kim S.J., e.a., 2010), проведенном на 16229 лицах 30-54 лет, показано, что частота развития гипертонии у лиц с ВНАД значительно больше среди мужчин курящих (49,5%) и употребляющих спиртные напитки (50,9%), чем у прекративших курение (42,9%), прием спиртного (37,5%) и регулярно занимающихся физическими упражнениями (37 - 6%). У женщин этот показатель при регулярных занятиях такого рода был также значительно меньше (22,6%), чем при их отсутствии (36,1%).

Большую роль в немедикаментозном ограничении роста АД играет питание. Вероятность развития гипертонии у лиц с ВНАД может на 20% снизиться при умеренном снижении массы тела. В крупном американском исследовании, проведенном в течение 4 лет на 2382 добровольцах с САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 89 мм рт. ст., выяснилось, что ограничение приема поваренной соли снизило абсолютный риск развития гипертонии на 6-7%, а относительный риск - на 13-15% (Slimko M.L., Mensah G.A., 2010).

Таким образом, высокое нормальное АД представляет собой значительную проблему современной физиологии и медицины, фактор риска развития гипертонии и других видов патологии. Необходимы новые исследования причин и механизмов формирования высокого нормального артериального давления, особенно в детском и юношеском возрасте.

Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Колотова Е.В., Кельмаков В.В., Кузьмич М.П.

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА И ОСТЕОХОНДРОЗА

Дискогенная хроническая боль в спине и связанные с ней рефлекторно-болевые синдромы относятся к наиболее распространенным заболеваниям человека. Это означает, что в настоящее время сложилась определенная система диагностики и лечения данной патологии. Спондилоартроз также может вызывать рефлекторно-болевые синдромы, но его следует рассматривать как дегенеративно-дистрофическое поражение дугоотростчатых суставов (ДС), которое развивается в той же последовательности патоморфологических изменений, как при остеоартрозе периферических суставов.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника путем изучения клинических проявлений спондилоартроза, сочетающихся с дискогенными рефлекторными синдромами, и разработки методов их дифференциальной диагностики и комплексного лечения.

Обследовано 110 больных основной группы (46 мужчин и 64 женщины) с сочетанием дискогенных некомпрессионных синдромов и рефлекторно-болевых синдромов спондилоартроза на шейном и поясничном уровнях.

Контрольная группа больных (60 человек: 36 женщин и 24 мужчин) отличалась только тем, что им не проводили денервацию дугоотростчатых суставов. Они получали стандартное комплексное лечение дискогенных болевых синдромов. Обе группы были статистически однородны.

Для доказательства зависимости рефлекторных синдромов от дегенеративно-дистрофического поражения межпозвонковых дисков мы использовали дерецепцию. По аналогии с дерецепцией

межпозвонковых дисков, для объективизации рефлекторно-болевых синдромов спондилоартроза мы применили метод провоцирования этих синдромов введением спирт-новокаиновой смеси в область клинически значимых ДС. Для обеих методик характерен один принцип доказательства зависимости того или иного болевого синдрома: раздражение сплетения фиброзного кольца межпозвонкового диска или парартикулярных нервов ДС позволяет сначала воспроизвести клинические проявления заболевания, а затем тут же купировать этот болевой синдром.

Результаты и обсуждение. При попытке определить зависимость локализации дискогенных болей и рефлекторных синдромов спондилоартроза от уровня клинически актуальных позвоночных двигательных сегментов (ПДС) оказалось, что патологическая импульсация из шейных ДС формирует отраженные боли, миодистонические и дистрофические синдромы в области шеи, надплечий, в межлопаточной области и в руках. На поясничном уровне отраженные боли иррадиировали в область почек, в реберно-позвоночный угол, в пупочную область, в паховую и аногенитальную области, в подвздошную область. У 38 (34,5%) наших больных при проведении дерецепции сначала межпозвонковых дисков, а затем и дугоотростчатых суставов рефлекторные синдромы воспроизводились как из межпозвонкового диска, так и из соответствующих ему дугоотростчатых суставов, что объясняется общностью вегетативной иннервации межпозвонковых дисков и соответствующих им смежных ДС.

Положительные результаты комплексного лечения (клиническое выздоровление и значительное улучшение) значительно преобладали в основной группе - 89% пациентов, по сравнению с контрольной - 60%. Неудовлетворительных результатов или осложнений после проведения данного комплексного лечения мы не отметили.

Выводы.

Спондилоартроз, как и клинически значимый остеохондроз, может проявляться компрессионными или рефлекторно-болевыми синдромами, для воспроизведения и провоцирования последних оптимальным методом оказалась пункционная лечебно-диагностическая процедура.

Кондрацкая О. В., Онищенко Е.Г.
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1
Кардиологический диспансер
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ МЗ РФ
г.Новокузнецк, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Высокая коморбидность ишемической болезни сердца (ИБС) с психопатологическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра требует подбора безопасных и эффективных антидепрессантов.

Цель исследования. Обобщение клинического опыта применения антидепрессантов (феварин, вальдоксан, асентра, рексетин) в терапии депрессивных состояний у лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) на амбулаторном этапе реабилитации.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 68 пациентов, находящихся на амбулаторном этапе лечения в кардиологическом диспансере, в возрасте от 50 до 75 лет, из них 34 пациента - в возрасте 50-60 лет (50%), 26 человек в возрасте 61-70 лет (38,2%), старше 70 - 8 человек (11,8%). Среди включенных в исследование было 42 женщины (61,8%) и 26 мужчин (38,2%). Из них перенесли инфаркт с зубцом Q 46 пациентов (67,6%), без зубца Q - 22 (32,4%). Сопутствующая артериальная гипертензия наблюдалась у всех пациентов.

Критериями исключения были острый период ИМ, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IVстепени по NYHA, хроническая почечная, печеночная недостаточность, психотический уровень депрессии, суицидальные тенденции, когнитивные нарушения выше умеренной степени, выраженный неврологический дефицит, алкоголизм, наркомания. Диагноз тревожно-депрессивного расстройства ставился на основании общеклинического, клинического психопатологического, клинического психологического и экспериментального обследования, с использованием опросников

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала Цунга. Психопатологические нарушения соответствовали критериям МКБ-10 для невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F-40 - F-45). Пациенты были разделены на две группы. Пациенты с умеренной степенью тревоги и депрессии - 42 человека (61,8%) - средний балл тревоги по шкале HADS 11,1 баллов, депрессии - 11,5 баллов, депрессии по шкале Цунга - 54,4 балла и пациенты со средней степенью тревожно-депрессивных расстройств - 26 человек (38,2%) - средний балл тревоги по шкале HADS 12,4 баллов, депрессии по шкале HADS 12,8 баллов, депрессии по шкале Цунга - 59 баллов. Когнитивные функции оценивались по шкале MMSE, теста запоминания 10 слов, методом свободного интервью. Выбор антидепрессанта определялся клинической картиной. При более выраженной тревоге назначался рексетин, феварин, при преобладании гипосомнии - вальдоксан. При когнитивном снижении предпочтение отдавалось феварину. Группа рексетина составила 9 человек, асентры - 7, вальдоксана - 34, феварина - 18. Препарат вальдоксан применялся в дозе 25 мг, асентра - 50 мг, рексетин 20 мг, феварин 50 мг в сутки. В комбинированной терапии использовались также ноотропные, метаболические средства, анксиолитики. Наблюдение продолжалось в течение 6 месяцев. Длительность терапии составила в среднем от 2,2 до 3,5 месяцев.

Результаты исследования. У всех пациентов достигнута редукция психопатологической симптоматики, в ряде случаев потребовалась сопутствующая психотерапия в групповом и индивидуальном формате. Не отмечено существенной разницы в клинической эффективности указанных препаратов в применяемых дозах. По переносимости распределение произошло в следующем порядке: вальдоксан, феварин, асентра, рексетин. По положительному влиянию на когнитивные функции: феварин, вальдоксан, рексетин, асентра. Улучшение функции сна: вальдоксан, феварин, рексетин, асентра. По длительности эффекта вальдоксан, феварин, рексетин, асентра. Улучшение отмечено уже к концу второй недели терапии у всех пациентов, по завершении курса значительное улучшение у 45-ти, выраженное улучшение у 23-х. Снижение уровня тревоги по шкале HADS в обеих группах составило в среднем 5,5 балла, уровня депрессии 4,7, уровня депрессии по шкале Цунга - 7,6 балла. Улучшение качества сна, уменьшение до полной редукции психопатологической симптоматики, восстановление активности, эмоциональной отзывчивости, улучшение когнитивных функций, восстановление оптимизма и позитивного мышления о себе, о будущем, с одновременной стабилизацией функций ССС, устойчивостью гемодинамики получено у всех, пролеченных антидепрессантами. Побочные эффекты в виде кратковременного головокружения и тошноты наблюдались у двух пациентов, и не потребовали отмены препарата.

Выводы.

Препараты группы антидепрессантов - вальдоксан, феварин, рексетин, асентра - в средних терапевтических дозах являются эффективными и безопасными препаратами в лечении невротического и неврозоподобного тревожно-депрессивного расстройства умеренной и средней степени тяжести у лиц, перенесших ИМ.

Корнева С.В., Кизикова М.М., Кудрявцева М.А.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

МЕСТО СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Частота обструктивных бронхитов у детей, развившихся на фоне острой респираторной инфекции у детей раннего возраста, составляет, по данным разных авторов, от 5% до 40%. В большинстве случаев они вызваны вирусной (РС-вирусной, парагриппозной) и др. инфекциями у более старших детей возможны также микоплазменная и хламидийная этиология бронхитов.

Перспективно наряду с интенсивными неотложными мероприятиями применение препаратов, оказывающих комплексное системное воздействие, но отличающихся биологической направленностью, регуляторным воздействием вместо принципа заместительной и корригирующей терапии и отсутствием осложнений.

Это главный принцип патогенетической системной энзимотерапии, направленной на управление процессами путем применения смесей гидролитических ферментов растительного и животного происхождения (биологических катализаторов), способных оказывать кооперативное терапевтическое воздействие на реакции организма.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения с использованием в комплексной терапии препарата Вобэнзим на основании динамики клинических показателей (симптомов бронхиальной обструкции, - катаральных респираторных проявлений, интоксикационного синдрома). Также оценивалось проводимое лечение, необходимость в назначении, системных глюкокортико стероидов,антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 31 ребенок в возрасте от 1 до 3 лет. Основную группу составили 17 детей, получавшие с составе комплексной терапии препарат Вобэнзим. Группу сравнения составили 14 детей, не получавшие этого препарата.

Результаты и их обсуждение. На фоне проводимой комплексной терапии отмечалась положительная динамика клинических проявлений респираторной инфекции и бронхообструктивного синдрома у пациентов обеих групп. Так, уже к 3-му дню от начала терапии признаки бронхообструктивного синдрома (сухие дистанционный хрипы, одышка с участием вспомогательной мускулатуры) сохранялись только у 29% детей основной группы, и у 35% пациентов, не получавших Вобэнзим. К 5-му дню терапии симптомы бронхообструктивного синдрома были купированы у всех детей в основной группе, в группе сравнения одышка, сухие хрипы сохранялись у 7%. Сухой приступообразный частый кашель в первые сутки был отмечен у всех детей. К 3-му дню терапии кашель приобрел характер малопродуктивного. У 70% (12 чел.) в основной группе и у 71% (10 чел.) в группе сравнения. У остальных детей кашель имел характер продуктивного. А вот к 5-му дню продуктивный кашель отмечался у 94% (16 человек) в основной группе и всего у 64% (9 детей) в группе сравнения, у остальных детей в группе сравнения он оставался частым, малопродуктивный. К 7-му дню терапии продуктивный кашель имели 31% (7 детей) в основной группе, у остальных детей в этой группе кашля не было или единичный, в то время как в группе сравнения у 3 детей (21), оставался малопродуктивный, у 9 (64%) кашель был продуктивный, и не было кашля всего у 2 детей (14%) (табл.1).

Динамика физикальных симптомов бронхиальной обструкции и характера кашля (%) в основной (I, n=17) и группы сравнения (II, n=14)

	Дни наблюдения							
	1 сутки		3 сутки		5 сутки		7 сутки	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Сухой кашель	100	100	0	0	0	0	0	0
Малопродуктивный кашель	0	0	70	71	6	36	0	21
Продуктивный кашель	0	0	30	29	94	64	31	64
Одышка	100	100	29	35	0	6	0	0
Сухие свистящие хрипы	100	100	29	28	12	28	0	0
Влажные хрипы	88	100	100	100	70	100	0	28

Проведенный анализ показал, что у детей основной группы кашель приобретал характер продуктивного быстрее, в то время как динамика физикальных симптомов бронхиальной обструкции значимо не отличалась. В нашем исследовании мы так же оценивали необходимость в назначении системных глюкокортикостероидов и антибактериальной терапии.

Необходимость в системных стероидах возникла у большинства детей основной и контрольной групп в первые 1-2 дня лечения, им вводился в/м дексаметазон (76% и 71% соответственно). В более длительном назначении системных глюкокортикоидов не нуждались дети обеих групп. Назначение антибактериальной терапии требовалось в первые сутки заболевания 4-м детям в обеих

группах (23 и 28% соответственно), а в последующем назначение антибиотиков потребовалось 2-м детям (12%) из основной группы и 7-и детям (31%) из группы сравнения. Поводом для назначения антибактериальной терапии послужили сохраняющийся к 4-5 дню бронхообструктивный синдром, а так же наличие слизисито-гнойного характера отделемого из носовых ходов, которое отмечалось после 5 дня у 2 детей (12%) основной группы и у 7 детей (50%) группы сравнения.

Таким образом,назначение препарата Вобэнзим способствуют более быстрому купированию клинических симптомов заболевания, снижению частоты назначения антибактериальной терапии, что подтверждает целесообразность применения этого препарата в комплексной терапии респираторных инфекций.

Корчагина Ю.С., Корчагин Е.Н.
ФГБУ НИИ КПГПЗ СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА О ПРИЧИНАХ, СЛЕДСТВИЯХ, ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА

Согласно данным ВНОК 39,5% взрослого населения РФ имеют повышенное артериального давления (АД). Осведомленность о наличии заболевания составляет 77,9%. 59,4% из их принимают какие-то препараты, и только у 21,5% АД находится в пределах целевых цифр. Актуальными остаются вопросы знания населения основных причин, течения и лечения артериальной гипертензии (АГ) и атеросклероза.

Проведено анонимное анкетирование лиц различных возрастных групп, пола и образования. Набор респондентов осуществлялся путем случайной выборки. Проанкетировано 103 человека: 18,4% женщин, 81,6% мужчины. Всех опрошенных разделили на возрастные группы:

1 группа - 20-29 лет,
2 группа - 30-39 лет,
3 группа - 40-49 лет,
4 группа - 50-59 лет.

17,4% опрошенных имели высшее образование, 82,6% - средне-специальное. 37,8% респондентов затруднялись назвать цифры своего АД. У 41% опрошенных выявлена АГ, причем знали о своем заболевании всего 18%.

Среди факторов риска 27% указали на значение несбалансированного питания, 56% - на ожирение, 30% - малоподвижный образ жизни, 21% - злоупотребление солью, 43% - курение, 39% - стрессы. 15,5% не смогли ответить на вопрос. С увеличение возраста увеличивалось число респондентов, указывающих на ожирение и влияние стресса, и уменьшалось значение курения. В 1 и 2 группах лидировали ожирение, курение и малоподвижный образ жизни.

57,3% респондентов вне зависимости от возраста считают необходимым лечить АГ ежедневно, принимая лекарственные средства. 5,8% не считают необходимым лечить заболевание. 16,5% опрошенных считают необходимым лечиться эпизодически, только при повышении АД.

70% опрошенных считают АГ опасной в принципе, и в частности, своими осложнениями. 6,7% не считают заболевание опасным. С увеличением возраста снижается число лиц, считающих АГ «безобидным» заболеванием. 7,7% опрошенных видят основной задачей лечения исключительное снижение цифр АД. Радует, что 71% респондентов ставит более важные цели: снижения риска сердечно-сосудистых осложнений, увеличение продолжительности жизни.

При выборе лекарственного препарата 75% анкетируемых будут руководствоваться советом врача. 46,6% опрошенных важен доказательный эффект препарата по защите органов-мишеней. 9,7% обращают внимание на стоимость препарата, 17,4% - на перечень побочных эффектов. 19,4% опрошенных вообще не видят никакой разницы: «Главное, чтобы снижалось АД». С возрастом увеличиваются требования к безопасности применяемого препарата. Порядка 40%

в разных возрастных группах готовы покупать дорогостоящие препараты, если доктор объяснит необходимость их приема. 24% опрошенных будут строго принимать оригинальный препараты. 15,5% вообще не приобретут ни в каком случае дорогостоящее лекарство (2 и 3 групп - максимально трудоспособный возраст). Лидируют такие препараты как эналаприл, индапамид, метопролол короткого действия. Только 3 человека упомянуло о сартанах.

С увеличением возраста в 2 раза возрастает процент опрошенных, считающих необходимым контролировать уровень холестерина, но только 4,1% знают цифры своего холестерина. Порядка 70% правильно трактуют пагубное влияние повышенного холестерина. Подавляющее большинство (96%) не знает целевых для себя цифр холестерина. 2,9% опрошенных считают, что высокий уровень холестерина не опасен в принципе.

Таким образом, важна осведомленность населения об основных причинах, течении и лечении АГ и атеросклероза. Этого возможно достичь путем бесед врача и пациента, проведением школ по АГ и атеросклерозу, пропагандой здорового образа жизни. Отдельная категория - лица молодого возраста. Правильное формирование у них понимания здорового образа жизни, а также факторов риска и проявлений опасных и инвалидизирующих заболеваний - залог успеха в будущем.

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНОГО ПОДХОДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Практический опыт инвазивного ведения острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST (ОКС↑ST) у пожилых пациентов в России недостаточен, поэтому актуален дальнейший научный поиск в этом направлении с целью определения оптимальных подходов ведения пациентов данной группы.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ ведения ОКС?ST у лиц разных возрастных групп, оценить эффективность выбранной тактики с позиции госпитальной и отдаленной летальности.

Материалы и методы исследования. В регистровое исследование были включены все пациенты, госпитализированные с диагнозом ОКС↑ST за период с 2008 г. Пациенты были разделены на группы в зависимости от выбранной тактики: группа консервативного ведения (n=511) и группа первичного ЧКВ (n=541). Далее, в каждой из групп выделены подгруппы: до 70 лет; 70 лет и старше. Из 1052 госпитализированных пациентов первичное ЧКВ выполнено у 541 (51,42%) пациента, при этом лица в возрасте 70 лет и старше составили только 15,8% (n=86). Изучены клинико-анамнестические особенности, госпитальные и отдаленные результаты в сравниваемых группах. Статистическая обработка выполнена с помощью ППП Statistica 6.0.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что пациенты 70 лет и старше достоверно реже получают высокотехнологичную помощь при ОКС (15,8% vs 84,2%, p=0,001). В отношении тяжести ОСН по Killip группы были сопоставимы. Лица старшей возрастной группы ожидаемо демонстрируют более высокие показатели госпитальной летальности вне зависимости от выбранной тактики ведения (21,99% vs 8,82% при консервативном ведении; 15,11% vs 6,37% при применении первичного ЧКВ). Однако, смертность через 12 месяцев наблюдения в группе пациентов, направленных на ЧКВ, была значимо ниже, чем в группе с консервативной тактикой: для пациентов до 70 лет эти показатели составили 1,31% vs 5,29%, p=0,0065; для пациентов от 70 лет и старше 2,32% vs 8,21%, p=0,05). Заслуживает внимания тот факт, что применение высокотехнологичной помощи наиболее эффективно для улучшения отдаленного прогноза именно у пожилых пациентов.

Выводы.

При сопоставимой тяжести пациентов с ОКС разных возрастных групп, применение первичного ЧКВ может значимо улучшить отдаленный прогноз у пациентов пожилого и старческого возраста.

Крикавцова С.А., Астахова И.М.
ФКУ ЛИУ-33 ГУФСИН России по Кемеровской области
г.Мариинск, Россия

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ S. AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ФКУ ЛИУ-33 г.МАРИИНСКА 2009-2012 гг.

В лечении больных туберкулезом, наряду с применением противотуберкулезных средств, часто используются антибактериальные препараты широкого спектра действия. Их применение бывает обусловлено сопутствующими заболеваниями бронхолегочной, мочевыводящей и других систем, наличием раневой инфекции. Длительное пребывание больного в противотуберкулезном учреждении, особенности социального статуса пациентов не могут не сказаться на микрофлоре, высеваемой у этого контингента больных.

Цель исследования. Изучение этиологической значимости и чувствительности к антибактериальным препаратам штаммов золотистого стафилококка, выделенных при бактериологическом исследовании различных биоматериалов от больных туберкулезом, содержащихся в ЛИУ-33 г.Мариинска и штаммов, обнаруженных при диагностических и профилактических обследованиях на носительство S. aureus лиц незараженных туберкулезной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов исследований образцов биоматериалов на неспецифическую микрофлору от больных туберкулезом (1015 образцов) и образцов биоматериалов (1161 образец) у здоровых контингентов (на носительство стафилококка), в также анализ чувствительности выделенных штаммов к антибактериальным препаратам (240 исследований). Исследования на чувствительность проводились в соответствии с требованиями МУК 4.2.1890-04, диско-диффузным методом, использовались стандартизированные диски заводского изготовления.

Результаты исследования. В бактериологической лаборатории ФКУ ЛИУ-33 за 2009-2012 годы исследовано1015 образцов различных биоматериалов на неспецифическую микрофлору от больных туберкулезом. Наиболее часто выделяемым возбудителем являлся Staphylococcus aureus, обнаружен в 9,4% образцов. Высеваемость S. aureus составила: из мокроты - 14%, слизистые оболочки ВДП - 36%, гнойное отделяемое инфицированных ран - 20,3%, ухо - 22%, кровь - 3,4%, моча - 1,6%. Исследовано на чувствительность 100% (95) выделенных штаммов от туберкулезных больных. К бензилпенициллину устойчивость в 88 случаях (92,6%), к оксациллину в 34 (35,8%), к эритромицину в 18 случаях (18,9%), к линкомицину в 17 (17,9%), к ципрофлоксацину в 27 образцах (28,7%), к гентамицину в 6 (6,3%).

На носительство стафилококка из зева и носа у медицинского персонала и спецконтингента нетуберкулезных учреждений северного куста исследована 1161 проба, высеваемость возбудителя составила 12,4%.

Проведено 145 определений чувствительности выделенных штаммов S.aureus к антибактериальным препаратам, исследовано 86% штаммов. К бензилпенициллину устойчивость в 131 случае (90,3%), к оксациллину в 17 (11,7%), к эритромицину в 15 случаях (10,3%), к линкомицину в 3 (2%), к ципрофлоксацину в 7 образцах (4,9%), к гентамицину в 1 (0,7%).

Выводы.

1. S. aureus является ведущим этиологическим агентом в возникновении немикобактериальных инфекций у больных туберкулезом в ЛИУ-33 г.Мариинска. Применение противотуберкулезных препаратов вероятно вызывает мутации штаммов S. aureus и увеличивает уровень их резистентности к широкому спектру антибактериальных лекарственных средств.

2. Наиболее высокий уровень резистентности культур S.aureus, связанный с продукцией этими микроорганизмами бета-лактамаз, отмечался к бензилпенициллину - 91,25%. Оксациллинорезитентность выявлена у 21,25% штаммов. К фторхинолонам (ципрофлоксацин) резистентны - 14,17%, к макролидам (эритромицин) - 13,75%, к линкозаминам (линкомицин) - 8,33% штаммов. Самый низкий уровень резистентности наблюдался к АБП группы аминогликозидов (гентамицин) - 2,92%.

3. Анализ результатов определения чувствительности штаммов S. aureus, выделенных от больных туберкулезом, показал наличие более высокого уровня их резистентности по всем

видам исследованных АБП в сравнении с аналогичными результатами чувствительности культур, выделенных от здоровых лиц. Количество выявленных устойчивых штаммов S.aureus у туберкулезных больных превысило аналогичные у здоровых лиц по отношению к гентамицину в 9,6 раза (0,7%; 6,3%), линкомицину в 8,6 раза (2%; 17,9%), ципрофлоксацину в 5,9 раза (4,9%; 28,4%). В меньшей степени наблюдается разница в резистентности к оксациллину - только в 3 раза (11,7%; 35,8%), эритромицину в 1,8 раза (10,3%; 18,9%). Устойчивость к бензилпенициллину регистрируется на одинаково высоком уровне среди обеих групп обследуемых с отклонением на 2,29% (90,3%; 92,6%).

Крыжановский С.П., Богданович Л.Н., Кушнерова Н.Ф., Головачева В.Д.
Медицинское объединение Дальневосточного отделения Российской академии наук
Тихоокеанский океанологический институт им. В.И. Ильичева ДВО РАН
г.Владивосток, Россия

НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЯМИ ПОЛИСАХАРИДАМИ ИЗ МОРСКОЙ ВОДОРОСЛИ FUCUS EVANESCENS

Одним из возможных подходов, направленных на коррекцию дислипидемических нарушений, является включение в комплексную терапию атеросклероза биологически активных веществ природного происхождения, обладающих многокомпонентным действием, в том числе, сульфатированных полисахаридов из бурых водорослей - фукоиданов, обладающих широким спектром биологической активности, включая антидислипидемическую, противовоспалительную, иммуномодулирующую, антикоагулянтную и пр.

В данной работе была исследована эффективность биологически активной добавки (БАД) к пище «Фуколам»® (фукоидан и альгинат бурой водоросли F. evanescens), разработанной в Тихоокеанском институте биоорганической химии ДВО РАН (рег. N 77.99.23.3.У.739.1.06 от 30.01.06 г.), в качестве средства сопровождения базисной терапии, не включающей статины, у пациентов с дислипидемиями.

Под наблюдением находились 40 пациентов с ИБС, сопровождающейся дислипидемией, в схему лечения которых кроме других средств, был включен ежедневный прием фуколама в дозе 100 мг - 1 капсула в день (1 капсула содержит 100 мг фукоидана и 400 мг альгината кальция).

Было установлено, что применение фуколама приводит через месяц к снижению до нормальных значений уровня общего холестерина с 6,46±0,26 моль/л до 5,09±0,11 моль/л, липопротеинов низкой плотности - с 4,33±0,24 моль/л до 3,09±0,14 моль/л, коэффициента атерогенности - с 3,95±0,40 до 2,53±0,12. Уровень общих фосфолипидов возрастал на 24%, уровень триглицеридов снижался на 11%, неэтерифицированного холестерина - на 11%, этерифицированного холестерина - на 13%. Увеличение количества фосфатидилхолина на 9% сопровождалось снижением лизфосфатидилхолина на 27% и сфингомиелина - на 19%. Количество фосфатидилэтаноламина возросло на 34%, тогда как лизофосфатидилэтаноламина снизилось на 30%. Среди метаболически активных фракций количество фосфатидилсерина увеличилось на 84%, фосфатидилинозита - на 7%, дифосфатидилглицерина - на 15% по отношению к показателям пациентов контрольной группы, не получавших фуколам (различия были статистически достоверными, $p<0,01$). После проведенного курса лечения с включением БАД нормализовалось соотношение фосфолипидных фракций в плазме крови. Фуколам восстанавливал холестерин-этерифицирующую функцию печени, что способствовало преобразованию ТГ в фосфолипиды. Кроме того, фуколам снижал активность фосфолипаз и этим предотвращал разрушение фосфолипидных фракций.

Таким образом, введение БАД «Фуколам»® в схему лечения пациентов с дислипидемиями способствует восстановлению соотношения липопротеинов в плазме крови, что обусловливает увеличение возможности выведения холестерина из мембран липопротеинами высокой плотности. В то же время снижение доли холестерина в мембранах способствует замещению его на фосфолипидные фракции, в частности, ФХ и ФЭ. Этот феномен характеризует фуколам не только как гипохолестеринемическое средство, но и как эффективное средство для восстановления структуры мембран клеток, нарушенных при ИБС.

Крючков Д.В.
НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Цель исследования. Изучить досуточную летальность пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы исследования. Объект исследования - пациенты с ИМ, пролеченные в МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер». Объем исследования 4349 пациента с ИМ. Период исследования: 2008-2011 гг.

По возрасту, пациенты распределены по следующим возрастным группам: работоспособный возраст (мужчины до 60 лет, женщины до 55 лет), пенсионный возраст (мужчины с 60 до 74 лет, женщины с 55 до 74 лет), старческий возраст (мужчины и женщины старше 74 лет).

Досуточная летальность (%) рассчитывалась как отношение количества умерших пациентов с ИМ до 24 часов пребывания в стационаре к количеству выбывших (умерших и выписанных) из стационара с ИМ. Статистическая обработка данных осуществлялась стандартным лицензионным пакетом программы «Statistica 6.0». При сравнении количественных данных рассчитывались среднее значение, стандартное отклонение, критерии X^2 Пирсона и Манна-Уитни. Критическое значение уровня значимости (р) принималось равным 95%.

Результаты исследования. В структуре госпитальной летальности от ИМ доля досуточной летальности в 2008-2011 гг. составила 33,6±4,3%. В динамике отмечается увеличение доли досуточной летальности на 14,4% с 33,9% в 2008 г. до 38,8% в 2011 г. (р=0,001).

Уровень досуточной летальности пациентов с ИМ в среднем равен 4,1±1,0%. В погодовой динамике отмечается увеличение показателя в 1,5 раза с 3,4% до 5,3% (р=0,02).

При повторном ИМ досуточная летальность в 3,4 раза выше, чем при первичном (8,3±2,0% и 2,4±0,8%, р=0,0001). При первичном ИМ в динамике уровень досуточной летальности не меняется, а при повторном ИМ он вырос в 1,6 раза с 6,7% до 11,1% (р=0,035).

Досуточная летальность пациентов с кардиогенным шоком составила 35,9±9,7%. В динамике отмечается тенденция к увеличению досуточной летальности при ИМ, осложненным кардиогенным шоком (р=0,08). Отмечаются колебания значений от 25,3% в 2009 г. до 48,8% в 2011 г.

Уровень досуточной летальности у мужчин ниже (2,9±0,6%), чем у женщин в два раза (5,9±1,6%, р=0,0001). Достоверный прирост показателя только у женщин (в 1,7 раза с 4,5% до 7,9%, р=0,032).

Значение досуточной летальности пациентов с ИМ имеет максимальный уровень в старческом возрасте (8,0±2,5%) и минимальный - в работоспособном возрасте (1,6±0,4%); в пенсионном возрасте - 4,4±0,9%. В динамике показатель изменяется только в старческом возрасте с тенденцией к росту (с 6,6% до 11,5%, р=0,06).

Досуточная летальность пациентов с ИМ, которым проведена реперфузионная терапия (2,7±0,3%), почти в два раза ниже, чем у пациентов без реперфузии (5,3±2,1%, р=0,0001). В динамике в первой группе пациентов досуточная летальность достоверно не изменилась (р=0,89), а во второй - выросла более чем в два раза с 3,7% до 8,1% (р=0,0006). Досуточная летальность при использовании ЧКВ составила 1,4±0,3% без значимых колебаний в погодовой динамике.

Выводы.

Досуточная летальность определяется полом и возрастом пациентов, типом инфаркта миокарда и проведением реперфузионной терапии.

Лещенко И.Ж.
КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края
г.Барнаул, Россия

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Многочисленными исследованиями подтверждается ведущая роль факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Согласно современным представлениям тактика ведения пациентов с факторами риска ССЗ основывается на величине суммарного коронарного риска.

Цель исследования. Оценить факторы риска и 10-летний фатальный риск SCORE у организованного населения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 6560 лиц из организованной популяции городских жителей - 2920 мужчин (средний возраст 42,17±11,71 лет) и 3640 женщин (средний возраст 41,59±12,16 лет). Все обследованные были разделены на несколько групп по десятилетиям в зависимости от возраста. Первую группу составили лица возрастом от 20 до 29 лет, вторую группу обследованные в возрасте 30-39 лет, в 3-ью - 40-49 лет, в 4-ую - 50-59 лет, 5-ую - старше 60 лет. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу. Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска ССЗ (возраст, наличие курения), антропометрическое (рост, масса тела с последующим расчетом индекса массы тела), клиническое обследование (измерение артериального давления).

Лабораторное исследование включало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов Roshe ферментативным колориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe). У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по международной шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой.

Результаты исследования. Совокупность выявленных факторов риска учитывали компьютерной программой, рассчитывающей риск фатальных событий на 10 лет по шкале SCORE, в последующем обследованных распределили по определенному количественному значению риска. Выявлено, что у женщин во всех возрастных группах встречается риск от 0% до 10%, а в возрасте старше 60 лет от 1% до 13%, при этом величина риска постепенно повышается с возрастом в среднем от 0,06% до 5,31%. У мужчин в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет отмечается риск от 1% до 10%, 50-59 лет до 22%, старше 60 лет до 35%. Наблюдается тенденция, как и у женщин - увеличение с возрастом абсолютных значений риска в среднем от 1,13% до 11,12%. Обнаружено, что у 10% пациентов риск соответствовал - высокому и очень высокому. В рамках первичной профилактики таким обследованным были рекомендованы коррекция диеты, гиподинамии, отказ от вредных привычек, гипотензивные, гиполипидемические и другие лекарственные препараты с дальнейшим мониторингом.

Выводы.

Для организации первичной профилактики ССЗ целесообразно выявление традиционных факторов риска, на их основе расчет фатального 10-летнего риска SCORE, что позволяет своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию.

**Максимов С.А., Скрипченко А.Е., Мулерова Т.А., Огарков М.Ю.
Артамонова Г.В.**
НИИ КПССЗ СО РАМН
г.Кемерово, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ШАХТЕРОВ

Проведен сравнительный анализ распространенности факторов сердечно-сосудистого

риска (ФССР) у шахтеров Западной Сибири с общероссийскими уровнями. В исследуемую группу сплошным методом включены работники основных профессиональных групп двух угольных шахт (1391 человек): 254 машинистов горно-выемочных машин (МГВМ), 646 горнорабочих подземных (ГП), 158 шахтовых руководителей среднего звена (ШРСЗ), 333 электрослесарей подземных (ЭП).

Из ФССР оценивались распространенность курения, злоупотребления алкоголем, гиперхолестеринемии, ожирения, артериальная гипертензия (АГ). Для сравнения фактической распространенности ФССР с общероссийскими показателями использовались результаты второго этапа эпидемиологической ситуации по АГ в РФ (2005-2007 гг.), проводилась стандартизация по возрасту (по российским данным). Сравнение фактической распространенности ФССР с РФ (референсные уровни) проводилось методом расчета отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта N 12-06-00107 «Разработка и внедрение системы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у работников угольных предприятий».

Распространенность курения среди ШРСЗ ниже референсных значений - ОШ 0,60 (95% ДИ: 0,44; 0,83). Среди МГВМ и ЭП отмечается высокая частота злоупотребления алкоголем, ОШ составляют 1,89 (95% ДИ: 1,25; 2,88) и 2,13 (95% ДИ: 1,49; 3,06). Во всех, за исключением ШРСЗ, профессиональных группах шахтеров высокая распространенность гиперхолестеринемии: ОШ в МГВМ достигает 1,63 (95% ДИ: 1,21; 2,19), в ГР - 1,29 (95% ДИ: 1,05; 1,58), в ЭП - 1,34 (95% ДИ: 1,03; 1,76). Распространенность ожирения у шахтеров соответствует общероссийской, а у ШРСЗ - превышает, ОШ равно 1,60 (95% ДИ: 1,08; 2,38). Частота АГ среди шахтеров ниже общероссийских показателей, но только в двух профессиональных группах различия статистически значимые: у ГР ОШ составляет 0,71 (95% ДИ: 0,60; 0,84), у ЭП - 0,73 (95% ДИ: 0,57; 0,94).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности ряда ФССР в профессиональных группах шахтеров. Профилактические мероприятия по снижению сердечно-сосудистого риска должны учитывать специфические особенности данных профессий и обеспечивать выбор максимально эффективных «точек» воздействия.

Максимова А.А., Саввина Н.В.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
г.Якутск, Россия

ДЕТИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность. Проблема детской инвалидности обусловлена неуклонным ростом тяжелых нарушений здоровья, вызывающих ограничения жизнедеятельности в детском возрасте, что следует расценивать как маркер медико-социального неблагополучия и снижения уровня общественного здоровья.

Цель исследования. Разработка дифференцированной программы реабилитации детей с заболеваниями мочевой системы.

Объект исследования. Больные и инвалиды в возрасте 0-18 лет с заболеваниями мочевой системы.

Результаты исследования. В динамике наблюдается снижение количество детей инвалидов с заболеваниями мочевой системы, за 2011 г. составляет 5,4 на 10 тысяч детского населения (2010 г. - 6,3, 2009 г. - 5,7). Доля впервые установленной инвалидности с заболеваниями мочевой системы в 2011 г. составила 21% (2010 г. - 19%, 2009 г. - 16%). Возрастная группа представлена следующим образом: детей-инвалидов в возрасте от 0 до 9 лет 43,3%, в возрасте 10-14 лет 33,3%, в возрасте 15-18 лет 23,3%. При этом, в динамике доля детей от 0-9 лет возросло в 2011 г. на 1,6% (2010 г. - 32,4%, 2009 г. - 26,7%), а доля подростков 15-17 лет снизилось в 2011 г. на 1,6% (2010 г. - 30,6%, 2009 г. - 37,8%). По поводу хронического гломерулонефрита имеют инвалидность - каждый четвертый - пятый ребенок по данным на 2011 г. - 37,8% (2010 г. - 34,4%, 2009 г. - 29,6%) и имеет тенденцию к увеличению. У каждого

пятого ребенка имеется аномалии развития мочевой системы в 2011 г. у 28,3% (2010 г. - 26,5%, 2009 г. - 23,3%).

Каждый ребенок инвалид с заболеваниями мочевой системы проходит первый этап реабилитации - клинический (нефрологическое отделение ПЦ, РБ N 1 - НЦМ). Второй этап реабилитации - санаторный проходят 70% детей на местных санаториях, а 30% детей получают путевки. На лечение в местные санатории дети направляются в плановом порядке в период стабильной ремиссии. Третий этап реабилитации - адаптационно-восстановительный проводится в амбулаторно-поликлинических условиях под наблюдением нефролога и педиатра в большинстве случаев до перевода во взрослую сеть.

Основными задачами реабилитации является: продолжение поддерживающего патогенетического лечения, рекомендованного в специализированном стационаре под контролем лабораторных показателей и динамикой основных клинических симптомов болезни; проведение симптоматической терапии; системное плановое обследование больных детей для выявления признаков активности и своевременной коррекции лечения и раннего распознавания и предотвращения осложнений проводимой терапии.

Выводы.

Таким образом, исход хронического заболевания в инвалидность чаще наблюдается при недостаточном уровне профилактической работы со здоровым ребенком, в том числе оздоровительной и реабилитационной работы - с детьми, с хронической патологией. В данный момент не уделяется внимание к восстановительному лечению детей со сформировавшейся инвалидностью, но обладающих высоким реабилитационным потенциалом.

Своевременно начатая, адекватно подобранная дифференцированная программа реабилитации, включающая лечебно-диагностические, оздоровительные, психолого-педагогические и социальные коррекционные технологии, позволяют предупредить медико-социальную дезадаптацию ребенка и прогрессирование основного заболевания.

Маркин А.В., Цеймах И.Я., Мартыненко Т.И., Шойхет Я.Н.
Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА: ВЛИЯНИЕ CPAP-ТЕРАПИИ

Цель исследования. Выяснить степень активности системного воспаления у пациентов с СОАС и оценить влияние курсовой CPAP-терапии на активность системного воспаления с помощью оценки плазменного уровня провоспалительных медиаторов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 33 мужчины с СОАС в возрасте от 38 до 68 лет, индексом массы тела 37,7±6,2 кг/см^2, сонливость по шкале Epworth Sleepiness Scale (ESS) 13,8±5,1 баллов, индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) составил 57,5±24,0. Средний уровень кислорода в ночной период у пациентов составил 90,2±5,1%. Определяли в плазме крови концентрацию тумор-некротизирующего фактора альфа (TNF-α), интерлейкина 6 (IL6), интерлейкина 8 (IL8), С-реактивного протеина (CRP), эндотелина. Все пациенты были разделены на 2 группы - основную - n=14 - группа CPAP и группу сравнения - n=19 - пациенты, которые не получали CPAP-терапию. По поло-возрастным характеристикам и тяжести состояния группы были сопоставимы.

Результаты исследования. В результате CPAP-терапии в течение 6 недель было отмечено значительное снижение показателей системного воспаления у пациентов с СОАС в сравнении с группой сравнения. Так, уровень TNF-α снизился с 3,68±0,2 до 2,72±0,3 пг/мл ($p<0,05$). В группе сравнения изменения уровня TNF-α за период наблюдения не произошло. Показатель IL8 изменился с 6,96±0,43 до 4,35±0,43 пг/мл ($p<0,001$) на фоне CPAP-терапии.

В результате шестинедельного курса CPAP показатели IL6 и CRP изменились с 3,92±0,12 до 2,61±0,12 пг/мл ($p<0,001$) и с 9,46±0,48 до 7,16±0,4 мг/л ($p<0,01$). Контрольные измерения у пациентов, не получающих CPAP, не показали значимого снижения маркеров воспаления. Показатель эндотелина также претерпел положительные изменения с 1,25±0,1 до 0,97±0,06 fmol/ml ($P<0,05$).

Выводы.

При оценке плазменного уровня маркеров системного воспаления выявлено существенное повышение провоспалительных медиаторов в плазме крови у пациентов с СОАС. Так, уровень TNF-α был выше в 1,8 раз по сравнению с контрольной группой, IL6 - в 1,84 раза, IL8 - в 2,16 раз, CRP - в 2,54 раза, эндотелина - выше в 1,47 раз в сравнении с группой контроля. В результате курсового лечения CPAP в течение 6 недель концентрация провоспалительных медиаторов снизилась относительно исходного уровня: TNF-α - на 26%, IL6 - на 34%, IL8 - на 38%, CRP - на 25%, эндотелина - на 23%.

Таким образом, CPAP-терапия эффективна в отношении снижения активности системного воспаления и может стать важным методом профилактики ОИМ, инсульта и внезапной смерти во сне.

Масенко В.Л., Коков А.Н., Малюта Е.Б., Фанасков В.Б., Барбараш О.Л.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
МБУЗ ГКБ N 3 им М.А. Подгорбунского
ГБУЗ КО Областной клинический госпиталь для ветеранов войн
г.Кемерово, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АТЕРОКАЛЬЦИНОЗА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Нарушения углеводного обмена доказано являются дополнительным отягощающим фактором атеросклеротического поражения сосудистого русла и остеопороза. Опубликован целый ряд обзорных статей, посвященных кальцификации коронарных сосудов и ее связи с остеопорозом. Данные о связи между степенью снижения костной плотности и степенью кальциноза сосудистого русла у больных с мультифокальным атеросклеротическим поражением и сопутствующими нарушениями углеводного обмена противоречивы.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку степени снижения минеральной плотности кости (МПКТ) и выраженности кальциноза сосудистого русла у больных мультифокальным атеросклерозом (МФА) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовали 97 пациентов мужского пола с верифицированным МФА (возраст 62,02±10,21лет), которых разделили на 2 группы. В I группу вошли 43 пациента с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации. Группа II - 54 пациента с МФА без нарушения углеводного обмена. Всем пациентам проводили определение минеральной плотности костной ткани поясничных позвонков (МПКТп, г/см^3) и бедренной кости (МПКТб, г/см^3) методом рентгеновской остеоденситометрии на аппарате «Norland Exell XR46 (США). Лучевым критерием остеопенического синдрома считали значения индекса T-Score < - 1, остеопороза < -2,5 (Рекомендации ESCEO, 2008). Количественную оценку кальциноза коронарных и брахиоцефальных артерий проводили на компьютерном томографе Somatom Sensation 64 (Siemens, Германия) по методу Agaston.

Результаты исследования. По данным остеоденситометрии у пациентов с сахарным диабетом снижение МПКТ были отмечены в 62,5%, у пациентов второй группы в 38,4% (p<0,05). При этом критерии остеопороза были отмечены в группе I в 71,34%, в группе II остеопороз диагностировали в 16,2% случаев (p<0,01). Критерии остеопении у больных с диабетом выявили в 28,66% случаев, без диабета - в 83,8% случаев (p<0,05). Отмечены достоверные различия показателей T-Score бедренной кости (I группа: - 2,4±0,09; II группа: -0,54±0,2; p<0,05) и T-Score поясничных позвонков (I группа: - 1,32±0,2; II группа: - 0,28±0,06; p<0,05). При сравнительном анализе не отмечено достоверных различий по уровню кальциноза коронарных артерий в группах с сахарным диабетом и без нарушений углеводного обмена. Показатель КИ брахиоцефальных артерий у больных II группы был ниже на 46%, чем у диабетиков (p<0,05). Данные корреляционного анализа у пациентов I группы выявили достоверную обратную связь КИ коронарных артерий с МПКТ (r=-0,41;p=0,02) и T-score (r=-0,56;p=0,008) и у пациентов без

сахарного диабета (r=-0,51;p=0,05) и T-Score (r=-0,64;p=0,006). Связь КИ брахиоцефальных артерий с МПКТ у больных с диабетом недостоверная (r=-0,45;p=0,2), у больных без диабета достоверна (r=-0,51;p=0,03) и T-score (r=-0,66;p=0,0004).

Выводы.

Снижение минеральной плотности костной ткани в целом характерно для больных с МФА. Пациенты с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа имеют достоверно низкие показатели лучевых критериев остеопороза в сравнении с больными МФА без нарушений углеводного обмена. Отмечена обратная связь кальциноза коронарных артерий с показателями минеральной плотности костных структур у всех больных МФА. Сочетании МФА с сахарным диабетом 2 типа потенцирует кальцификацию и влияет на корреляционную связь снижения МПКТ и кальциноза брахиоцефальных артерий.

Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Лимакова И.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ЖИРООТЛОЖЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОДРОСТКОВ

В данном исследовании эпикардиальные жировые отложения по передней стенке правого желудочка были диагностированы у 26,2% (37/141) подростков старше 11 лет с индексом массы тела (ИМТ, кг/м^2) > 85 перцентиля. Диагностику наличия эпикардиального жира (который визуализировался как echo-free пространство и измерялся на свободной передней стенке правого желудочка) проводили методом ЭХО-КГ на аппарате ALOKA-5500 секторным анулярным датчиком с частотой 2500 Мгц со сканированием в В-модальном режиме реального времени с использованием парастернальной модифицированной проекции.

С целью определения в клинической практике дифференциально-диагностической значимости определенного симптома (бинарного признака) проводился расчет отношения шансов (ОШ), который отражает функциональную взаимосвязь вероятности конкретного события. Для оценки вероятности отрицательного и положительного результатов исследования были использованы методы чувствительности (Se) и специфичности (Sp).

Расчет массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) проводили по формуле R. Devereux (1995). Гипертрофию миокарда левого желудочка (ГЛЖ) верифицировали согласно перцентильным таблицам индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), г/м^{2,7} (S.R. Daniels et al., 1999).

В клинической практике показатель ИММЛЖ равный 51 г/м^{2,7} у взрослых ассоциирован с четырехкратным увеличением риска кардиальных событий. Рабочей группой кардиологов в четвертом отчете (2004) значение ИММЛЖ равное 51 г/м^{2,7} (эквивалентное ИММЛЖ 116 г/м^2) определено как критерий ГЛЖ в подростковом возрасте. Согласно полученным данным, 59,5% подростков (n=22/37) с наличием эпикардиального жироотложения имели ГЛЖ с величиной ИММЛЖ ≥ 51 г/м^{2,7}, что в 2,8 раза выше, чем среди подростков с избыточной МТ и ожирением (вне связи с эпикардиальным отложением жира) (21%, n=25/119; p=0,000).

Получены прямые корреляционные связи (по Спирмену) между толщиной жирового слоя эпикарда и ИММЛЖ (г/м^{2,7}) (r=0,69; p=0,001). Кроме того, толщина эпикардиального жира у обследуемых с висцеральным жироотложением положительно коррелировала с рядом параметров ЭХО-КГ, увеличение которых у детей свидетельствует о формировании относительной тоногенной дилатации (КСР ЛЖ, КДР ЛЖ, КСО ЛЖ, КДО ЛЖ и ПЖ).

Отношение шансов (ОШ) или относительный риск (ОР) развития ГЛЖ у подростков 11-15 лет при наличии отложения эпикардиального жира был статистически значимо выше (почти в 3 раза), чем в условиях его отсутствия (ОР=2,8; 95% ДИ для ОР (1,8; 4,4)), Se - 60%, Sp - 79%.

Логистический нелинейный регрессионный анализ показал, что данный исследуемый фактор (отложение жира в эпикарде толщиной ≥ 0,2 см) ассоциирован с бинарным признаком (развитием ГЛЖ), и вероятность данного события составила: p=0,847 (регрессионный коэффициент

b_i=2,65, p=0,01).

Полученная у подростков с избыточным жироотложением прямая сопряженность толщины эпикардиального жира со степенью артериальной гипертензии, ее стабильным течением; клинико-метаболическими нарушениями, ассоциированными с инсулинорезистентностью; а также с параметрами эхокардиографии, отражающими процессы структурно-геометрической перестройки миокарда и формирующейся ГЛЖ, может свидетельствовать о том, что факт наличия жировых отложений в эпикарде толщиной 0,2 см и более в подростковом возрасте, визуализируемых при помощи стандартной ЭХО-КГ, независимо от тяжести и фенотипического варианта ожирения, может являться прогностическим маркером высокого риска развития ГЛЖ и ранних сердечно-сосудистых осложнений.

Молдавская И.В., Семенов С.Е., Коваленко А.В., Шатохина М.Г. Хромова А.Н., Хромов А.А., Жучкова Е.А., Барбараш Л.С.

НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Дифференциальная диагностика между негеморрагическим венозным и ишемическим инсультом является трудной задачей. Четко определенных, статистически выверенных отличительных критериев между этими сосудистыми катастрофами нет. Между тем, ранняя и точная дифференциальная диагностика этих состояний важна для определения тактики лечения.

Цель исследования. Определить наиболее значимые клинические и нейровизуализационные критерии, позволяющие проводить раннюю и быструю дифференциальную диагностику между венозным и ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. В две группы вошло по 33 пациента с негеморрагическим инсультом, госпитализированных в Региональный сосудистый центр Кузбасского Кардиологического центра. В первую группу вошли пациенты с венозным инсультом (ВИ) на фоне церебрального венозного тромбоза (ЦВТ), во вторую с ишемическим инсультом (ИИ). Всем выполнены МСКТ (LightSpeedTMVCT 64 GE: нативное сканирование головного мозга, МСКТА, динамическая ПКТ после болюсного введения 40 мл ультрависта - 370 со скоростью 4,5 мл/с с расчетом CBF, CBV, MTT в первые сутки и нативный КТ-контроль на 5-7 сутки) и МРТ (ExcelArt Vantage 1,5T Toshiba: T2WI, FLAIR, DWI, ADC, 3D ToF MPA). Оценка клинического состояния проводилась не по отдельным неврологическим симптомам, а по совокупности признаков очагового неврологического и двигательного дефицита с использованием стандартных шкал: NIHSS, Бартела и Ренкина при поступлении и выписке.

Результаты исследования. Статистический анализ показал, что ВИ страдают более молодые пациенты (возраст в группе ВИ составил 51,6±14,45 лет, в группе ИИ - 68,69±12,78 лет; (p<0,05). Подострое начало отмечено в группе ВИ в 51,5%, тогда как в группе ИИ чаще было острое начало, а подострое развитие было отмечено лишь у 15%. При анализе унифицированных клинических шкал NIHSS, Бартела и Ренкина статистически убедительной разницы между обеими группами не выявлено как при поступлении пациентов так и при выписке. Ранняя (5-7 сутки) геморрагическая трансформация развилась при ВИ в 27% против 9% при ИИ. Фокальная плотность вещества мозга при нативной МСКТ в первые сутки была снижена при ВИ чаще (57,6%), чем при ИИ (39,4%). Достоверные различия (p<0,05) между ВИ и ИИ в острый период выявлены для паттернов перфузии: rMTT(+ vs. ++), rCBF (± vs. –), rCBV (+ vs. ±) и диффузии: rDWI (± vs. +) и rADC (+ vs. -). Инфаркт с формированием зоны некроза развился при ВИ в 55% против 79% при ИИ.

Выводы.

Подострое начало и молодой возраст должны настораживать при поступлении пациента с ИИ и стимулировать врача к поиску ЦВТ и ВИ. Клиническое течение ВИ и ИИ, выраженность двигательного и очагового неврологического дефицита достоверно не отличается. При нейровизуализации полнокровие в зоне ВИ проявляется более частым фокальным снижением плотности при нативной МСКТ в первые сутки, умеренным увеличением времени перфузии,

повышением скоростных и объемных показателей при КТ-перфузии. Полнокровие зоны ВИ, по всей видимости, является причиной ранней геморрагической трансформации. ВИ сопровождается более ранним развитием вазогенного отека, вероятно, в связи с подострым течением и проявляется понижением МР-сигнала на DWI и увеличением значений при ADC-картировании.

Мулерова Т.А., Филимонов С.Н., Архипова С.В., Огарков М.Ю.
ФГБУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово
ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
г.Новокузнецк, Россия

РОЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КОРЕННОГО И НЕКОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

Результаты проспективных исследований показали прогностическую роль гиперурикемии (ГУК) в развитии артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования. Оценить взаимосвязь пуринового обмена с АГ у тубаларов и некоренного населения Республики Алтай с учетом пола и этнической принадлежности.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование населения Республики Алтай (663 человека - тубалары, 272 человека - некоренное население). По полу и возрасту группы статистически значимо не различались. Измерение артериального давления (АД) проводилось по методике ВОЗ (1980). АГ определялась по критериям ВОЗ/МОАГ 1999 года. Кроме этого, диагноз АГ устанавливался независимо от уровня АД на фоне приема антигипертензивных препаратов. Уровень мочевой кислоты (МК) определяли ферментативным колориметрическим методом по конечной точке. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA 6.1».

Полученные результаты. Средний уровень МК среди тубаларов составил 338,9±6,2 мкмоль/л, среди некоренных жителей - 352,4±7,6 мкмоль/л (p=0,168). Среди женщин и мужчин обеих этнических групп данный показатель значимо не различался и составил: 328,8±7,6 мкмоль/л и 341,6±8,5 мкмоль/л (p=0,261); 360,6±10,8 мкмоль/л и 376,1±15,4 мкмоль/л соответственно (p=0,397). Распространенность ГУК в двух этнических группах также не различалась: 41,3% среди тубаларов и 46,2% среди некоренных представителей (p=0,271). Среди женщин ГУК выявлена в 50,5% и 55,6% случаев (p=0,349), среди мужчин - в 21,7% и 25,7% случаев соответственно (p=0,554). Выявлены различия в распределении лиц с ГУК между здоровыми и больными АГ среди представителей некоренного этноса. Так, среди лиц некоренной национальности, не имеющих АГ доля лиц с ГУК была меньше и составила 37,0%, а среди лиц, имеющих АГ - 58,3% (p=0,002). Среди тубаларов статистически значимых различий выявлено не было, хотя отмечена аналогичная тенденция: 36,9% среди здоровых и 47,5% среди больных АГ (p=0,072). Среди женщин - некоренных представительниц, не имеющих АГ, доля лиц с ГУК была меньше и составила 44,8%, а среди лиц, имеющих АГ - 69,7% (p=0,002). Среди женщин-тубаларок статистически значимых различий не выявлено - 48,1% и 53,3% соответственно (p=0,466). Здоровые и больные АГ мужчины двух этнических групп по доле лиц с ГУК не различались: 17,7% и 30,0% среди тубаларов (p=0,181), 20,0% и 33,3% среди некоренных представителей соответственно (p=0,207). Оценка средних значений САД и ДАД в зависимости от уровня МК показала, что в двух этнических группах отмечены более высокие показатели АД у лиц с ГУК. У тубаларов общий прирост САД и ДАД между лицами с нормальными значениями МК и ГУК составил 9,3 мм рт.ст. (p=0,0004) и 3,6 мм рт.ст. (p=0,022), у некоренных представителей - 5,3 мм рт.ст. (p=0,098) и 2,6 мм рт.ст. соответственно (p=0,097).

Выводы.

Средний уровень МК в обеих этнических группах был сопоставимым (338,9±6,2 мкмоль/л среди тубаларов, 352,4±7,6 мкмоль/л среди некоренных жителей).

У представителей некоренной национальности среди больных АГ доля лиц с ГУК была выше (58,3%), чем среди здоровых (37,0%) (p=0,002).

У пациентов с ГУК средние значения САД и ДАД были выше таковых у лиц с нормальным

уровнем МК в обеих этнических группах, а у тубаларов различия достигали степени статистической значимости.

Николаева Е.А., Устьянцева И.М.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Срыгивания - наиболее частые функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, они составляют 18-40% среди всех функциональных нарушений. Максимальная частота синдрома срыгиваний наблюдается в первые 6 месяцев жизни. По данным отечественных авторов, к четырем месяцам срыгивания наблюдаются у 67% детей; в 6-7 мес. - у 21% детей.

Дети с синдромом срыгиваний на первом году жизни относятся к группе риска развития патологии не только желудочно-кишечного тракта, но и развитию внепищеводной патологии. Кроме того, срыгивания могут привести к снижению массово-ростовых показателей и развитию гипотрофии, железодефицитной анемии и синдрома внезапной смерти, данный феномен наблюдается чаще у детей раннего возраста. В связи с вышеизложенным, все дети с синдромом срыгиваний нуждаются в выявлении причин данной патологии, динамическом наблюдении и своевременном лечении.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь синдрома срыгиваний с особенностями акушерско-гинекологического анамнеза матери, полом ребенка, а также оценить зависимость синдрома срыгиваний от типа вскармливания и техники кормления.

Материалы и методы исследования. На базе педиатрического отделения для детей от 0 до 1 года было обследовано 70 детей в возрасте от 1 до 4 месяцев: 60 детей с синдромом срыгиваний, которые составили основную группу и 10 здоровых детей - составили группу сравнения. Обязательными условиями включения в исследование были: возраст 1-4 мес., отсуствие факта введения первого прикорма, отсутствие органической и врожденной патологии. Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакетов программ Microsoft Excel-97. Достоверность различий изучаемых показателей определяли по критериям X^2, критерию Фишера. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ данных исследования показал, что в основной группе отмечено незначительное преобладание мальчиков 55%, в группе сравнения мальчиков 40%. По полу достоверных различий между группами не выявлено ($p>0,05$).

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза матерей позволил выявить следующие особенности: наиболее частыми отклонениями во время беременности были хроническая гипоксия плода в основной группе у 47 матерей (78%), в группе сравнения - 3 (30%); угроза прерывания беременности в первой половине в основной группе у 42-х матерей (70%) против 2-х мам (20%) в группе сравнения; анемия беременных наблюдалась у 35 (58%) в основной группе и у 3(30%) матерей в группе сравнения; хроническая никотиновая интоксикация встречалась у 39 (65%) матерей основной и у 6 (60%) матерей в группе сравнения.

Достоверные различия в акушесрко-гинекологическом анамнезе выявлены по таким показателям, как хроническая гипоксия плода, угроза прерывания беременности.

По таким признакам, как анемия и хроническая никотиновая интоксикация во время беременности в анамнезе матерей исследуемых групп достоверных различий не выявлено.

Среди пациентов основной группы чаще встречались дети на грудном вскармливании - 31 ребенок (52%), смешанном вскармливании - 11 детей (18%), искусственном вскармливании - 18 (30%). При этом в группе сравнения большинство детей были на искусственном вскармливании 5 детей (50%), смешанном 1 ребенок (10%), грудном 4 ребенка (40%). Достоверно значимых различий по типу вскармливания между исследуемыми группами не выявлено.

Показатели, характеризующие искусственное вскармливание в группе здоровых детей, вероятнее всего, можно объяснить тем, что при искусственном вскармливании легче контролировать объем съеденной пищи, таким образом исключить перекормы.

Анализ режимных моментов показал, что большинством матерей пациентов основной группы нарушался режим вскармливания 53 (88%), среди матерей группы сравнения нарушения режима кормления были в 1 (10%) случаев. 47 (78%) матерей детей основной группы не выполняли необходимые условия по технике кормления, в группе сравнения нарушения техники кормления матерями выявлено в 1 (10%).

В результате проведенного исследования установлено, что развитие синдрома срыгиваний не зависит от пола ребенка; наличие в анамнезе матерей хронической гипоксии плода и угрозы прерывания в первой половине беременности могут быть одними из причин развития симндрома срыгиваний. А соблюдение режима и техники кормления матерями кормящими детей грудью является своеобразной мерой профилактики развития синдрома срыгиваний у детей раннего возраста.

Одинцева О.В., Семенихин В.А.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение»
Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Цель исследования. Оценка качества жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса в зависимости от возраста и стажа работы во вредных условиях.

При проведении периодического медицинского осмотра работников угледобывающих предприятий Кемеровской области проведено анкетирование с использованием русифицированной версии опросника SF-36. Респонденты, включенные в исследование, разделены на 9 возрастных групп с пятилетним шагом. В исследовании приняли участие 1320 человек, работающих на угледобывающих предприятиях Кузбасса. Все пациенты, включенные в исследование, - мужчины 20-64 лет, средний возраст: 41,4±0,27 лет. Общий стаж работы пациентов составил 20,67±0,27 лет, стаж работы в условиях воздействия вредных факторов 17,14±0,3 лет.

Анализ параметров качества жизни показал, что наиболее высоко шахтеры оценивали качество жизни по шкалам физического функционирования (90,82±0,43 баллов), ролевого эмоционального функционирования (85,98±0,73 баллов), социального функционирования (83,84±0,49 баллов) и ролевого физического функционирования (83,52±0,81 баллов). Наиболее низкие значения отмечены по шкалам общего здоровья (62,63±0,45 баллов), психологического здоровья (74,45±0,47 баллов) и жизненной активности (69,94±0,46 баллов).

Сравнение качества жизни среди шахтеров в возрастных группах от 20 до 64 лет показало снижение с возрастом значений показателей по всем шкалам опросника. Наиболее выраженным возрастным изменением показателей качества жизни в диапазоне от 20-24 до 60-64 лет являлось снижение показателей по шкалам ролевого физического функционирования интенсивности боли и общего здоровья, составившие 26,1%, 23% и 22,45% соответственно.

При проведении корреляционного анализа выявлена слабая обратная корреляционная зависимость между стажем работы во вредных условиях с одной стороны, и значениями шкал, составляющих физического компонента здоровья, а именно, шкалой физического функционирования ($r=-0,282$, $p<0,000001$), оценкой респондентами общего здоровья ($r=-0,286$, $p<0,000001$) и ощущением ограничения физической активности вследствие боли ($r=-0,203$, $p<0,000001$). Обнаружена обратная корреляционная зависимость между возрастом респондентов и шкалами физического функционирования ($r=-0,271$, $p<0,000001$), общего здоровья ($r=-0,265$, $p<0,000001$) и боли ($r=-0,173$, $p<0,000001$).

Таким образом, показатели качества жизни работников угледобывающей промышленности Кемеровской области по всем шкалам опросника SF-36 снижаются с возрастом от 20 до 64 лет. Снижение показателей качества жизни по шкале ролевого физического функционирования в возрастном диапазоне от 20-24 до 60-64 составляет 26,1%, по шкале боли - 23%, по шкале общего

здоровья - 22,45%. Показатели качества жизни по шкалам боли, физического функционирования и общего здоровья находятся в обратной корреляционной зависимости от возраста и стажа работы во вредных условиях работников угледобывающей отрасли промышленности Кузбасса.

Онищенко Е.Г., Пахтусова Н.И., Котарова Л.В., Грудцына И.В., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Варфоломеева Е.П., Позднякова О.А.
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
Кардиологический диспансер
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ МЗ РФ
г.Новокузнецк, Россия

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кардиологический диспансер является структурным подразделением МБЛПУ «ГКБ N 1», и в то же время выполняет функции городского специализированного учреждения, где наблюдается пациенты с заболеваниями сердечнососудистой системы. Значительную часть составляют больные с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесшие инфаркт миокарда (ИМ).

Цель исследования. Проанализировать случаи повторного ИМ у пациентов, которые наблюдаются врачами кардиологического диспансера в течение 2012 года.

Материалы и методы исследования. 36 больных, перенесших повторный ИМ в 2012 году и находящихся под наблюдением в кардиологическом диспансере.

Результаты исследования. В 2012 году на амбулаторном лечении в кардиологическом диспансере находились 36 пациентов ИБС, у которых повторный ИМ произошел в 2012 году. Возраст пациентов составил от 48 до 87 лет (средний 61,5±9,5 лет). Длительность заболевания - от 1 до 26 лет (в среднем 9,57±8,06 лет). Среди больных - 31 мужчина (86,1%) и 5 женщин (13,9%). У всех пациентов в анамнезе был ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), при этом стенокардия после перенесенного ИМ сохранялась у 8 пациентов (22,2%) - у 2-х 1ФК (25%), у 4-х 2ФК (50%) и у 2-х -3ФК (25%). У 28 пациентов (77,8%) стенокардии не было. Коронаровентрикулография (КВГ) после первого ИМ была проведена 22 пациентам (61,1%), из них реваскуляризация миокарда проведена 15 пациентам (68,2%) - операция коронарного шунтирования 10 пациентам (66,7%), баллонная агиопластика со стентированием - 5 (33,3%). От проведения КВГ 14 больных отказались, из них у 6 пациентов стенокардии после ИМ не было. У 8 пациентов КВГ не проводилась по различным причинам - страх перед вмешательством, тяжелая сопутствующая патология и др. Повторный ИМ в ожидании реваскуляризации перенесли 3 больных. У 7 человек в анамнезе уже была реваскуляризация (19,4%) - у 4-х коронарное шунтирование (11,1%) и ЧКВ у 3-х (8,3%). После повторного ИМ стенокардия напряжения сохранялась у 16 человек (44,4%), из них у 12 человек - 2 ФК (75%), у 2-х - 1 ФК (12,5%) и у 2-х -3ФК (12,5%). После повторного ИМ КВГ проведена 17 пациентам (47,2%). Это были пациенты со стенокардией напряжения - 16 человек и 1 больной с желудочковыми нарушениями ритма. Одному больному в проведении КВГ отказано из-за тяжелого состояния (тяжелая сердечная недостаточность), умер дома до приезда бригады скорой медицинской помощи.

Необходимо отметить, что из 36 человек с повторным ИМ только 19 ранее наблюдались в кардиологическом диспансере (52,8%), 17 (47,2%) - наблюдались в участковых поликлиниках города, и в специализированное учреждение были направлены уже после перенесенного ранее ИМ. По результатам КВГ, проведенных после повторного ИМ, выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий выявлены у 16 пациентов (94,1%), из них 3 больным проведены операции реваскуляризации (17,6%), у 2-х больных - коронарное шунтирование, у 1-го - баллонная ангиопластика со стентированием, остальным пациентам рекомендовано консервативное лечение (82,4%). Основными причинами отказа в оперативном лечении были высокий интраоперационный риск, тяжелая сопутствующая патология.

Выводы

Лечение и наблюдение больных ИБС после перенесенного инфаркта миокарда должно осуществляться специалистами кардиологами. Реабилитационные мероприятия в плане

вторичной профилактики у этих больных, кроме высокотехнологичной кардиохирургической помощи, должны включать меры по борьбе с недостаточной комплаентностью больных и клинической инертностью.

Павлов В.В., Кичкина М.М.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ПРОБЛЕМА КОМЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНА СЛУХА ПРИ ВЗРЫВАХ МЕТАНА В ШАХТАХ

Особенность шахт Кузбасса - это высокая метановая обогащенность вырабатываемых угольных пластов. Взрывы метана и подземные пожары составляют от 3,7% до 6% от общего числа аварий, но они практически всегда приводят к тяжелым групповым поражениям пострадавших. В мае 2010 г. на одной из самых крупных шахт в мире ОАО «Распадская» произошло два взрыва метана, которые специалисты называют самыми масштабными в постсоветской России. После первого взрыва около 360 шахтеров оказались заблокированными под землей, спустя несколько часов произошел второй взрыв, оставивший шахту без воздуха и разрушивший даже часть наземных построек.

Цель исследования. Проанализировать частоту повреждения органа слуха у пострадавших шахтеров при взрывах метана и оценить эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования. под нашим наблюдением находится 141 пострадавший на шахте ОАО «Распадская». Средний возраст шахтеров (на момент взрыва) - 35 лет. Все пострадавшие горняки были экстренно госпитализированы в специализированные отделения г.Междуреченска, г.Новокузнецка, ФГБЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий и г.Москвы. У 92,2% пострадавших были комбинированные травмы с различными механическими и термическими повреждениями. При поступлении шахтерам проводился осмотр ЛОР-органов, по мере возможности - аудиометрия. В момент травмы термические ожоги ушных раковин были у 51 (36%), острая нейросенсорная тугоухость различной степени выраженности у 106 (75%), разрывы барабанной перепонки у 13 (9,2%). Всем пострадавшим проведено комплексное лечение включающее противоневритную терапию, при необходимости - местное противовоспалительное лечение. Наблюдение и лечение пострадавших шахтеров продолжено на протяжении последующих лет. В качестве сравнения мы обследовали группу шахтеров, 107 человек, статистически достоверно не отличавшихся по возрасту, условиям работы и стажу. Основные профессиональные вредности в обеих группах: производственный шум при проведении подземных работ; общая и локальная вибрация; угольная пыль и изменения температуры внешней среды.

Полученные результаты: оценка результатов лечения проводилась на основе повторных обследований шахтеров в сроки от месяца до двух с половиной лет на основе отоскопических и аудиологических данных. Из пострадавших шахтеров 15 человек уволились с предприятия по различным причинам (в том числе и по состоянию здоровья). Выздоровление наступило у 53 (37,6%) пострадавших. Нейросенсорная тугоухость сохранилась у 66 (46,8%), при этом у 6 (4,3%) из них, через 1,5-2 года, наступило резкое ухудшение слуха - что привело к потере специальности и выведению из шахты. Патология звукопроведения регистрируется у 6 (4,3%) человек. У 1 (0,7%) пострадавшего сохраняется стойкая перфорация барабанной перепонки - от предложенного хирургического лечения больной отказывается. В группе сравнения патология органа слуха не выявлена у 70 (65,4%) человек. Несущественные аудиологические отклонения на речевых частотах на 5 дБ от возрастной нормы слуха - 13 (12,1%) человек. С патологией слуха от воздействия шума 24 (22,4%) пациентов. Из них без отрицательной динамики слуха 14 и с небольшой отрицательной динамикой 10 человек. В группе сравнения, случаев резкого ухудшения слуха с потерей специальности и выведения из шахты не было.

Выводы.

Поражения органа слуха, при взрывной шахтовой травме, не являясь угрожающим жизни повреждением в момент травмы, со временем становится одной из основных причин потери

трудоспособности. Это обстоятельство диктует необходимость тщательного сурдологического обследования всех пострадавших шахтеров, осуществления динамического наблюдения и активного их лечения на протяжении длительного времени.

Павлова Н.В., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА У СТУДЕНТОК ПОСЛЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА

Во время экзаменационных сессий у 24% студенток наблюдаются разной степени выраженности нарушения менструального цикла (МЦ). Они являются следствием торможения в гипоталамусе, вырабатывающего кортиколиберины, необходимые для синтеза гонадотропинов в гипофизе. В силу ослабления тормозящего влияния коры на гипоталамус происходит увеличение концентрации пролактина.

Уменьшение концентрации эстрадиола при отклонениях в МЦ сопровождаются изменением содержания минеральной плотности костей (МПК) скелета. Поэтому особенно важно следить за МПК в пяточной кости и позвоночнике, так как на них приходится значительная осевая нагрузка и поэтому могут возникать переломы, которые при занятиях физкультурой обычно истолковываются, как нарушения техники безопасности.

Под наблюдением находились 300 студенток факультета педагогики Шадринского государственного педагогического института в возрасте 17-19 лет. Для оценки основных показателей МЦ, использовали специально составленную анкету. По результатам анкетирования диагноз о наличии нарушения МЦ ставила врач-гинеколог.

Концентрацию гормонов и пролактина определяли методом радиоиммунологического анализа. Количество минеральных веществ в скелете измеряли на костном денситометре.

Установлено, что МПК всего скелета не изменена при пройоменорее, гипоменорее и полименорее. Небольшие изменения (6%) были впервые обнаружены при гиперменорее. Далее следовали расстройства МЦ с нарастающим дефицитом МПК - опсоменорея (-21%) и аменорея (-28%).

В отдельных частях скелета изменения МПК были следующими.

Поясничный отдел позвоночника. Изменения отсутствовали при пройоменорее, гипоменорее и полименорее. Минимальный дефицит минералов (-5%) был при гиперменорее. Более существенные изменения, чем во всем теле, обнаружены при опсоменорее (-29%) и аменорея (-34%). Обусловлено это тем, что в позвоночнике - преимущественно трабекулярная ткань.

Шейки бедренных костей. Здесь изменения минимальные и выявляются только при опсоменорее (-7%) и аменорее (-10%), что обусловлено наличием преимущественно компактной кости. При опсоменорее МПК шеек бедренных костей изменялась не столь существенно по сравнению с поясничным отделом позвоночника.

Пространство Варда (названо по имени автора). Расположено в центре основания шейки (центр межвертельной линии) между линиями прохождения силовых нагрузок. МПК в этом квадрате имеет наибольшее отношение к прочности проксимальной трети бедра, всей шейки, в том числе и ее медиальной стороны. Здесь изменения обнаружены даже при полименорее (-8%) и гиперменорее (-11%). По всем остальным уже описанным нарушениям изменения были более выраженными: при опсоменорее МПК снижено на 33% и аменорее - на 37%.

Большой вертел. При гиперменорее величина снижения составила 5%, при опсоменорее - 21%, аменорее - 28%. Таким образом, в большом вертеле повторяются отчетливые изменения, типичные для других частей скелета.

Диафиз бедренной кости. В части его в проксимальной трети при полименорее снижение минералов составило - 5%, такая же величина при гиперменорее. При опсоменорее дефицит минералов - 12%, аменорее -18%. Эти исследования показали, что при длительных нарушениях МЦ деминерализация может происходить не только в трабекулярной, но и в

компактной кости.

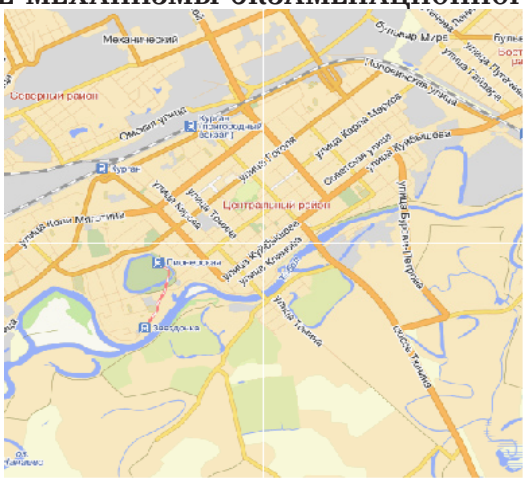
МПК всей проксимальной трети бедренной кости. При таком обследовании снижение минералов обнаружено и при гипоменорее (7%). Такие же значения при полименорее и гиперменорее. Меньшими были значения при опсоменорее (11%) и аменорее (24%).

Таким образом, длительное время сниженная концентрация половых гормонов приводит к деминерализации костей скелета. Наиболее четко она проявляется в трабекулярной ткани (позвоночник, большой вертел, нижняя треть лучевой кости, пяточная кость), где активно протекают обменные процессы.

Павлова Н.В., Свешников А.А.

Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА



Процесс подготовки и сдачи экзаменов вызывает у большинства студентов существенный эмоциональный стресс. Проблема изучения и коррекции его гораздо шире простого исследования поведения студентов и школьников на экзамене. Он является достаточно удобной и многократно воспроизводимой моделью эмоционального стресса, действие которого опосредуется и модифицируется типом высшей нервной деятельности, уровнем самооценки и личностными факторами. Поэтому изучение механизмов развития и динамики экзаменационного стресса, выяснение взаимосвязи отдельных реакций стресса с конкретными личностными особенностями является тем инструментом, при помощи которого могут быть вскрыты механизмы взаимосвязи физиологического и психического аспектов свойственных человеку, а понимание этих механизмов позволит разрабатывать более эффективные методы коррекции неблагоприятных функциональных состояний человека.

Под наблюдением находились 300 студенток факультета педагогики Шадринского государственного педагогического института в возрасте 17-19 лет. Эмоциональное состояние у них определяли до начала сессии, перед заходом в аудиторию, где проходил экзамен, и сразу после сдачи экзамена. Концентрацию гормонов крови определяли методом радиоиммунологического анализа. Состояние менструального цикла (МЦ) оценивали по специально составленной анкете. Заключение делал гинеколог.

Экзаменационную тревожность, как одну из форм тревожности, изучали по методике Г.Ш. Габдреевой и А.О. Прохорова (2004). Для выявления тревожной напряженности применяли следующие психологические тесты:

1. Личностный опросник Айзенка, адаптированный Панасюком, который позволяет по показателям нейротизма выявлять эмоциональную неустойчивость, отражающую в значительной степени выраженность тревожности.

2. Личностный опросник Кэттелла (16-факторный), дающий возможность по фактору Q4 судить о напряженности и фрустрированности, по фактору N - о неуверенности, тревожности и мрачных опасениях.

3. Тест Спилбергера-Ханина для оценки преддиспозиционного эмоционального состояния и актуальной тревожности.

4. Тест выбора цвета Люшера для получения эмоциональной характеристики о себе и окружающих людях.

5. Методику незаконченных предложений, которая выявляет душевное беспокойство и его соматические проявления.

Результаты показали, что для студенток был характерен средний уровень тревожности. Для большей части из них была свойственна эмоциональная неустойчивость, которая выражалась в склонности к быстрой смене настроения, беспокойстве, что порождало неустойчивость в стрессовых ситуациях. Уровень ситуационной тревожности перед экзаменом положительно коррелировал с показателем индекса напряженности регуляторных систем, а также с нормированной мощностью высокочастотных волн в норме (HF%): $r=0,2$ ($p<0,05$). Отрицательная корреляция наблюдалась между уровнем тревожности и абсолютной мощностью низкочастотной составляющей сердечного спектра (LF), зафиксированной перед экзаменом ($r=-0,24$, $p<0,05$) и абсолютной мощностью сверхнизкочастотной составляющей сердечного спектра (VLF) ($r= -0,31$, $p<0,05$). Поэтому можно отметить, что чем больше в покое была относительная доля высокочастотных волн, тем более выражена тревожность перед экзаменом. Между уровнем страха (как интегральным показателем, так и отдельными шкалами) и показателями ВСР отмечались определенные корреляции. Так, например, относительная мощность LF колебаний (в процентах от всей мощности спектра) отрицательно коррелировала с интегральным показателем страха ($r = -0,28$, $p<0,05$), со «страхом перед экзаменами» ($r = -0,30$; $p<0,05$), в то время как подобные корреляции в отношении других актуальных страхов не отмечались.

Гормональные механизмы экзаменационного стресса, в отличие от других стрессовых состояний, характеризовались повышенной концентрацией адреналина, паратиреоидного гормона, гастрина, инсулина, сочетающихся с высоким содержанием кортизола и остеокальцина.

При преобладании у студенток тревожности, страха, депрессии и астении психолог должен создавать для них индивидуальные вербальные схемы психической активности и обучать умению переносить тревожность в область межличностных отношений и коммуникативных связей.

Наличие корреляции между психологическими и физиологическими параметрами позволяет судить по психологическим тестам о характере изменения физиологических функций.

Пепеляева Т.В., Синькова М.Н., Исаков Л.К., Тарасов Н.И., Тепляков А.Т.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН г.Томск, Россия

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МНОГОСОСУДИСТОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Цель исследования. Изучение влияния препарата («Омакор») омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (щ-3 ПНЖК) на течение ИБС на фоне многососудистого стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (КА).

Материалы и методы исследования. Проанализированы 101 пациент (55 женщин, 46 мужчин) в возрасте от 35 до 70 лет, с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым во время проведения экстренного ЧКВ было выявлено многососудистое (стенозирующий атеросклероз 2-х и

более коронарных артерий) поражение коронарных артерий и проведена ЧТКА со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии. Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-я группа (n=68) - пациенты оптимальной консервативной терапии (группа контроля); 2-я группа (n=33) - пациенты, которым был добавлен препарат «Омакор». Стандартная медикаментозная терапия в обеих группах включала: β-адреноблокаторы, пролонгированные формы антагонистов кальция, нитратов и их комбинации, ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину, статины - в индивидуально подобранных дозировках.

На протяжении всего периода наблюдения (36 месяцев) у всех пациентов качество жизни оценивалось с помощью специфической методики/вопросника для оценки качества жизни больных с ХСН - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Результаты исследования. Исходно показатели качества жизни не различались в исследуемых группах и составили 44,8 баллов в 1-й группе (группа контроля) и 46,1 балл во второй группе ("Омакор"). Через 36 месяцев наблюдения качество жизни достоверно ($p<0,03$) улучшилось в обеих группах наблюдения, но наиболее в группе с добавлением "Омакора" (с 44,8 до 31,2 и с 46,1 до 24,4 баллов соответственно).

Выводы.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что длительное (36 месяцев) применение препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (щ - 3 ПНЖК) на примере препарата «Омакор» существенно улучшает качество жизни у пациентов ИБС

Таким образом, применение препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот («Омакор») у пациентов ИБС на фоне многососудистого стенозирующего атеросклероза коронарных артерий следует расценивать как возможную, безопасную составляющую комплексной медикаментозной терапии.

Писаренко М.С., Есимова И.Е.
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г.Томск, Россия

СОДЕРЖАНИЕ ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА T-BET В Т-ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ПРИ IL-12/IL-27-ИНДУКЦИИ IN VITRO У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Актуальность. Ключевым моментом в формировании иммунного ответа на M. tuberculosis принято считать созревание наивных Т-лимфоцитов в Th1-клетки, отличительной особенностью которых является их способность секретировать интерферон γ (IFN-γ). Синтез IFN-γ находится под контролем транскрипционного фактора T-bet - специфического активатора дифференцировки Th1-лимфоцитов и экспрессии гена IFNG. Вместе с тем, сведения, касающиеся нарушений механизмов внутриклеточной сигнальной трансдукции при туберкулезе легких, носят несистематизированный характер и не позволяют однозначно оценить наличие патологических изменений, приводящих к нарушению активности Th1-лимфоцитов при данном заболевании.

Цель исследования. Оценить содержание IL-12/IL-27-индуцированных in vitro Т-лимфоцитов крови, содержащих активную форму внутриклеточного транскрипционного фактора T-bet, у больных инфильтративным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования. В программу исследования вошли 49 пациентов (42 мужчины и 7 женщин) с впервые выявленным инфильтративным лекарственно-чувствительным (ЛЧ) и лекарственно-устойчивым (ЛУ) туберкулезом легких (ТЛ) в возрасте 20-55 лет, разделенные на группы в зависимости от чувствительности M. tuberculosis к основным противотуберкулезным препаратам. Группу сравнения составили 35 здоровых добровольцев с сопоставимым и возрастно-половыми характеристиками. Материалом исследования служили лимфоциты периферической крови, взятой утром натощак из локтевой вены. Выделение клеток осуществляли методом центрифугирования на градиенте плотности фиколл-урографина ($\rho=1,077$ г/см^3). Разделение мононуклеаров на моноциты и лимфоциты проводили методом адгезии к пластику. Жизнеспособность выделенных лимфоцитов (по данным трипанового теста)

составляла 97%. Культивирование клеток проводили в полной питательной среде в CO_2-инкубаторе при температуре 37°С в течение 60 мин с добавлением в клеточную культуру рекомбинантных IL-12 (20 нг/мл) и IL-27 (10 нг/мл). Количество Т-лимфоцитов, содержащих активную форму транскрипционного фактора T-bet, оценивали методом двухцветной проточной цитофлуориметрии. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных алгоритмов биометрии.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено снижение (p1<0,001) относительного и абсолютного числа $CD3^+T\text{-}bet^+$ лимфоцитов у больных инфильтративным ТЛ относительно показателей в группе контроля, наиболее выраженное при ЛУТЛ. Численность $CD3^+T\text{-}bet$ лимфоцитов не отличалась от контрольных значений. Исключение составили пациенты с инфильтративным ЛУТЛ, у которых регистрировалось увеличение относительного количества $CD3^+T\text{-}bet$ клеток в ответ на IL-12/IL-27-индукцию in vitro (p1<0,01).

Выводы.

Инфильтративный туберкулез легких сопровождается снижением числа $CD3^+T\text{-}bet^+$ лимфоцитов крови в ответ на IL-12/IL-27-индукцию клеток in vitro. Дефицит $CD3^+T\text{-}bet^+$ клеток наиболее выражен при лекарственно-устойчивом варианте инфильтративного туберкулеза легких.

Попова Т.А., Хайрединова О.П., Первова Н.Г.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-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. По данным авторов (Е.В. Гембицкий, 1994 г.; Н.Н. Малиновский, 1979 г.; К.И. Мишкин 1987 г., Г.Д. Шушков, 1972 г.) повреждения сердца встречаются от 3% до 67% пострадавших с закрытой травмой грудной клетки. Отношение частоты у мужчин и женщин составляет 2,7:1. Повреждения сердца происходят в 70,9% автомобильных аварий, 9,5% травм пешеходов, 7,8% мотоциклетных аварий, 7,6% падений с высоты. 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.). По данным А.В. Забурова с соавторами, 2000 г. летальность при закрытой травме груди составляет 26,9%, а в сочетании с ушибом сердца 54,3%.

Цель исследования. Проанализировать частоту встречаемости и виды повреждений сердца при политравме в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на ретроспективном анализе 287 пациентов с политравмой, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ФГБЛПУ «НКЦ ОЗШ» за период 2008-2009 гг. Средний возраст пациентов составил 45,8 лет, мужчин 71,7% (n=206), женщин 28,2% (n=81). По тяжести состояния доминирующими были черепномозговая, торакальная и опорно-двигательного аппарата травмы.

Клинически патология сердца в раннем постравматическом 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).

Результаты исследования. В 2008 г. пролечено 182 пациента с политравмой, из них 100 человек (88,2%) с травмой органов грудной клетки, у 13 человек (7,14%) диагностцировали ушиб сердца, у 2 (1,09%) развился острый инфаркт миокарда, у 1 (0,5%) - травма осложнилась аритмогенным шоком. В течении 2008 г. летальный исход имел место у 21 пациента (11,53%). За 2009 г. наблюдалось с политравмой 105 человек, травма грудной клетки диагностцирована

у 79 человек (89,7%), ушиб сердца - у 8 (7,6%), посттравматическая миокардиодистрофия у 1 (0,95%) пациента.

Выводы.

Для исключения или потверждения 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.

Портнов Ю.М., Семенов С.Е., Коков А.Н., Сырова И.Д., Барбараш О.Л.
НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Операция коронарного шунтирования (КШ) является радикальным методом лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Данный вид оперативного вмешательства наиболее часто проводится в условиях искусственного кровообращения (ИК). Послеоперационный период сопровождается снижением когнитивных функций головного мозга. В причинах этого явления мы постараемся разобраться.

Цель исследования. Оценка динамики показателей церебрального кровотока до операции КШ в условиях ИК в ранний послеоперационный период (2-е сутки) у больных ИБС.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 20 мужчин (средний возраст 56,5±6,2 лет) без острой неврологической и нейрохирургической патологии, направленных на проведение МСКТ-перфузии головного мозга. Исходно в неврологическом статусе пациентов наблюдались следующие синдромы: астенический - у 8 пациентов, вегетативной дисфункции - 12, вестибулопатии - 6 и вестибулоатаксии - 6.

Всем пациентам по существующему протоколу проводили МСКТ-перфузию головного мозга на мультиспиральном компьютерном томографе (64 ряда детекторов) с внутривенным болюсным введением рентгеноконтрастного препарата (концентрация Y 350 мг/мл) в кубитальную вену. Оценку показателей перфузии проводили с помощью приложения NeuroPCT, входящего в пакет программного обеспечения независимой рабочей станции. При проведении исследования осложнений отмечено не было. Определяли следующие параметры: церебральный кровоток (CBF, мл/100 г х мин), церебральный объем крови (CBV, мл/100 г), время до достижения максимальной (пиковой) концентрации контрастного вещества (TTP, с), выбранные показатели измерялись в следующих симметричных корковых и субкортикальных зонах: бассейн ПМА, задняя треть нижней лобной извилины (M1), задняя часть верхней височной извилины (M2), задний стык (M3), островковая зона, бассейн ЗМА, лентикулярные ядра, таламус. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью непараметрического критерия Вилкоксона с использованием программного продукта.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде отмечено достоверное (при $p<0,05$) ухудшение неврологической симптоматики: астенический и вегетативной дисфункции наблюдались у всех пациентов, вестибулоатаксический - у 11 пациентов.

Отмечено достоверное (при $p<0,05$) увеличение показателя CBF в задней части верхней височной извилины слева, области заднего стыка слева, показателя CBV в задней части верхней височной извилины слева, области заднего стыка слева, в задней части верхней височной извилины справа, области заднего стыка справа, уменьшение показателя TTP в задней трети нижней лобной извилины слева, в задней части верхней височной извилины слева, в области заднего стыка, лентикулярных ядрах, островке также слева.

Выводы.

Полученное достоверное изменение показателей перфузии на 2-е сутки после операции КШ говорит об увеличении церебрального кровотока и, вероятнее, наличии синдрома реперфузии, что подтверждается ухудшением неврологического статуса.

Раудина С. Н., Семенихин В.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение»
Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА

Концепция исследования КЖ в медицине, предложенная Минздравом РФ (2001 г.), объявлена приоритетной, приоритетными признаны и научные исследования КЖ, проводимые при помощи универсальных инструментов, отвечающих требованиям социальных, региональных и языковых различий. Несмотря на это, исследование КЖ в отечественном здравоохранении применяется пока недостаточно широко, особенно это касается профпатологии.

Одним из основных факторов, определяющих показатель КЖ, выступает субъективная оценка здоровья, которое рассматривается как ресурс продуктивной жизнедеятельности на благо социума.

В настоящее время ясно, что достижение эффекта повышения КЖ должно быть основной и единственной целью медико-социальных вмешательств.

В Кузбассе более 70% рабочих мест, с неблагоприятными условиями труда предоставляет угольная промышленность. За период с 2008 по 2011 гг., отмечается стойкая позиция нейросенсорной тугоухости на 3-м месте.

Цель исследования. Изучить влияние нейросенсорной тугоухости профессионального генеза на качество жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса на основании оценки основных симптомов.

Материалы и методы исследования. Нами были исследованы 98 пациентов, которые проходили обследование и лечение в профпатологическом отделении ФГБЛПУ «НКЦ ОЗШ». Из 98 пациентов 54 человек проходили обследование, для выявления заболеваний связанных с профессией. У 44-х пациентов заболевание связали с профессией в прошлом году или более. Из них 15 пациентов с одним заболеванием профессионального генеза хронической Нейросенсорной тугоухостью, а остальные 29 пациентов имели несколько заболеваний слизанных с профессией, что составило, по две нозологии 28 и 1 пациент - 3 нозологии.

Нами были сформированы 2-е группы для возможности сравнения:

1 группа - пациенты с заболеванием, связанным с профессией:

А - с одной нозологией, Б - с 2-мя нозологиями, В - с 3-мя нозологиями;

2 группа - пациенты, работающие в контакте с вредными условиями, но у которых еще не связали заболевание с профессией, группа риска.

Пациентам предложено заполнить анкету, где они должны оценить свои симптомы заболевания по 10 балльной шкале, затем оценить, также по 10 балльной шкале, насколько эти симптомы влияют на качество жизни.

Выводы.

Качество жизни пациентов с нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза значительно снижено, даже если заболевание является единственным.

1. Количество нозологий в диагнозе профессионального заболевания прямо пропорционально степени выраженности снижения качества жизни. Что в дальнейшем должно отразиться на плане реабилитации пациента.

2. В 1-й группе степень выраженности снижения качества жизни пациентов с нейросенсорной тугоухостью не превышает степень выраженности симптомов.

3. Во 2-й группе степень выраженности снижения качества жизни пациентов с нейросенсорной тугоухостью превышает степень выраженности симптомов, что свидетельствует о психологической незащищенности и отсутствии полноценной реабилитации пациента.

Рытик Л.Л., Наконечная А.В., Силонова А.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ "ФУРАМАГОМ" ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Инфекции мочевых путей встречаются у более чем половины женщин, хотя бы один раз в жизни, а 25-30% женщин репродуктивного возраста имеют анамнестические указания на острый цистит. Что касается мужчин, то у них инфекции мочевых путей (ИМП) особенно часто встречаются при обструктивных нефропатиях, а у детей с аномалиями мочевой системы, рефлюксами, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

Цель исследования. Изучение эффективности терапии фурамагом инфекции мочевых путей (ИМП) у женщин. Для лечения ИМП использовался фурамаг, нитрофурановый препарат, известный с 80-ых годов прошлого века, зарегистрированный в России в 2002 г. Выбор препарата был сделан с учетом некоторых уникальных свойств: нитрофураны угнетают клеточное дыхание и препятствуют росту и размножению бактерий, медленное развитие резистентности к нитрофуранам, широкий спектр антибактериального действия, отсутствие цитотоксического действия на здоровые ткани, способность к уменьшению патогенной колонизации в желудочно-кишечном тракте, хорошая переносимость препарата.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 14 пациенток с неосложненной ИМП, получавших терапию фурамагом в дозе 100 мг в сутки в течение 5 дней. Возраст пациенток составил от 18 до 80 лет, из них 57,1% (n=8) - женщины репродуктивного возраста, 42,9% (n=6) - в периоде менопаузы. У всех больных проводилась рутинная диагностика ИМП, а также лабораторный контроль выздоровления. Обследование включало общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, антибиотикограмму, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Оценивали азотовыделительную функцию почек по уровню мочевины, креатинина, проводили расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта. Выбор антибактериального средства осуществлялся с учетом того, что в период предшествующего обострения заболевания пациенты принимали антибиотик из группы полусинтетических пенициллинов, учитывался и тот факт, что резистентность основных уропатогенов к фурамагу отсутствует.

Результаты и обсуждение. Артериальная гипертензия 1-2 ст. диагностирована у 50% (n=7) больных, у 21,4% (n=3) пациентов - сахарный диабет 2 типа, диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии, хроническая болезнь почек 2 стадии. Предрасполагающими факторами ИМП у исследуемых женщин репродуктивного возраста были: у 37,5% (n=3) - наследственная предрасположенность, 25% (n=2) - начальный период замужества (дефлорация), у 25% (n=2) - анатомические изменения (нефроптоз, дистопия почки), у 12,5% (n=1) - поздний послеродовый период. В остальных случаях предрасполагающими факторами развития ИМП были: женский пол, сахарный диабет, пожилой и старческий возраст. Клиническая картина заболевания была выражена слабо и проявлялась дизурией, в виде странгурии и поллакиурии, а так же дискомфортом в надлобковой области. У больных с сахарным диабетом ИМП протекала бессимптомно. У всех пациентов до начала лечения фурамагом проводилось бактериологическое исследование мочи, у 71,4% (n=10) больных выявлена E.Coli 103-104 КОЕ в 1 мл, у 14,3% (n=2) - Proteus mirabilis, у остальных микрофлора не выделялась. Изменения со стороны общего анализа крови и азотовыделительной функции почек не было. Мочевой синдром был представлен минимальной протеинурией у 42,9% (n=6) больных, лейкоцитурией 8-12 в поле зрения у 71,4% (n=10). Лейкоцитурия по Нечипоренко составила 8000±1500 в мл, средние значения СКФ - 112±7 мл/мин. По УЗИ почек и мочевого пузыря изменения не регистрировались. Через 5 дней после начала приема фурамага положительная динамика со стороны клинических проявлений отмечалась у 93% (n=13) пациентов, анализ мочи нормализовался у 100%. Нежелательные побочные эффекты в виде слабости, чувства «дурности», головокружения встретились только в 1 случае у пациентки пожилого возраста.

Выводы.

Лечение неосложненных ИМП фурамагом в виде монотерапии на амбулаторном этапе

представляется обоснованным и эффективным, особенно в тех случаях, когда на предшествующем этапе лечения воспалительных заболеваний, не только ИМП, применялись другие антибактериальные средства, к которым резистентность, в частности, E.Coli, к таким препаратам как амоксициллин, амоксиклав, ко-тримоксазол и даже к некоторым фторхинолонам.

Савилова В.В., Долгих В.Т., Совалкин В.И.
Омская государственная медицинская академия
г.Омск, Россия

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА НА ДИНАМИКУ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИММУНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре причин выхода на инвалидность. Наиболее частой причиной ишемической болезни сердца является атеросклеротический процесс, который наблюдается в 95-97% случаев. В последние годы активно разрабатывается проблема о патогенетической значимости нарушения липидного обмена, воспаления и иммунных реакций в развитии атеросклероза. Отсутствие должного внимания со стороны клиницистов и недостаточное медикаментозное воздействие на эти патогенетические факторы сохраняет тенденцию неуклонного прогрессирования заболевания.

Цель исследования. Попытаться с помощью раннего назначения аторвастатина в различных дозировках улучшить показатели липидного обмена и иммунореактивности организма у больных с острым инфарктом миокарда.

Обследовано и пролечено 110 человек, разделенных на четыре группы: две основные (I и II), группу сравнения (III) и контрольную (IV). В основные группы было включено 60 больных (45 мужчин и 15 женщин), поступивших по неотложной помощи в кардиологическое отделение (в блок интенсивной терапии) Городской клинической больницы скорой медицинской помощи N 1 г. Омска (средний возраст 55,2±5,85 лет) в течение первых суток впервые развившегося острого инфаркта миокарда. Больные, получавшие аторвастатин, были разделены на две группы по 30 человек в каждой. В I группе пациентам, помимо стандартной терапии, назначали аторвастатин по 10 мг в сутки, а II группы - по 20 мг в сутки. 30 пациентов III группы получали стандартную терапию.

Выявление показателей липидного обмена и иммунного статуса у пациентов проводили с помощью стандартизированных методик: определение иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA) и С-реактивного белка в сыворотке крови осуществляли методом турбидиметрии на автоматическом биохимическом анализаторе; общее количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определяли по Дижону; биохимический анализ крови с определением уровня общего холестерина, липопротеинов низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП) и высокой (ЛПВП) плотности и триглицеридов (ТГ) проводили ферментативным методом на биохимическом анализаторе Immunochemistry Systems (Beckman Coulter, США). Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc.). Нормальность распределения данных проверяли критерием Шапиро-Уилкса. Непрерывные величины были представлены в виде медианы и 25 и 75 процентилей (Me, 25-75%), для статистической их обработки были использованы непараметрические критерии.

У пациентов через 16-18 суток ежедневного приема аторвастатина в дозе 10 мг/сутки отмечалось достоверное улучшение исходно нарушенных показателей липидного обмена: уменьшение содержания общего холестерина на 16,6% и триглицеридов на 22,0%. Концентрация ЛПНП и ЛПОНП в среднем снизилась на 15,6% и 17,5% соответственно, а концентрация холестерина ЛПВП возросла на 20,9%. Прием пациентами аторвастатина в дозе 20 мг/сутки способствовал более выраженной нормализации липидного обмена: уровень ЛПОНП в отличие от группы I (где их уменьшение составило 17,5%) снизился на 40,5%, а концентрация триглицеридов достигла значений, статистически значимо не отличавшихся от группы контроля. Остальные показатели обмена липидов в группе II имели лишь тенденцию к снижению относительно значений группы I, а уровень ЛПВП, напротив, незначительно превышал значения,

достигаемые на 16-18-е сутки терапии аторвастатином в дозе 10 мг/сутки.

В ходе проведенного исследования установлено, что аторвастатин снижает концентрацию С-реактивного белка вне зависимости от дозы (10 или 20 мг/сутки) в среднем на 45-50%. Отмечалось достоверное уменьшение IgM в среднем на 32,2%, тенденция к снижению концентрации IgA. В отношении IgG статистически значимых отличий как между группами, так и при динамическом наблюдении получено не было. Содержание в крови циркулирующих иммунных комплексов в зависимости от дозы препарата снижалось к 16-18-му дню терапии на 30,8% или 36,9% (соответственно группа I и II). Переносимость терапии с ранним включением разных доз аторвастатина была удовлетворительной, ни у одного пациента не было отмечено нежелательных явлений, а также увеличения в сыворотке крови АсАТ, АлАТ, общего билирубина и креатинина.

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, ранняя терапия аторвастатином на протяжении 16-18 дней улучшала липидный профиль сыворотки крови независимо от дозы препарата. Обнаруженные сдвиги в системе иммунитета (уменьшение признаков, характеризующих интенсивность воспалительной реакции) могут быть связаны с воздействием аторвастатина на патогенетические факторы, присущие атеросклерозу, как морфологическому субстрату ишемической болезни сердца. Для более точного ответа требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

Санкина Е.А., Петров К.Б.

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
г.Новокузнецк, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕФЛЕКТОРНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ

В течение ряда лет нами разрабатываются концепции неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов (НРМС) при патологии мышечно-скелетной системы и внутренних органов. При этом различаются НРМС стволового и спинального уровня организации. Образцом спинальных НРМС можно считать сухожильно-мышечные меридианы (СММ) китайской медицины.

Для диагностики состояния канально-меридианальной системы в традиционной восточной медицине используются методика пульсовой диагностики, исследование Шу и Мо пунктов, а также осмотр и пальпация микропунктурных зон. Их субъективизм и слабая доказательность очевидны.

Недавно для объективизации топографии изучаемых неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов и состояния мышечно-сухожильных меридианов нами был предложен специальный програмно-аппаратный способ ультразвуковой диагностики мышц.

Цель исследования. Уточнение ценности метода ультразвукового исследования по сравнению с визуально-пальпаторным способом диагностики неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 23 пациента (20 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 24 до 64 лет (в среднем - 42,6±3,8 лет). Первичный диагноз устанавливался путем классического нейро-ортопедического обследования. Критерием включения во всех случаях было наличие синдрома плечелопаточного периартроза на фоне шейного остеохондроза.

Всем обследуемым проводилось визуально-пальпаторная диагностика спинальных и стволовых НРМС. Заинтересованные сухожильно-мышечные меридианы определялись методом скользящей пальпации в виде цепочки уплотненных мышц или их отдельных пучков. Исследование стволовых НРМС туловища проводилось методами ладонного обхватывания и пальцевого надавливания.

Ультразвуковое исследование выполнялись в режиме 2D аппаратом ACCUVIX V20-RUS «MADISON», оснащенным мультичастотным линейным датчиком частотой 5 мГц с максимальной глубиной проникновения в мягкие ткани до 4 сантиметров.

Статистическая обработка проводилось методами сравнительного и корреляционного анализа для связанных выборок с помощью пакета «STATISTICA-6». Учитывая небольшую численность исследуемой группы, для повышения надежности выводов НРМС, выявленные справа и слева, суммировались.

Результаты исследования. По данным визуально-пальпаторной диагностики достоверно, чаще встречались СММ группы «три ян руки» (36%). На втором месте - группа меридианов «три инь руки» (30%), на третьем - «три ян ноги» (15%). Реже всех выявлялись меридианы группы «три инь ноги» (2%). Синергии руки и туловища диагностировались с примерно одинаковой частотой (8 и 9% соответственно). Учет данных УЗИ также выявил доминирование СММ «три ян руки» (35%). Группа «три ян ноги» занимала второе место (21%); иньские тройки меридианов руки и ноги набрали по 18%, а синергии руки и туловища оказались в аутсайдерах (5 и 3% соответственно).

Выводы.

1. У больных шейным остеохондрозом с синдромом плечелопаточного периартроза, по данным визуально-пальпаторной диагностики с наибольшей частотой выявляются СММ группы «три ян руки». За ними в порядке убывания следуют меридианы группы «три инь руки», «три ян ноги», стволовые НРМС туловища, синергии руки, группа «три инь ноги».

2. В том же контингенте больных с помощью УЗИ получены близкие результаты, только группа «три ян ноги» занимает второе место, незначительно доминируя над иньскими ручными и ножными меридианами.

3. Программно-аппаратный комплекс для ультразвуковой диагностики НРМС доказал свою объективность и информативность в сравнении с традиционной пальпацией.

Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ОСТЕОПОРОЗ - СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ БОЛЕЗНЬ

Первым в России в 1974 году приобрел пальцевой костный денситометр (прообраз сегодняшнего костного денситометра) институт Г.А. Илизарова, а в 1985 году был получен уже современный дихроматический костный денситометр. Вот как работу в этот период охарактеризовал Г.А. Илизаров: «Полна творчества, энтузиазма работа руководителя отдела А.А. Свешникова, где на уникальнейшем оборудовании проводятся важные научные исследования». Огромный материал дал мне основание высказать идею о возможности профилактики переломов на основе точной количественной оценки минеральной плотности костей скелета. Вот что написал в нашей областной газете «Советское Зауралье» корреспондент В. Гавриш: «А.А. Свешников стал первым в нашей стране человеком, чья идея о профилактике переломов занесена в компьютерный банк идей СССР, созданный Всесоюзным фондом социальных изобретений и Государственным комитетом по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР. Регистрационный номер идеи N 3972 от 31.10.87 г. Опубликована она в Банке идей СССР в N 1 за 1988 год. Для быстрейшего внедрения идеи в жизнь она неоднократно развивалась в статьях, опубликованных в «Медицинской газете», «Советской России», «Советском Красном Кресте». Результаты для внедрения были направлены в программу «Здоровье населения России». Предложение было принято, меня избрали в этой программе экспертом по новой технике, а Российского общества по остеопорозу членом Президиума и редакционного совета журнала «Остеопороз и остеопатии». Первый грант РФФИ на реализацию этой идеи наш центр получил в 2001 году. Исполнение других вариантов проблемы поощрялось грантами в течение 9 лет. Опубликовано было 1070 статей. Современные проблемы изложены в статье «Решение проблемы остеопении и остеопороза в остеологии» (журнал ВАК «Фундаментальные исследования». 2012, N 8, часть 1. С. 25-30). Изданы в РАЕ монографии: «Минеральная плотность костей скелета, масса мышц и проблемы профилактики переломов», 2013 г.; «Основные закономерности в изменении минеральной плотности костей скелета», 2012; «Психофизиология стрессовых состояний при травмах опорно-двигательной системы, 2012; «Менструальный цикл и репаративное костеобразование», 2012; «Половая функция мужчин при чрескостном остеосинтезе», 2013 г.

25.09.2012 г. на II Саммите организаций по остеопорозу стран СНГ ведущие врачи стран обратились к правительствам и минздравам своих стран с предложением признать остеопороз социально значимым заболеванием и принять конкретные меры для борьбы с ним

в связи с высокой распространенностью и тяжестью социально-экономических и медицинских последствий. Во всех странах недостаточно оборудования (денситометров), да и диагностика в большинстве случаев недоступна для населения.

13 декабря 2012 года в Комитете по охране здоровья Государственной думы РФ состоялся круглый стол, посвященный медико-социальным проблемам старения населения. Присутствовавшая здесь Президент Российской ассоциации по остеопорозу профессор Ольга Лесняк призвала участников обратить пристальное внимание на проблему остеопороза. Было принято решение обсудить этот вопрос специально. Совещание (круглый стол) на эту тему в Государственной Думе состоялось 25.12.2012 г. Как отметила на О. Лесняк у нас в стране всего 167 костных денситометров, половина из которых находится в Москве. Остальные в крупных региональных больницах, что ограничивает возможность ранней диагностики заболевания для большинства жителей страны. Было принято решение о том, что остеопороз должен быть признан социально значимым заболеванием. Российская ассоциация по остеопорозу подготовит свои предложения для Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ по внедрению стандартов лечения и вариантам решения проблемы на уровне государства, а также примет участие в работе по формированию законодательных инициатив.

Серегина О.Б., Скворцова Н.В., Коптев В.Д., Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И.
Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Актуальность. Цитокины не только осуществляют взаимосвязь иммунокомпетентных клеток в иммунном ответе и принимают участие в гемопоэзе, но и, воздействуя на эндотелий сосудов, оказывают выраженное влияние на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, свертывание крови и фибринолиз в экспериментальных моделях и при различных нозологиях. Поскольку гемопоэтические клетки сами являются продуцентами цитокинов, при гемобластозах эти нарушения могут быть ярко выражены. По данным современной литературы провоспалительные цитокины способны как усиливать, так и тормозить фибринолитическую активность крови. Указанное свидетельствует о необходимости изучения данных параметров для определения их влияния на развитие эндотелиальной дисфункции у больных неходжкинскими лимфомами.

Цель исследования. Изучить уровень маркеров эндотелиальной дисфункции, про- и противовоспалительных цитокинов и параметры гемостаза в сыворотке крови больных неходжкинскими лимфомами.

Материалы и методы исследования. На базе городского гематологического центра г.Новосибирска обследовано 52 пациента неходжкинскими злокачественными лимфомами. Средний возраст больных составил (58,92±13,68 лет), женщин было - 23, мужчин - 29 человек. Больные обследовались на разных этапах полихимиотерапии: до начала ПХТ, после 1-2 курса, после 6-8 курса и в период ремиссии. Кроме обязательного комплекса обследований, всем больным в сыворотке крови определяли уровень маркера эндотелиальной дисфункции - эндотелина, уровни про- (IL-1β , IL-6, TNF-α) и противовоспалительных (IL-2, IL-4) цитокинов и показатели активации тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного звеньев гемостаза (РФМК, фибриноген, ПТИ, протромбиновое время, агрегация тромбоцитов с универсальными индукторами).

Результаты исследования. В сыворотке крови больных до начала противоопухолевой терапии отмечалось увеличение уровней провоспалительных цитокинов TNF-α - в 2,6 (15,76±10,41 пг/мл), а IL-6 - в 1,5 раза (14,8±11,52 пг/мл) по сравнению с референсными значениями, с постепенным снижением к 5-6 курсам ПХТ и нормализации в период ремиссии. Следует отметить, что уровень противовоспалительных цитокинов IL2 и IL4 не отличался от референсных значений, что свидетельствует о наличии цитокинового дисбаланса в сторону провоспалительных

цитокинов в дебюте заболевания и на протяжении курсов ПХТ. У больных лимфомами до начала курса ПХТ отмечалось достоверное повышение уровня РФМК и фибриногена по сравнению с контролем (8,3±5,92 мг/100 мл против 4,9±2,7 мг/100 мл и 4,27±1,65 г/л против 3,8±1,0 г/л, соответственно). На протяжении всего лечения уровень фибриногена и РФМК оставался повышенным. У больных в ремиссии заболевания произошла нормализация уровня фибриногена (3,63±0,78 г/л) и уровня РФМК (4,14±1,18 мг/100 мл) в сравнении с группой контроля. В дебюте заболевания и на протяжении всего курса ПХТ отмечается высокий уровень эндотелина превышающий в 1,8-2 раза (0,54±0,48 fmol/ml против 0,30±0,01 fmol/ml) группу контроля с тенденцией к нормализации в период ремиссии (0,4±0,122 fmol/ml). При исследовании агрегации тромбоцитов отмечалась как гипоагрегация, так и гиперагрегация тромбоцитов с универсальным индуктором на всех этапах лечения. Показатели коагуляционного гемостаза, такие как АПТВ и ПТИ на всех этапах лечения оставались в пределах нормы.

Выводы.

У пациентов с агрессивными неходжкинскими лимфомами в дебюте заболевания и на всех этапах лечения имеет место цитокиновый дисбаланс с преобладанием концентрации провоспалительных цитокинов. Повышенные концентрации провоспалительных цитокинов в процессе терапии приводят к повышенной продукции в печени острофазового белка - фибриногена, повышая коагуляционный потенциал крови. Гиперкоагуляция вызывает активацию системы фибринолиза. Эндотелий является не только источником активаторов и ингибиторов фибринолиза, но и местом, где непосредственно разворачиваются процессы фибринообразования и лизиса фибринового сгустка. Данные изменения усугубляют эндотелиальную дисфункцию, о чем свидетельствует повышение уровня эндотелина, одного из основных маркеров эндотелиальной дисфункции. Для коррекции этих изменений используется дезинтоксикационная терапия и терапия низкомолекулярными гепаринами, что приводит к нормализации показателей при достижении ремиссии.

Силантьева И.В., Ровда Ю.И., Шабалдин А.В., Бунина Е.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
ЗАО «Современные медицинские технологии»
ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ТИМУСА

Актуальность. Частые рекуррентные респираторные заболевания и их осложнения свидетельствует о снижении иммунологической реактивности ребенка. Последняя имеет под собой определенный патоморфологический базис - это относительно стабильно сохраняющееся состояние гипо- и гиперплазии вилочковой железы (ВЖ). Данное состояние свидетельствует о некой «эмбриональной» незрелости и связанное с ним снижение адаптации центральных органов иммунитета. Любой иммунный ответ может быть сопряжен с воспалительными изменениями в органах мишенях, и, как правило, эта сопряженность устанавливается между действием различных клеточных пулов иммунокомпетентных клеток и вырабатываемыми ими интерлейкинами. Цитокины, являясь регуляторными пептидами контролируют все этапы воспаления. В сязи с чем, является интересным оценить состояние цитокинового профиля у детей с различными морфометрическоми параметрами ВЖ. Следует отметить, что одной из причин «недооценки» цитокинового статуса связано с отсутствием четких референсных значений содержания интерлейкинов крови у детей.

Материалы и методы исследования: В данном исследовании уровень интерлейкинов в сыворотки крови изучался у 54 детей, в возрасте до 3-х лет (средний возраст 2,4±1,9), из них у 17 пациентов документирован синдром инволюции ВЖ (СИВЖ) (4,8±2,4 см^3), а у 16 пациентов синдром увеличенной ВЖ (СУВЖ) (33,8±8,1 см^3), 21 - группа контроля.

С учетом отсутствия разработанных и опубликованных нормативных показателей интерлейкинов в сыворотке крови, на первоначальном этапе исследования на группе контроля (n=21) (средний возраст 2,4±0,2 года), объемом ВЖ 16,1±2,7 см^3 (25-75 пц)), были определены референсные значения уровня цитокинов. Оценка цитокинового статуса контрольной группы

показала, что средние значения ФНО-Ь в данном исследовании состовляет 2,5 пг/мл (1,6-3,4), IL-1RA - 65,8 пг/мл (45,0-71,7), IL-1β - 19,0 пг/мл (6,4-34,6), ИЛ-4 - 4,1 пг/мл (2,3-7,2).

В ходе дальнейшего исследования оценивался уровень интерлейкинового статуса у детей с измененными морфометрическими параметрами ВЖ. Так у детей с СИВЖ медиана провосполительных цитокинов имела разнонапрвленные значения: уровень ФНО-Ь был в 4,2 раза ниже, чем у детей с нормальным объемом ВЖ (Ме 0,6 (0,3-0,7) против 2,5 (1,6-3,4), соответственно p=0,000), тогда как медиана IL-1β была в 1,5 раза выше относительно контроля (Ме 22,0 (4,8-30,0) против 19,0 (6,4-34,6), соответственно p=0,000). У детей с СУВЖ по отношению к контрольной группе было документировано значительное увеличение ИЛ-1Ь (Ме 43,1 (17,6-57,5) против 19,0 (6,4-34,6), соответственно p=0,016) и рецептора к нему (Ме 139,6 (23,4-182,5) против 65,8 (44,0-71,7), соответственно p=0,009), а также более высокая концентрация провоспалительного цитокина ФНО-Ь (Ме 5,1 (1,5-14,1) против 2,5 (1,6-3,4), соответственно p=0,035).

Выводы.

Цитокиновый профиль у детей с измененными морфометрическими параметрами статистически значимо отличался от детей контрольной группы более высоким напряжением ауто- и паракринной регуляции основных участников иммуновоспалительного ответа ИЛ-1 и рецепторов к нему и ФНО-Ь. В случаи СИВЖ ФНО-Ь имел критически низкое значение, а СУВЖ статистически более высокое. Данные полярные значения ФНО-Ь по данным различных источников негативно влияли на состояние иммунного ответа, в частности при вирусных заболеваниях. В целом, неадекватные показатели цитокинового профиля у детей с СИВЖ и СУВЖ согласуются с избыточной заболеваемостью данной группы детей по отношению к группе контроля.

Синькова М.Н., Исаков Л.К., Пепеляева Т.В., Тарасов Н.И., Тепляков А.Т.

ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово
ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН
г.Томск, Россия

ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МНОГОСОСУДИСТОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Цель исследования. Изучение динамики липидного спектра крови на фоне приема омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (препарат «Омакор») у больных ИБС на фоне многососудистого стенозирующего атеросклероза коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 101 пациент (55 женщин, 46 мужчин) в возрасте от 35 до 70 лет, с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым во время проведения экстренного ЧКВ было выявлено многососудистое (стенозирующий атеросклероз 2-х и более коронарных артерий) поражение коронарных артерий и проведена ЧТКА со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии.

Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-я группа (n=68) - пациенты оптимальной консервативной терапии (группа контроля); 2-я группа (n=33)- пациенты, которым был добавлен препарат «Омакор». Стандартная медикаментозная терапия в обеих группах включала: β-адреноблокаторы, пролонгированные формы антагонистов кальция, нитратов и их комбинации, ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину, статины - в индивидуально подобранных дозировках.

Исследование липидного спектра крови проводили всем пациентам на 2-3 сутки стационарного периода, через 12, 24 и 36 месяцев в биохимической лаборатории с использованием набора реактивов "Ольвекс" (г.Санкт-Петербург), на полуавтоматическом анализаторе RA-50 ("Bayer", Германия) для количественного определения холестерина в сыворотке крови ферментативным методом по общепринятой методике.

Результаты исследования. Через 36 месяцев наблюдения выявлено, что уровень общего холестерина у больных 1-й группы уменьшился на 11%, во 2-й группе - на 15,8%. Уровень триглицеридов в 1-й группе уменьшился - на 4%, в 2-й группе - на 24,8%. Уровень ХС-ЛПНП в 1-й группе уменьшился - на 6,7%, во 2-й группе - на 14,1%. Все остальные показатели липидного спектра крови изменились менее достоверно.

Выводы.

Было доказано, что длительное (36 месяцев) применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (препарат "Омакор") положительно влияет на липидный спектр крови, значительно снижая уровень общего холестерина, триглицеридов, а также ХС-ЛПНП.

Таким образом, применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (препарат "Омакор") следует дополнительно рекомендовать пациентам ИБС на фоне многососудистого стенозирующего атеросклероза коронарных артерий для длительной реабилитации, после перенесенного ИМ.

Смирнова О.Ю., Смирнова Л.В., Бурзянцева Н.С., Дунаева М.П.

Федеральное государственное бюджетное, лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В КАТАМНЕЗЕ

Дети с низкой массой тела всегда рождаются в очень тяжелом состоянии и подвержены всем возможным осложнениям, связанным с недоношенностью, поэтому их выхаживание относится к самой высокотехнологичной помощи, им требуется поддержка всех основных жизненно важных функций организма. Наиболее тяжелые неврологические отклонения выявляются среди недоношенных, нуждавшихся в проведении реанимации и интенсивной терапии в связи с нарушениями процесса ранней постнатальной адаптации.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов выхаживания новорожденных детей с поражением центральной нервной системы, родившихся с низкой массой тела, потребовавших реанимации и интенсивной терапии сразу после рождения. В динамике первых 4-х лет.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно были пронализированы истории болезни 37 детей с недоношенностью 2-3 степени, с гестационным возрастом 29,8±2,1 недели, с массой тела при рождении 1442±70,10 гр. В зависимости от исходов дети разделялись на 2 группы: 1-ю группу составили дети с поражением центральной нервной системы (ЦНС) с благоприятным исходом (n=20); 2-ю группу дети с поражением ЦНС с исходом в инвалидность (n=17). При поступлении у 20 детей состояние расценивалось как крайне тяжелое в связи с выраженной дыхательной недостаточностью, нарушениями гемодинамики, что потребовало применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в условиях реанимационного отделения 19,8±8,1 дней. Остальным детям применялась интенсивная терапия в условиях интенсивной палаты отделения патологии новорожденных. Результаты выхаживания анализировались в катамнезе за 2 года и 4 года по амбулаторным картам и историям болезни при повторных госпитализациях в другие отделения. Использовался клинико-анамнестический, неврологический, лабораторные, нейрофизиологические и нейрорадиологические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех женщин выявлены многочисленные неблагопрятные факторы течения беременности. Чаще других встречались хроническая внутриутробная гипоксия плода, гестозы, угроза прерывания. Высокий процент женщин, не наблюдавшихся во время беременности, что составило 40,5%. Имели место анемия, кольпиты и пиелонефриты, хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), а также в анамнезе матерей - сифилис, медицинские аборты и выкидыши. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, ХФПН, а также кольпиты достоверно чаще встречались во 2-й группе (p=0,037). Частота остальных неблагоприятных факторов во время беременности одинаково в 2-х группах. При родоразрешении наиболее высокий процент патологии имел место во 2-й группе больных по сравнению с 1-й

группой (p<0,05). У трети женщин родовой процесс был осложнен быстрыми родами, из них только 1 в 1-й группе; дородовое излитие околоплодных вод, родостимуляция и домашние роды одинаково часто встречались во всех группах, в то время как отслойка плаценты, преэклампсия, аномальное предлежание плода преобладало во 2 группе. По шкале Апгар дети распределились следующим образом: до 5 баллов-асфиксия средней степени тяжести - 18 детей , 6-8 баллов легкая асфиксия - 17 детей, и 2 домашних родов, по Апгар не оценены. Выхаживались в кювезе 20 детей (в среднем от 5-20 дней). Вскармливание через зонд получали 19 детей (в среднем от 6 до 30 дней). По данным НСГ при поступлении выявлены: ишемия и незрелость мозговых структур - у 23 детей (62,17%), перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), стадия псевдокист - у 8-х детей (21,63%), субарахноидальное кровоизлияние (САК) в сочетании с ишемией мозговых структур - у 3-х (8,1%), внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) диагностировано в 3-х случаях (8,1%). Были диагностированы следующие нозологические формы: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (27 детей), гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС (7 случаев), из них САК, осложненное менингитом - у 3-х детей, 2 случая ВЖК 3 ст. без осложнений, 1 случай ВЖК 3 ст., осложненное тампонадой желудочков и паренхиматозное кровоизлияние. Менингиты в 2-х случаях. Поражение ЦНС вследствие метаболических нарушений в виде гипербилирубинемии тяжелой степени выявлено у 1 ребенка. В группе детей с неблагоприятным исходом основное количество составили дети 29-30 недель гестации (60%), и у них же имелась наибольшая частота ВЖК III степени - 20%, а ишемически-гипоксическое поражение мозга тяжелой степени - 90% случаев. В этой же группе срок лечения в отделении реанимации был наиболее длительным и составил 17,4±2,1 дня, а ИВЛ потребовалась в 70,6% случаев и ее длительность составила от 8 до 18 дней. Представляет также интерес частота внутриутробных инфекций (ВУИ) в 2-х анализируемых группах: среди детей 1 группы ВУИ выявлены у 15%, в то время как, во 2-й группе у 90% детей.

В катамнезе через 2 года здоровы 24,3% (9 детей), когнитивные расстройства легкой и средней степени отмечались в 24,3% случаев (9 детей), грубый неврологический дефицит с выходом в инвалидность в 45,9% случаев (17 детей). Основными причинами инвалидности явились детский церебральный паралич 9 детей, что составило 52,9% от общего числа инвалидности; гидроцефалия и грубая задержка нервно-психического развития была признана причиной инвалидности соответственно 7 детей, что составило 41,7% среди общей структуры инвалидности, нейросенсорная тугоухость и ретинопатия тяжелой степени в сочетании с микроцефалией диагностированы равнозначно у 1 ребенка - 15,8% от общего числа. У 3-х детей прогрессирующая гидроцефалия потребовала оперативного лечения - вентрикулоперитонеальное шунтирование.

Катамнез через 4 года прослежен у 19 детей: из группы: с благоприятным исходом: 13 детей и из группы с неблагоприятным исходом - 6 детей. Из них здоровы - 4, легкие когнитивные расстройства отмечались в 9 случаев, сохранялся грубый неврологический дефицит с выходом в инвалидность у 6 детей.

Выводы.

Срок гестации, степень поражения ЦНС, перенесенные внутриутробные инфекции определяют неврологический прогноз недоношенных детей Выхаживание данного контингента новорожденных требует идеального соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, возможности регулярного проведения бактериологических исследований, мониторинга ультразвукового исследования мозга, допплерографического определения центральной и церебральной гемодинамики, использования антибиотиков резерва и внутривенных иммуноглобулинов.

Для снижения уровня инвалидности среди недоношенных детей необходимы своевременные профилактика и лечение осложнений беременности и родов, профилактика и лечение отека мозга в реанимационном периоде, максимальная ранняя реабилитация.

**Субботин А.В., Полковников И.А., Федосеева И.Ф., Корнеева И.А.
Трофимова Г.Г., Киренберг Е.В.**
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МБУ Реабилитационный Центр «Фламинго»
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Причиной инвалидизации детей, больных детским церебральным параличом (ДЦП), являются двигательные нарушения в виде центральных парезов различной степени выраженности, препятствующие формированию опороспособности и функции ходьбы. Указанные изменения приводят к задержке психомоторного развития. Реабилитация детей с ДЦП характеризуется значительной продолжительностью, последовательностью становления двигательных функций, комплексным характером в сочетании с индивидуальным подходом к каждому больному. Для оценки эффективности этапов реабилитации и определения приоритетов дальнейшего лечения необходим выбор объективных нейроортопедических критериев, позволяющих количественно оценить двигательные возможности больного.

Цель исследования. Объективная оценка двигательной функции у детей с ДЦП методами опорометрии, углометрии и измерения длины шага для определения степени эффективности реабилитации.

Материалы и методы исследования. Обследовано 34 больных ДЦП в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст - 6,2±3,7 лет), находящихся на лечении в реабилитационном центре «Фламинго» для детей и подростков с ограниченными возможностями. В обследуемой группе преобладали мальчики - 22 человека (64,7%). Комплекс реабилитации включал физиотерапевтические методы (синус-модулированные токи, озокеритовые аппликации на парализованные конечности), занятия по методике динамической проприоцептивной коррекции, лечение положением, массаж, лечебную физкультуру с применением тренажеров. Исследование двигательной функции проводилось в 2 этапа с интервалом 3 недели (в начале и при завершении курса реабилитации). Применялись методы опорометрии, углометрии, измерения длины шага.

Результаты исследования. В зависимости от степени развития функции ходьбы было проведено разделение больных на группы:

1 группа - дети, передвигающиеся самостоятельно (14 человек),

2 группа - больные, передвигающиеся с дополнительной опорой (20 человек).

По результатам опорометрии выявлено улучшение показателей после курса лечения у больных 2 группы (до лечения опороспособность составляла в среднем 7±0,7 кг, после лечении - 8±0,5 кг). В 1 группе существенных изменений не выявлено. Показатели измерения длины шага улучшились после лечения в 1 группе с 8±0,2 см до 9±0,5 см, во 2 группе - с 4±0,2 см до 5±0,2 см. Анализ результатов углометрии выявил увеличение показателей в 1 группе: в голеностопном суставе - на 11°, в локтевом суставе - на 12°; во 2 группе: в голеностопном суставе - на 18°, в локтевом суставе - на 15°.

Выводы.

В качестве объективных критериев оценки двигательных функций при определении эффективности реабилитации могут быть использованы методы опорометрии, углометрии и измерения длины шага.

Более высокая эффективность реабилитации, проявляющаяся в виде повышения опороспособности, увеличения объема движений в суставах и длины шага, отмечена у больных ДЦП, передвигающихся с дополнительной опорой.

**Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В.
Афанасьева А.В., Фадеева Е.А.**
Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца (ИБС) является главной причиной инвалидизации и смертности населения всех развитых стран. Важно отметить, что с каждым годом увеличивается число больных ИБС молодого трудоспособного возраста. Печальная статистика сердечно-сосудистых заболеваний заставляет искать новые возможности прогнозирования, оценки риска, диагностики, профилактики и лечения. Универсальным механизмом, через который реализуется действие всех факторов риска развития ИБС, признана дисфункция эндотелия (ДЭ).

Цель исследования. Определить количественное содержание маркеров ДЭ (эндотелина-1, sICAM-1, sVCAM-1) у пациентов молодого возраста с ИБС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находящихся в Алтайском краевом кардиологическом центре, средний возраст составил 40,3±7,1 лет. Диагноз ОИМ был подтвержден лабораторно-инструментальными методами: креатинфосфокиназа-МВ, тропонин Т, ЭКГ, коронарография. Кровь получали на 15 день от начала болевого приступа. В исследование не включали больных с потенциально злокачественными и злокачественными нарушениями ритма, с наличием острых воспалительных и хронических процессов в стадии обострения, сердечной недостаточностью III стадии, с сахарным диабетом, ожирением II-III степени, системными заболеваниями соединительной ткани. Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев, средний возраст 41,5±5,4 лет. Молекулы адгезии sICAM-1, sVCAM-1 определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы «Bender MedSystems, GmbH» (Austria, Europe) на иммуноферментном анализаторе EL*800 фирмы «Bio Tek» (Италия). Количественное определение концентрации эндотелина-1 в исследуемой плазме крови проводилось с помощью стандартных наборов системы «Human endothelin-1», фирмы DRG International, Inc (США).

Результаты исследования. Концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови больных острым инфарктом миокарда составила 2,76±0,89 пг/мл, что достоверно выше принятых референтных значений (норма 0,3-0,9 пг/мл). В контрольной группе концентрация эндотелина-1 в среднем составила 0,58±0,17 пг/мл. Концентрация молекул sICAM-1 составила 512,10±22,74 нг/мл (норма 321,09±13,67) и sVCAM-1 - 865,48±49,74 нг/мл (норма 549,66±34,92).

Выводы.

Таким образом, при ОИМ повышаются концентрации эндотелина-1, молекул адгезии sICAM-1, sVCAM-1, что обусловлено повреждением эндотелия и воспалительной реакцией в сосудистой стенке. Кроме того, эндотелин-1 является маркером коронарного атеросклероза и коронарной дисфункции эндотелия, действуя преимущественно местно, естественно предположить, что повышение его образования и поступления в кровь может быть причиной возникновения и усугубления тяжести течения ишемической болезни сердца.

В ряде исследований установлено, что молекулы адгезии sVCAM-1, sICAM-1 также принимают участие в атерогенезе, способствуя проникновению лейкоцитов в стенку сосудов и отложению липидов. Повышенная концентрация исследуемых маркеров является одним из важных индикаторов активности системного воспаления, при этом отражая интенсивность атеросклеротического процесса. Эти лабораторные маркеры дисфункции эндотелия могут быть прогностическими в развитии повторных сосудистых катастроф и сердечно-сосудистых осложнений, что требует дальнейшего изучения.

Табакаев М.В.
НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ПОГОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО ЗА 2009-2012 гг.

Актуальность. Погодные условия оказывают значительное влияние на самочувствие человека и состояние его здоровья. Ряд исследований, изучающих влияние погодных условий (температура, атмосферное давление, уровень атмосферных осадков, скорость и направление ветра) на состояние сердечно-сосудистой системы, посвящены вопросу связи погодного фактора с госпитализацией и смертностью от ССЗ в целом, а также с острым ИМ (инфарктом миокарда).

Цель исследования. Изучить зависимость неблагоприятных исходов при ИМ от метеорологических факторов (температура воздуха, атмосферное давление, погодные явления, осадки, скорость ветра) в г.Кемерово за 2009-2012 гг.

Материалы исследования. Госпитализация и смертность рассчитывались по данным Кемеровского Кардиологического диспансера за 2009-2012 гг. и Управления ЗАГС по Кемеровской области. Погодные условия были получены из материала дневников погоды сайта www.gismeteo.ru по городу Кемерово за соответствующие годы. Метеофакторы: температура воздуха днем и вечером (в °С), атмосферное давление днем и вечером (в мм.рт.ст.).

Результаты исследования. При проведении линейного регрессионного анализа была обнаружена статистически значимая ($p<0,05$) отрицательная связь значения атмосферного давления и смертности от ИМ в дни, сопровождающиеся грозовыми явлениями и сниженным атмосферным давлением (среднее суточное атмосферное давление ниже 740 мм.рт.ст.) с лагом (отсроченный эффект) в 1 день (коэффициент корреляции: $r=-0,64$). Весной при тех же условиях коэффициент корреляции: $r=-0,94$. Если не учитывать влияние грозовых явлений, то связь между давлением и смертностью при тех же условиях остается отрицательная, однако не достоверная. При увеличении скорости ветра в день, сопровождающийся грозовыми явлениями и пониженным давлением отрицательная корреляционная связь смертности и давления достоверно усиливается.

Обнаружена статистически значимая ($p<0,05$) слабоположительная корреляционная связь между госпитализацией с лагом в 3 дня с грозовыми явлениями за все года (коэффициент корреляции: $r=0,049$). По отдельным годам и месяцам связь стабильно положительная, однако, не достоверная.

Выводы.

На основании полученных данных можно сделать вывод о негативном влиянии комплекса погодных факторов на частоту госпитализации и летальность от ИМ. Что позволяет скорректировать работу по оказании СМП больным с острыми формами ИМ при определенных погодных условиях (вероятность грозовых явлений, сопровождающихся понижением атмосферного давления и сильным ветром в теплое время года, в особенности - весной).

Талицкая Е.А., Максимов С.А.
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ШКАЛА СМОЛ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Цель исследования. Дать сравнительную оценку психологического личностного профиля СМОЛ больных жировой болезнью печени различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В нашей работе мы обследовали 30 пациенто в с хроническим алкогольным сеатогепатитом (ХАСГ) и

30 пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), 30 человек, не имеющих патологии печени, были контрольной группой. Отбор пациентов проводился по данным анамнеза, клинических данных, диагноз подтверждался при помощи ультразвукового исследования печени, биохимических проб, у части пациентов диагноз был подтвержден пункционной биопсией печени. У всех обследуемых больных был поставлен диагноз жировой болезни печени в стадии стеатогепатита. Всем пациентам были предложены стандартизированные психологические тесты: СМОЛ (Стандартизированный Многофакторный Опросник для исследования Личности). Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования эмоционально-личностной сферы с помощью теста СМОЛ показали, что профиль теста по всем шкалам не превышал условной психической нормы (70 Т-баллов). Причем это касается в равной мере как левой части профиля (шкалы невротической триады), так и правой его части, несущей информацию о более глубоких, психопатологических изменениях личности.

Показатели пациентов с ХАСГ статистически значимо (p0,05) отличались от пациентов с НАСГ и группой контроля по 1, 4, 6 шкалам (сверхконтроль, импульсивность, ригидность). При этом сверхконтроль и ригидность были присущи пациентам с НАСГ в большей степени, чем больным с ХАСГ и здоровым лицам. Импульсивность значительно превалировала в группе с ХАСГ, в меньшей степени у больных с НАСГ и не являлась характеристикой здоровой группы. В то же время контрольная группа статистически значимо ($p \leq 0,05$) отличалась от больных с ХАСГ и НАСГ меньшей выраженностью индивидуалистичности, оптимистичности и тревожности по шкалам 8, 9, 7.

Выводы.

Повышение профиля по 1, 2, 3, шкалам (невротическая триада) незначительно преобладал у больных с ХАСГ, НАСГ по сравнению со здоровыми лицами. Пик профиля по 4 шкале - импульсивность, по шкалам 8, 9, 7 (индивидуалистичность, оптимистичность и тревожность) отражает наличие повышенной раздражительности, переживания чувства обиды и тревоги и косвенно указывает на тесную связь между соматическими и психологическими факторами.

Выявленные нами психологические особенности пациентов требуют индивидуального подхода и необходимость психологической коррекции для мотивации формирования здорового образа жизни.

Тарновский Р.В.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России»
Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН
г.Новосибирск, Россия

АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ МЕТОДОМ БИОЧИПОВ (microarray)

Актуальность. На сегодняшний день установлено, что в основе развития острого лейкоза лежат генетические изменения в гемопоэтических клетках, что в свою очередь приводит к изменению процессов дифференцировки, нарушению механизмов регуляции клеточного цикла, блоку апоптоза и неконтролируемой пролиферации клеток. Одними из наиболее перспективных методов молекулярно-генетической диагностики сегодня являются биочиповые (microarray) - технологии. В онкологии и гематологии их использование позволяет одномоментно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с гемобластозами (ГБ).

Цель исследования. Используя метод биочипов, выявить наиболее характерные профили экспрессии химерных генов у больных бластными формами гемобластозов.

Материалы и методы исследования. На базе Городского гематологического центра г.Новосибирска обследовано 47 пациентов с бластными формами (ГБ): 38 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 9 пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Средний возраст больных составил 48±26,3 лет. Все пациенты с

впервые выявленным заболеванием были разделены на две прогностические группы. Критериями включения в группу неблагоприятного прогноза были: возраст (для ОМЛ старше 60, для ОЛЛ старше 15 лет), наличие множественных хромосомных аберраций (в том числе Ph-позитивный ОЛЛ), нейролейкемия (для ОЛЛ), гиперлейкоцитоз (более $30x10^9$/л). Таким образом, в группу с благоприятным прогнозом вошли 18 человек (38,3%), с неблагоприятным прогнозом - 29 человек (61,7%). В обеих группах с помощью метода геночипирования анализ 96 образцов РНК костного мозга и периферической крови. Использовались тест-системы (матричные молекулярные биочипы) «ЛК-БИОЧИП». На поверхности биочипов были иммобилизированы олигонуклеотиды, комплементарные участкам последовательностей матричной РНК, экспрессирующих химерные гены AML/ETO, E2A/PBX, BCR/ABL, PML/RARA, CBFB/MYH11, TEL/AML, MLL (общий), появляющиеся как результат хромосомных аберраций t (8;21), t (1;19), t (9;22), t (15;17), inv16, t (12;21). Полученные данные об экспрессии указанных генов сопоставляли с эффективностью программной полихимиотерапии и прогнозом заболевания.

Результаты исследования. Генетические мутации в клетках костного мозга и периферической крови были выявлены в обеих группах: в группе неблагоприятного прогноза у 20 больных, что составило 67% из них у 16 (80%) больных удалось добиться ремиссии на фоне проводимой химиотерапии, в группе с благоприятным прогнозом мутации выявлены у 9 пациентов (50%), у 8 (89%) из них получена полная ремиссия. В группе благоприятного прогноза наиболее часто встречались одиночные хромосомные аберрации, приводящие к повышенной экспрессии химерных генов - AML/ETO (у 8 пациентов с ОМЛ) и MLL (у 1 пациента с ОЛЛ). В группе пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания, в отличие от предыдущей группы, с частотой 22,5% отмечено наличие множественных генетических аберраций с наиболее характерным профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML (в 2 случаях наблюдалась одновременная экспрессия MLL, TEL/AML, в 3-х случаях - CBFB/MYH11, AML/ETO, у 2-х пациентов наблюдалась одновременная экспрессия 3-х химерных генов MLL, AML/ETO и BCR/ABL; MLL, AML/ETO и TEL/AML, соответственно). Одиночные хромосомные аберрации (наиболее часто ген AML/ETO) отмечены у 10 больных (34%) с ОМЛ.

Выводы.

У больных бластными формами ГБ с неблагоприятным течением заболевания и рефрактерностью к проводимой терапии достоверно чаще встречаются множественные генетические аберрации с наиболее частым профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML, в отличие от пациентов группы с благоприятным прогнозом заболевания, у которых преимущественно отмечаются одиночные генетические аберрации.

Третьяков С.В.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ УРАНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Цель исследования. Изучить особенности нервной системы у больных хронической урановой интоксикацией в отдаленном периоде при гипертонической болезни (ГБ).

Материалы исследования. Обследовано 12 больных хронической урановой интоксикацией (средний возраст 70±4,5 лет, стаж работы во вредных условиях труда 16,0±4,3 года, длительность послеконтактного периода 19,7±6,4 лет). У всех лиц диагностирована ГБ 2 стадии, риск 3. Группа сравнения представлена лицами с ГБ 2 стадии, риском 3, не подвергавшимися воздействию производственно-вредных факторов (14 человек, средний возраст 66,1±3,6 года).

Методы исследования. С целью изучения особенностей нервной системы использовались методики: «Сила нервной системы», «Уравновешенность нервной системы», «Подвижность нервной системы». Использовалась шкала балльной оценки. Для определения свойств нервной системы по психомоторным показателям использовался теппинг-тест. Методика основана на определении динамики, максимального темпа движения сначала правой руки, затем левой с последующим построением графиков работоспособности.

Результаты исследования. Изучение силы нервной системы показало, что в основной группе на 57,4% (p<0,05) чаще встречались лица со слабой нервной системой и на 41,8% (p<0,05) реже с сильной нервной системой. Средний балл по группе был на 25,3% (p<0,05) меньше у больных хронической урановой интоксикацией, чем в группе сравнения.

Изучение уравновешенности нервной системы выявило, что у больных интоксикацией чаще встречаются лица с уравновешенным типом нервной системы. При этом средний балл в основной группе был выше на 14,4% (p<0,05), чем в группе сравнения. Вместе с тем, в основной группе на 57,4% (p<0,05) чаще встречался неопределенный и в 2,3 раза (p<0,05) чаще инертный типы нервной системы. При этом средний балл в основной группе был в 1,5 раза (p<0,05) меньше, чем в группе сравнения.

Проведение темпинг-теста для правой руки у больных интоксикацией показало, что в этой группе преобладает средне-слабая (у 66,6%) и средняя (у 33,3%) нервная система. Средняя сила нервной системы в основной группе встречается на 22,4% реже (p<0,05), чем в группе сравнения, а средне-слабая в 2,3 раза чаще (p<0,05), чем в группе сравнения. При проведении темпинг-теста для левой руки у больных хронической урановой интоксикацией показало схожую картину: в основной группе на 22,4% (p<0,05) реже встречаются со средней силой нервной системы и на 45,6% (p<0,05) чаще лица со средне-слабой нервной системой.

Таким образом, больные хронической урановой интоксикацией, страдающие АГ, в отличие от больных ГБ, характеризовались более слабой и менее подвижной нервной системой, что подтверждают данные темпинг-теста как для левой, так и для правой рук, но при этом более уравновешенной. Полученные данные необходимо учитывать при проведении медико-социального обслуживания больных данной профессиональной группы.

Третьяков С.В.
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Цель исследования. Изучить особенности нарушений памяти у лиц с вибрационной болезнью (ВБ) и сочетанной сердечно-сосудистой патологией (ССП) - артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы исследования. Обследован 21 больной с ВБ 1 степени от воздействия локальной высокочастотной вибрации. Средний возраст 64,4±4,1 года; общий стаж 44,0±5,0 года, стаж работы во вредных условиях труда 36,8±2,7 года. Длительность послеконтактного периода составила 7,6±2,7 года. Сопутствующая ССП представлена АГ 2-3 степени, 3 стадии, риском 4 и ИБС, стабильной стенокардией напряжения 2-3 ФК, ХСН 1-2 ФК.

Группу сравнения составили 14 больных с сочетанной ССП, не подвергавшихся воздействию производственно-вредных факторов. Средний возраст 66,3 года. ССП представлена АГ 2-3 степени, 3 стадии, риском 4 и ИБС, стабильной стенокардией напряжения 2-3 ФК. ХСН 2 ФК.

Методы исследования. Использовались методики «оперативная память», «кратковременная память», «память на числа», «память на образы», «слуховая память». Проводилось исследование зрительно-пространственных функций.

Результаты исследования. В группе лиц с ВБ выявлено снижение среднего балла в методике «память на числа», т.е. кратковременной зрительной памяти (объем, точность) на 5,8% по сравнению с больными ССП, не подвергавшимися воздействию производственно-вредных факторов. Вместе с тем, в основной группе возрастает на 16,7% (p<0,05) число лиц набравших наименьшее количество баллов по этой методике. По оперативной, кратковременной памяти, памяти на образы отличий между группами не выявлено, но в основной группе увеличено количество лиц на 50% (p<0,05) со сниженной памятью на образы. Выявлена более высокая частота встречаемости в основной группе лиц с нарушением слуховой памяти - на 33,4% (p<0,05).

Выводы.

У больных с ВБ и ССП, по сравнению с лицами с ССП, не подвергавшимися воздействию производственно-вредных факторов, в большей степени страдает слуховая память. Полученные данные должны учитываться при медико-социальном обслуживании лиц изученных категорий.

**Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Нагорнова Н.А., Попова Т.А.
Котова О.А., Пьянкова Е.Э.**

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение»
Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОПЫТ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА И В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Цель исследования. Оценить безопасность транспортировки пациентов в остром и подостром периодах инфаркта миокарда из отделения неотложной кардиологии N 2 ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» города Ленинска-Кузнецкого в Кузбасский кардиологический диспансер (ККД).

Материалы и методы исследования. За 2012 г. транспортированы в кардиоцентр 169 пациентов.

С острым коронарным синдромом (ОКС) 10,65% (n=18) и 89,3% (n=151) в подостром периоде инфаркта миокарда. Средний возраст больных составил 59,6±8,2 года, из них 69,1% (n=11) мужчин, 41,9% (n=7) женщин.

У 46,15% больных (n=78) диагностирован Q образующий инфаркт миокарда и 54,4% (n=92) - не Q образующий. Всем пациентам проводилась антиангинальная, антикоагулянтная, дезагрегантная, метаболическая терапия. В 31,88% случаев (n=22) проведена тромболитическая терапия.

Показаниями для перевода в Кемеровский кардиоцентр в одном случае явилась нестабильность коронарного кровотока в остром периоде инфаркта миокарда, в другом плановая госпитализация в отделение неотложной кардиологии-1 для проведения коронароангиографии и определения дальнейшей тактики лечения.

Результаты исследования. Транпортировка пациентов с нестабильностью коронарного кровотока осуществлялась в среднем на 8 - сутки госпитализации ±2 койко/дня, в подостром периоде инфаркта миокарда на 15 сутки±2 койко/дня на реанимобиле ФГБЛПУ «НКЦ ОЗШ» в сопровождении реанимационной бригады и врача кардиолога. От всех больных получено информированное согласие на транспортировку.

Во время пути больным проводилось мониторное наблюдение ЭКГ и АД, инсуфляция увлажненного кислорода и при необходимости инфузия необходимых лекарственных препаратов. Осложнений во время транспортировки больных не наблюдалось.

Выводы.

Транспортировка больных с острым коронарным синдромом и стабилизированных пациентов в подостром периоде инфаркта миокарда в специально оборудованных реанимобилях, в сопровождении реанимационной бригады и врача кардиолога безопасна.

Хорохордина К.Н., Петухова О.В., Хохлова О.И., Устьянцева И.М.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Цель исследования - выявить особенности клинических и лабораторных проявлений нарушений углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 25 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, из них женщин -14 (56%), мужчин - 11 (44%), в возрасте от 34 до 60 лет (средний возраст - 50,4±7,5 года). Стаж заболевания пациентов не более 5 лет. Все пациенты получали медикаментозную терапию (бигуаниды, антигипертензивные препараты).

Оценивались антропометрические данные (масса тела, рост) с расчетом индекса массы тела (ИМТ) по Кетле (критерии ВОЗ 1997 г.: ожирение - ИМТ≥30 кг/м^2, избыточная масса тела - 25,0 кг/м^2<ИМТ<29,5 кг/м^2, норма - 18,5 кг/м^2<ИМТ<24,5 кг/м^2), абдоминальное ожирение по соотношению объема талии (ОТ)/объему бедер (ОБ) и гемодинамические показатели (ЧСС, уровень систолического и диастолического артериального давления).

Концентрацию лабораторных показателей углеводного обмена в крови (глюкоза натощак, инсулин, С-пептид, фруктозамин, гликированный гемоглобин - HbA1c) определяли на анализаторе «Cobas 6000» (Япония) при помощи наборов реактивов фирмы «Roche Diagnostics GmbH» (Германия). Оценка инсулинорезистентности производилась с помощью индекса HOMA. В качестве критериев компенсации состояния использовали Рекомендации ВОЗ: САД≤130, ДАД≤80, HbA1c≤6,5%.

Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6,0. Для сравнения применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Оценка связи между переменными проводилась с применением корреляционного анализа Спирмена. Связь считали статистически значимой при p<0,05.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлено, что для пациентов с СД 2 типа характерно ожирение, которое наблюдалось у 20 обследованных больных (80%), либо избыточная масса тела - 2 человека (8%). При этом преобладал абдоминальный тип ожирения: индекс ОТ/ОБ независимо от ИМТ колебался в пределах 0,8-1,02 (медиана 0,90 (0,87-0,99)) и был выше у мужчин в среднем на 0,08 (p=0,024).

У 12 обследованных пациентов (48%) отмечалось повышенное САД и у 17 (68%) ДАД, без существенных различий между полами. При этом уровень САД у женщин коррелировал со стажем заболевания (r=0,53; p=0,047), а у мужчин с ИМТ (r=0,67; p=0,024). В тоже время у мужчин наблюдалась прямая корреляционная связь ДАД с ИМТ (r=0,68; p=0,02) и ОТ/ОБ (r=0,74; p=0,0085), что свидетельствовало о более раннем дисбалансе в сердечно-сосудистой системе у мужчин с избыточной массой тела и абдоминальным типом ожирения.

По уровню глюкозы, инсулина, С-пептида, фруктозамина в сыворотке крови, среднему значению индекса HOMA статистически значимых различий между женщинами и мужчинами не выявлено. Гипергликемия натощак отмечалась у 43% (n=6) женщин и 36% (n=4) мужчин; инсулинорезистентность (индекс HOMA>3,4) выявлена у 7 (64%) мужчин и 9 (64%) женщин.

Неудовлетворительная компенсация СД отмечалась чаще у женщин, о чем свидетельствовал высокий уровень HbA1c и фруктозамина (у 3-х женщин против 1 мужчины).

Проведение корреляционного анализа показало наличие связи между клиническими проявлениями СД 2 типа и нарушением углеводного обмена. Так, ИМТ коррелировал с уровнем С-пептида (r=0,57, p=0,0039), инсулина (r=0,47, p=,0020), индексом HOMA (r=0,42, p=0,0054). Индекс абдоминального ожирения с инсулином (r=0,45, p=0,03) и ростом (r=0,56, p=0,0046); ЧСС с глюкозой (r=0,41, p=0,040) и HbA1c (r=0,47, p=0,025). Стаж заболевания положительно коррелировал с HbA1c (r=0,46, p=0,026) и отрицательно с индексом абдоминального ожирения (r= -0,44, p=0,03).

Между HbA1c и фруктозамином крови также выявлена сильная положительная корреляционная

связь (r=0,58, p=0,0035), что свидетельствовало о равной диагностической значимости этих показателей.

Выводы.

У пациентов с СД 2 типа наблюдаются выраженные нарушения углеводного метаболизма, проявляющиеся в тесной взаимосвязи лабораторных и клинических показателей.

Избыточный вес и инсулинорезистентность у мужчин способствуют более раннему дисбалансу в сердечно-сосудистой системе.

Несмотря на медикаментозную терапию показатели углеводного обмена более, чем у 40% пациентов превышают контрольные значения, характеризующие степень компенсации СД, что свидетельствует о трудностях в подборе рациональной медикаментозной терапии при данной патологии.

В мониторинге лечения СД возможно более активное применение фруктозамина, на что указывает сильная прямая корреляционная связь с HbA1c.

Хохлова О.И., Калаева Г.Ю., Устьянцева И.М.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение»
Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В период ростового скачка в подростковом возрасте предъявляются повышенные требования к соединительной ткани. Ее несостоятельность может привести к структурным и функциональным нарушениям различных органов и систем. Однако, несмотря на широкое распространение недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в популяции и большое количество публикаций, общепринятые диагностические критерии, унифицированная терминология и классификация данного синдрома отсутствуют. Клинические проявления НДСТ столь многолики и разнообразны, что подростки зачастую остаются без правильного диагноза. Поэтому сведения о влиянии НДСТ на костно-минеральный обмен у подростков немногочисленны и требуют уточнения. В связи с этим целью данного исследования явилось: изучить особенности костно-минерального обмена у подростков с НДСТ.

Материалы и методы исследования. Одновременно обследовано 33 подростка в возрасте от 11 до 14 лет одной из школ города: 17 - с НДСТ (основная группа) и 16 - здоровых (контрольная группа). По возрасту, по соотношению количества мальчиков и девочек, по физическому и половому развитию группы соответствовали друг другу. В исследование не включали подростков с дисгармоничным развитием, с нарушениями полового развития, с сахарным диабетом, с нарушениями функции щитовидной железы.

Состояние костного метаболизма оценивали по содержанию в крови маркеров формирования кости (остеокальцина и общего аминотерминального пропептида проколлагена I типа - PINP) и резорбции (продукта деградации коллагена I типа: β-CrossLaps). Концентрации PINP и β-Crosslaps определяли электрохемилюминесцентным методом на анализаторе "Cobas 6000" (Япония), остеокальцина - на иммунохемилюминесцентном анализаторе "Immulite" (США). Кроме того, в сыворотке крови определяли содержание общего кальция, неорганического фосфора, магния, активность щелочной фосфатазы на биохимическом автоанализаторе "Hitachi 912" (Япония), концентрации инсулина, кортизола, соматотропного гормона (СТГ) иммунохемилюминесцентным методом. Все исследования выполнялись одномоментно с использованием одних и тех же наборов реактивов.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 6,0. Для выявления различий между группами использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, наличие связей устанавливали с помощью корреляционного анализа Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. У подростков с НДСТ выявлено пониженное, по сравнению с

контролем, содержание в сыворотке крови PINP и остеокальцина при нормальном уровне β-CrossLaps и повышенной концентрации СТГ, что может быть обусловлено пониженной чувствительностью рецепторного аппарата соединительной ткани к действию СТГ. Данное предположение подтверждалось отсутствием у подростков основной группы корреляционной связи между PINP и СТГ, установленной в контрольной группе. Исследование других важных для формирования костной ткани факторов (кальция, фосфора, магния, инсулина и кортизола) не выявило статистически значимых различий между группами. В то же время у подростков с НДСТ выявлены умеренные прямые корреляционные связи между содержанием в сыворотке крови инсулина и уровнями PINP и β-CrossLaps, и обратная - между инсулином и СТГ (что свидетельствует о контринсулярном эффекте повышенного уровня СТГ). Длительное контринсулярное действие СТГ может привести к развитию инсулинопении, что, в свою очередь, будет способствовать угнетению обеих фаз ремоделирования костной ткани. Выявленные нарушения костного метаболизма и взаимоотношения СТГ - инсулин - костная ткань способствуют развитию остеопении, что позволяет отнести подростков с НДСТ в группу риска по раннему развитию остеопении и остеопороза.

Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Игишева Л.Н., Журавлева И.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России МБУЗ Детская городская клиническая больница N 5
г.Кемерово, Россия

ОЦЕКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

За последние два десятилетия в мировой кардиохирургии произошли кардинальные изменения, что позволило выполнять до 80% операций при ВПС детям на первом году жизни. В настоящее время уделяется внимание не только развитию кардиохирургической техники, но и особенностям периоперационного курирования, особенно новорожденных и детей первого года жизни. Наряду с адекватной медикаментозной терапией важной проблемой является проведение эффективной нутритивной поддержки. Недооценка фактора питания часто приводит к истощению тяжелобольного ребенка и ошибочным действиям врача. Роль качественной коррекции недостаточности питания отечественными и зарубежными авторами исследований ставится на столь же значимое место, как хороший инфекционный контроль и адекватная хирургическая тактика.

При этом важным этапом при назначении нутритивной поддержки является оценка статуса питания. Определение транспортных белков, синтезируемых печенью (альбумин, преальбумин (транстиретин), трансферрин, ретинолсвязывающий белок), является чувствительным методом по отношению к белковому статусу больного.

Цель исследования. Изучение нутритивного статуса новорожденных детей с ВПС и его при различных видах вскармливания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 10 новорожденных детей с ВПС, госпитализированных в ОПН МБУЗ ДГКБ N 5. Оценивали клиническое состояние детей, степень сердечной недостаточности и гипоксемического синдрома, данные эхокардиографии, электрокардиографии, рентгенограммы. Провели оценку антропометрических показателей при рождении и в динамике. В качестве маркеров для выявления белковой недостаточности использовалось определение концентрации в сыворотке белков, обладающих высокой скоростью синтеза и катаболизма в печени (альбумин, преальбумин, трансферрин).

Результаты и обсуждение. Среди наблюдавшихся детей 1 ребенок был недоношенным (32 недели гестации), 9 доношенных (один из них с симметричной формой ЗВУР 1 степени). Диагностированы ВПС: двухстворчатый клапан аорты, клапанный стеноз аорты, клапанный стеноз легочной артерии (2 ребенка), ОАП (2 пациента), перимембранозный ДМЖП (2 пациента), множественные мышечные ДМЖП (2 ребенка). В 5 случаях отмечалась СН 1-2 функционального класса. Эти дети получали терапию ингибиторами ангиотензин превращающего фермента. Все дети получали кардиометаболитную терапию

элькарнитином. Половина детей получала грудное молоко в сочетании с пре-смесями, один ребенок получал исключительное грудное молоко, 2 ребенка - грудное молоко с усилителем грудного молока, 2 ребенка - пре-смеси. Калорийность питания на 10 сутки жизни составляла 89-150 ккал/кг в сутки. Несмотря на отсутствие гипотрофии среди исследуемой группы детей, отмечалось снижение пула альбумина (33,3 г/л), трансферрина (1,29 г/л) на 10-е сутки жизни. Проведен сравнительный анализ динамики антропометрических показателей и белкового статуса при различный видах вскармливания. Ежедневные весовые прибавки были адекватными: от 20 до 62 г/сут, дефицит массы тела не выявлен в возрасте 1 месяца. Прирост длины тела к 1 месяцу жизни имелся только у 6 детей, среди них адекватный прирост длины тела (3 см) - только у 2 детей. Прирост длины тела отметили у детей, вскармливаемых грудным молоком в сочетании с пре-смесями. Калорийность питания в возрасте 1 месяца составляла 104-157 ккал/кг/сут. В динамике уровень альбумина не менялся, уровень трансферина незначительно повысился.

Выводы.

Несмотря на отсутствие гипотрофии у детей с ВПС выявили снижение уровня белков в сыворотке, обладающих высокой скоростью синтеза и катаболизма, что свидетельствует о катаболической направленности обмена. У 80% детей отметили отставание в росте на 1-м месяце жизни, при адекватных весовых прибавках. Умеренное повышение трансферина свидетельствует об усиленном синтезе белков и анаболических процессах в организме на фоне более калорийного питания.

Таким образом, контроль нутритивного статуса детей с ВПС и своевременная коррекция позволит улучшить качество жизни детей и исходы оперативного лечения.

Цоколов А.В., Сенчило В.Г., Новак И.В.
ФГБУ «1409 ВМКГ» Балтийского флота
г.Калининград, Россия

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ МОЗГОВОЙ ПАТОЛОГИИ

Проблема «церебро-кардиального синдрома» (ЦКС) до настоящего времени остается мало изученной; нет достоверных данных ни о его клинико-функциональных, ни о морфологических составляющих.

Цель исследования. Попытка изучить наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на степень выраженности ЦКС, определить его клинические составляющие и электрокардиографические (ЭКГ) критерии на примере пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) и закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ). В исследование было включено 35 человек с ИИ и 21 человек - с ЗЧМТ (средний возраст 65,4±9,4 и 52,1±11,2 года, соответственно). Оценка корреляционных зависимостей осуществлялась на основании результатов полученных в остром периоде заболевания (в сроки от 1 до 10 дней) при проведении компьютерной томографии, данных аутопсии, а также результатов инструментальных исследований (ЭКГ, ЭХОКГ).

Кардиальные нарушения, выявляемые у лиц с ишемическим инсультом и черепно-мозговой травмой, характеризовались блокадой передней ветви левой ножки либо правой ножки пучка Гиса, фибрилляцией предсердий, а также изменениями ЭКГ в виде удлинения интервала QT, депрессии сегмента ST и увеличения амплитуды зубца «Т». Выявленные зависимости зоны поражения интракраниальных артерий и острых ЭКГ изменений у лиц с ИИ и ЗЧМТ позволили установить, что амплитуда зубца «Т» в отведениях aVL, V4, V5 средне и сильно коррелировала со степенью стеноза основной артерии (r= -0,61; r=-0,71; r=-0,61), а в отведениях aVR, V1 величина зубца «Т» находилась в прямой корреляционной зависимости от рентгенологического класса поражения головного мозга по классификации Fisher (r=0,38; r=0,42), тогда как для показателя амплитуды зубца «Т» в отведениях TI, TaVL подобная зависимость уже была обратной (r=-0,44; r=-0,54). Также было установлено, что на амплитуду зубцов «Т» в грудных отведениях влияние оказывает и величина индекса массы миокарда левого желудочка (для Tv3 r=0,67, для Tv4 r=0,54). Отек и набухание головного мозга, а также расширение полости 4 желудочка, приводят к сдавлению структур продолговатого мозга и изменению активности лежащих в проекции

желудочка ядер блуждающего нерва, и оказываются наиболее выраженными у лиц с ЗЧМТ. Подобный процесс вероятно является ведущим в патогенезе развития острых ЭКГ изменений у таких пациентов, с блоком активности парасимпатической нервной системы, при сохранной активности симпатической нервной системы.

Таким образом, было установлено, что среди основных факторов, оказывающих влияние на ЭКГ в случае развития ЦКС, наряду с электролитными сдвигами и возрастом больных, наибольшее значение имеют степень тяжести больных на момент регистрации ЭКГ, уровень мочевины крови, АД систолическое, объем поражения головного мозга, равно как и локализация подобного поражения, а среди менее значимых - характер сегментарной сократимости миокарда ЛЖ, процент коронарного атеросклероза, характер проводимой терапии (у больных с ИИ прием мочегонных и нитратов способен повлиять на амплитуду зубца Т и показатели Δ QT (QTизмеренное-QTнорма), QT/QTпик; появление ЭКГ-признаков ЦКС предполагает необходимость интенсификации противоотечной терапии). Не исключено, что обратимость формы нейрогенного миокардиального поражения также связана с токсическим влиянием катехоламинов на миокард, и отчасти обусловлена региональным вазоспазмом с потерей ауторегуляции (симпатическая денервация).

Цюрюпа В.Н., Власова И.В., Визило Т.Л.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Цель исследования. Явилось выявление когнитивно-мнестических, нейрофизиологических нарушений у больных бронхиальной астмой (БА).

Обследовано 28 больных гипертонической болезнью и 19 здоровых добровольцев. Средний возраст обследуемых 48,5±3,6 лет. Длительность заболевания гипертонической болезнью не менее 6 лет. Проводилось клиническое, электроэнцефалографическое (ЭЭГ) обследования, нейропсихологическое тестирование. Для выполнения поставленной задачи использовались нейропсихологические тесты: проба Бурдона, проба Шульте, проба на речевую активность, тест оценки слухоречевой памяти, кинетические пробы. Исследование биопотенциалов головного мозга осуществляли с помощью электроэнцефалографа Medelek (Англия). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ «STATISTIKA 5,5a».

У больных гипертонической болезнью было выявлено снижение скорости сенсомоторных реакций (по таблицам Шульте) (на 21%), речевой активности (на 15-23%), уменьшение свободных ассоциаций (на 24%), семантических полей (32%), количества слов при первом, последнем и отсроченном воспроизведении при оценке памяти, замедление скорости выполнения пробы на реципрокную координацию (на 17%), увеличение времени, затрачиваемого на перебор пальцами (на 18%). Таким образом, выявлены нарушения внимания, концентрации, умственной работоспособности, памяти, и психомоторной функции. При рутинном анализе ЭЭГ более чем у 65% больных гипертонической болезнью были выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Они включали низкие значения индекса-ритма (менее 50-75%), либо полное отсутствие α-ритма, высокий (более 20%) индекс низкоамплитудной полиморфной медленной активности, стертость зональных различий, вспышки, представленные α-, θ - и Д-волнами.

При анализе картограмм выявлено возрастание относительной мощности медленных ритмов и снижение представленности α- активности. Обнаружено, что спектральная мощность активности α-диапазона ниже во всех отведениях в сравнении с показателями контрольной группы, однако различия достоверны в теменной области слева и справа. Практически во всех отведениях выше

спектральная мощность θ -и Д-ритмов.

Таким образом, у больных гипертонической болезнью при длительности заболевания более 6 лет в 76% случаев выявляются изменения ЦНС, проявившиеся снижением умственной работоспособности, нарушением памяти, внимания и концентрации, изменением биоэлектрической активности мозга.

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

ЗАВИСИМОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ОТ КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ КАЛЬЦИЯ

Наши наблюдения проведены на 1500 школьниках, 200 студентах и 100 преподавателях пединститута. Им один раз в месяц на протяжении шести месяцев давали анкеты, в которых были перечислены пищевые продукты и содержание кальция в 100 граммах продуктов. В конце периода наблюдения некоторые школьники и преподаватели были обследованы на костном денситометре.

При употреблении кальция с пищей ниже 400 мг в день у 93% детей обнаружена низкая плотность минералов в позвоночнике, и у 84% детей в области проксимального отдела бедренной кости. Следует указать на то, что если у школьников была низкой минеральная плотность, то возрастные критерии увеличения ее не имели физиологически обусловленных пиков и меньшей была длина тела. Возрастная пиковая костная масса у таких подростков не достигалась. Это заключение чрезвычайно важно с практической точки зрения, так как именно здесь находятся истоки остеопороза у взрослых людей уже в 30 лет.

Нами в Курганской области, а Д.Е. Шилин и соавт. (2009 г.) в 27 субъектах РФ, проведена оценка потребления кальция студентами-медиками и врачами. Наши исследования были предприняты после того, как врачи центра Г.А. Илизарова установили, что у детей, живущих в сельской местности нашей области нередко встречаются, как было написано в Интернете, деформации позвоночника и плоскостопие. У обследованных потребление кальция оказалось существенно ниже нормальных величин. Эти материалы объясняют причину того, почему в нашей стране у 40-60% школьников и студентов снижена минеральная плотность костей (МПК) скелета. Такая негативная особенность питания современных россиян больше выражена у лиц женского пола - дефицит употребления с пищей кальция у женщин составляет 60%, у мужчин - 52%, а среди подростков употребление кальция снижено вплоть до нуля из-за отказа даже от молока и курению (Д.Е. Шилин соавт., 2009 г.). Сегодняшнее молоко - это всего лишь молочный напиток. В итоге в возрасте старше 50 лет даже у 65% медицинского персонала и преподавателей биологии была низкая минеральная плотность или остеопороз. Это несомненно отражается на качестве их жизни.

При нормальной величине потребления кальция в возрасте 13-17 лет ежегодный прирост минералов у юношей составлял 0,048 г/см^2, у девушек - 0,038 г/см^2, но темпы прироста минералов варьируют в зависимости от области скелета. У девушек в 14 лет максимальная величина МПК отмечена только в шейке бедренной кости, а в позвоночнике и всем теле достигала стабильных значений соответственно в 16 и 17 лет. У юношей прирост минералов во всей проксимальной трети бедренной кости становился одинаковым в 16 лет, а в позвоночнике и всем теле - в 18 лет. В последующие годы темп прироста уменьшался.

Масса минералов была неодинаковой в различных сегментах тела в различные возрастные периоды: у девочек 10-11 лет наибольшей она была в костях черепа, у мальчиков в костях черепа и в верхних конечностях. В 11-13 лет и затем 16-18 лет у представителей обоего пола была наибольшей в позвоночнике. У девушек в 12 лет и затем в 15-16 лет - в верхних конечностях и костях таза. В 15-18 лет у обоих полов - в верхних и нижних конечностях.

Адекватные физические упражнения во время полового созревания благоприятно влияли

на МПК в нагружаемых участках скелета. Тенденция к увеличению МПК у лиц женского пола стабилизировалась к 14-летнему возрасту, тогда как у лиц мужского пола количество минералов продолжало повышаться до 17 лет.

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛОВ В ПИЩЕ ДЕТЕЙ

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что развитие остеопороза в трудоспособном и пожилом возрасте в значительной степени связано с нарушением накопления и формирования массы минералов у детей. Предполагают, что у лиц, склонных к остеопорозу, можно выявлять сниженную минеральную плотность даже до периода полового созревания, измеряя ее и сравнивая с возрастной группой. Подростковый период играет основную роль в увеличении костной массы. Прирост минералов в период полового созревания является главной детерминантой пиковой костной массы. Поэтому именно в это время должна быть обеспечена эффективная первичная профилактика низкой минеральной плотности.

Целью работы было изучение вопроса о том, сколько же минеральных веществ сегодня употребляют с пищей дети и подростки по сравнению с рекомендациями ВОЗ, насколько длительным должен быть период наибольшего употребления кальция. Для этого детям или их родителям раздавали анкеты один раз в месяц на протяжении 6 месяцев, где были перечислены продукты питания и количество в них кальция. Они должны были указать количество каждого съеденного с пищей продукта, а затем авторы статьи подсчитывали сколько в них кальция.

Для установления о влияния других факторов у 9300 здоровых детей в возрасте 5-20 лет измеряли длину и массу тела, площадь скелета, суммарную массу минеральных веществ (СММВ) и минеральную плотность костей скелета (МПК). Измерения СКМВ и МПК проводили на костном денситометре в ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова» Минздрава РФ.

По количеству употребляемого с пищей кальция четко выделялись три группы детей:

1) дети (их число - 10-14%) с наибольшей величиной (80-90%) употребления кальция по сравнению с рекомендациями ВОЗ;

2) дети (их число 60-68%) со средним количеством (50-60%) получаемого кальция;

3) с малым (30-40% и меньше) употреблением кальция (число детей - 15-18%).

Количество употребляемого с пищей кальция у обследованных детей никогда не достигало значений, рекомендованных ВОЗ. Указание ВОЗ о необходимости употребления с пищей разных количеств кальция в зависимости от возраста в полной мере не могут найти практического применения, так как человек привыкает к определенному режиму питания и резко изменять его практически невозможно.

Количество накопленных в скелете минеральных веществ зависело:

1) от площади скелета и, в частности, позвоночника, которая обусловлена соматотипом человека;

2) концентрацией половых гормонов;

3) двигательной активностью, массы и силы мышц;

4) микровибрации мышечных волокон, энергия которых перемещает питательные вещества и минералы из интерстициального пространства к костным клеткам, а также всасывательной способности тонкой кишки. В норме всасывается не более 10-15% поступающх в кишечник минералов.

Содержание кальция в скелете приближается к указанным значениям только при постоянном и длительном употреблении кальция с пищей. Это обусловлено тем, что в процессе всасывания кальция в кишечнике участвует витамин D3, синтезируемый в почках. По указанным причинам параллелизма между количеством употребляемого с пищей кальция и минеральной плотностью костей скелета не существует. Юноши больше, чем девушки, употребляют с пищей кальция, у них больше масса скелета и мышц. Поэтому у них в костях скелета минералов больше на 25-30%

процентов. Интенсивная физическая культура несколько увеличивает количество кальция в скелете. Женщины данного поколения физически более слабые, чем их матери.

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава РФ»
г.Курган, Россия

СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛОВ В ПИЩЕ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что развитие остеопороза в трудоспособном и пожилом возрасте в значительной степени связано с нарушением накопления и формирования массы минералов у детей. Предполагают, что у лиц, склонных к остеопорозу, можно выявлять сниженную минеральную плотность даже до периода полового созревания, измеряя ее и сравнивая с ее возрастной группой. Подростковый возраст играет основную роль в увеличении костной массы. Прирост минералов в период полового созревания является главной детерминантой пиковой костной массы, уменьшение ее является причиной низкоэнергетических («хрупких») переломов, возникающих в зрелом возрасте. Поэтому именно в это время должна быть обеспечена эффективная первичная профилактика низкой минеральной плотности.

Один из путей в этом направлении состоит в изучении вопроса о том, сколько же минеральных веществ употребляют с пищей дети и подростки, насколько длительным должен быть период наибольшего употребления кальция. Важно знать снижается ли в пожилом и старческом возрасте количество минеральных веществ в рационе и будут ли эффективными дополнительно (помимо пищи) назначаемые препараты, так как в норме всасывается лишь 10-15% от количества, употребленного с пищей. Для препаратов должен быть открыт весь путь поступления к минералов к костным клеткам. При затруднении всасывания в тонкой кишке и недостатке витамина D3 кальций вводят внутривенно, а вот для перемещения его из интерстициального пространства к костным клеткам нужна энергия от микровибрации мышечных волокон. А если она очень слабая? В этом случае кальций будет оставаться в интерстициальном пространстве и вызывать кальцинацию сосудов, что наносит вред здоровью человека. Поэтому мы и поставили перед собой задачу: какие количества кальция получают взрослые люди и нужно ли назначать им повышенные количества кальция, особенно пожилым и старым людям, больным остеопорозом, когда налицо низкая двигательная активность и слабость мышц.

Наши наблюдения проведены на 18600 людях в возрасте 21-85 лет. На протяжении 6 месяцев им раздавали один раз в месяц анкеты, где были указаны названия пищевых продуктов. Они должны были указать количество съеденного продукта, а мы - сколько в них кальция.

Измерения массы минералов в скелете и минеральной плотности костей (МПК) проводили на костном денситометре в Российском научном центра (ФГБУ) им. Г.А. Илизарова Минздрава РФ.

Нами установлено, что в 60-70 лет употребление кальция с пищей не уменьшается (прошли времена, когда старик со старухой ели кашу с молоком) однако, несмотря на это, усиливается убыль минеральных веществ из скелета. В 81-85 лет в скелете людей, всегда употреблявших с пищей максимальное количество кальция, его остается 53%, у тех, кто употреблял средние количества - 45-48%, при небольших количествах - 35-38%. Из этого вытекает вывод, что основная причина деминерализации скелета состоит в снижении двигательной активности. Развивается слабость мышц и слабая их микровибрация, необходимая для перемещения кальция и питательных веществ из интерстициального пространства. Существенно снижается (у мужчин) или полностью прекращается (у женщин) синтез половых гормонов.

На убыль минералов скелета также влияет: площадь скелета и, в частности, позвоночника, которая обусловлена соматотипом человека и всасывательная способность тонкой кишки. В норме всасывается не более 10-15% поступающх в кишечник минералов.

Содержание кальция в скелете поддерживается только при постоянном и длительном употреблении его с пищей. Это обусловлено тем, что в процессе всасывания кальция в кишечнике участвует витамин D3, синтезируемый в почках. По указанным причинам параллелизма между количеством употребляемого с пищей кальция и минеральной плотностью костей скелета не существует. Мужчины больше, чем женщины, употребляют кальция с пищей. Поэтому у них в костях скелета минералов больше на 25-30% процентов. Интенсивная физическая культура уменьшает потерю кальция в скелете. Женщины данного поколения физически более слабые, чем их матери.

**Шарлаева Е.А., Воробьева Е.Н., Казызаева А.С., Соколова Г.Г.
Федоренко В.И.**
ФГБОУ «Алтайский государственный университет»
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ УРОВНЕМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из актуальных проблем, так как приводят к ранней инвалидизации и являются основной причиной смертности населения. Коррекция нарушений липидного обмена, как ведущего фактора риска (ФР) ССЗ, является обязательным условием эффективной профилактики.

В связи с этим целью исследования явилось изучение особенностей липидного спектра у жителей г. Барнаула с разным уровнем риска ишемических событий.

В работе проанализированы результаты обследования 322 пациентов, среди которых 138 мужчин и 184 женщины в возрасте от 33 до 65 лет. Для выяснения наличия ФР ССЗ проводилось анкетирование пациентов (возраст, пол, статус курения, наследственность по ССЗ, наличие сахарного диабета), измерение артериального давления (по стандартной методике Н.С. Короткова) и определение показателей липидного обмена (общего холестерина (ОХС), уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ) ферментативными методами на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED. Полученные данные использовали для оценки абсолютного 10-летнего риска ишемических событий по шкале PROCAM. Риск классифицировали на низкий (<10%), средний (10-20%) и высокий (>20%). Все результаты подвергались статистической обработке в программе Microsoft Office Excel с использованием методов описательной статистики. Для выявления достоверности различий между средними значениями анализируемых параметров использовали t-критерий Стьюдента.

Полученные данные свидетельствуют о том, что увеличение риска PROCAM происходит на фоне повышения уровня ТГ, как у мужчин, так и у женщин. Однако отклонение от нормы наблюдалось только у мужчин, 10-летний риск ишемических событий которых был более 20% (высокий). У мужчин достоверное увеличение уровня ТГ ($p<0,05$) наблюдалось только в группе с высоким риском ишемических событий (1,8±0,3 ммоль/л), между мужчинами с низким и средним риском существенной разницы по уровню ТГ выявлено не было (1,4±0,1 и 1,5±0,2 ммоль/л соответственно). У женщин по мере увеличения риска также наблюдалось достоверное повышение уровня ТГ ($p<0,05$), так в группе женщин с низким уровнем риска содержание ТГ было равно 1,2±0,07 ммоль/л, а у женщин со средними и высоким риском - 1,6±0,1 и 1,5±0,1 ммоль/л соответственно. У обследованных мужчин с низким и высоким уровнем риска ишемических событий содержание ТГ достоверно выше (1,4±0,1 и 1,8±0,3 ммоль/л соответственно), чем у женщин данных групп риска - 1,2±0,07 и 1,5±0,1 ммоль/л соответственно.

Увлечение риска PROCAM у женщин наблюдалось и на фоне достоверного повышения уровня ХС ЛПНП. Содержание ХС ЛПНП составляло: 3,3±0,1 ммоль/л, 4,4±0,2 ммоль/л и 5,2±0,3 ммоль/л, при низком, среднем и высоком риске соответственно. У мужчин значительных изменений ХС ЛПНП во всех группах риска не выявлено (3,7±0,1 ммоль/л, 3,8±0,3 ммоль/л и 3,7±0,6 ммоль/л соответственно). У женщин с высоким и средним уровнями риска содержание ХС ЛПНП статистически значимо превышает данные ($p<0,05$) у мужчин в соответствующих группах. Однако у мужчин с риском ишемических событий менее 10% уровень ХС ЛПНП выше

(3,7±0,1 ммоль/л), чем у женщин с таким же уровнем риска (3,3±0,1 ммоль/л).

Содержание ХС ЛПВП у женщин с возрастанием величины риска уменьшалось от 1,5±0,05 ммоль/л в группе с низким риском до 1,0±0,04 ммоль/л - у обследованных с высоким риском. У мужчин содержание ХС ЛПВП достоверно не изменялся во всех группах риска (1,1±0,03 ммоль/л, 1,2±0,05 ммоль/л, и 1,2±0,08 ммоль/л).

Таким образом, у мужчин суммарный 10-летний риск ишемических событий PROCAM возрастает на фоне увеличения только уровня ТГ, у женщин - на фоне достоверного увеличения ТГ и ЛПНП, а также снижения содержания ХС ЛПВП.

Шихнабиева М.Д.
ГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет»
г.Грозный, Россия

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

В последние годы отмечается рост гастроэнтерологической патологии, среди которой особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). По данным некоторых авторов, патология пищеварительного тракта у лиц молодого возраста довольно часто выявляется при наличии проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Последняя оказывает влияние на клиническую картину и течение ассоциированной патологии, нередко способствуя частому рецидивированию и хронизации процесса. Проблема сочетанной патологии с участием синдрома ДСТ наибольшую ценность приобретает в подростковом периоде, так как в детском возрасте фены дисплазии могут еще отсутствовать, а у взрослых - нивилируются физиологическими возрастными изменениями.

Цель исследования. Определить частоту ГЭРБ, развившейся на фоне синдрома ДСТ, среди лиц подросткового возраста.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи мы провели анкетирование 626 студентов 2-х учебных заведений в возрасте 15-17 лет. Анкета предназначалась для выявления проявлений ГЭРБ и ДСТ и включала антропометрические данные - рост, вес, тип телосложения; анамнестические, фенотипические и висцеральные признаки ДСТ; анамнестические и клинические симптомы ГЭРБ. В последующем отдельным лицам проводились эзофагогастродуоденоскопия и ультразвуковое исследование внутренних органов.

Результаты исследования исследования. При анкетировании 626 подростков у 182 (29,1%) были выявлены признаки ГЭРБ, у 204 (32,3%) - синдрома ДСТ. Все обследованные нами были распределены на 4 подгруппы:

1-я подгруппа - больные с ГЭРБ и признаками ДСТ (111 человек, 17,7%),

2-я подгруппа - больные с ГЭРБ без признаков ДСТ (71 человек, 11,3%),

3-я подгруппа - практически здоровые с признаками ДСТ (133 человек, 21,3%),

4-я подгруппа - здоровые (311 человек, 49,7%).

В целом, у лиц подросткового возраста распространенность ГЭРБ на фоне синдрома ДСТ была в 1,5 раза выше (111 случай из 182 случаев ГЭРБ или 61%), чем без признаков ДСТ (39%).

Наиболее часто встречающими маркерами ДСТ у больных ГЭРБ являлись нарушения осанки (сколиоз, кифосколиоз, сглаженность поясничного лордоза) - 33,4%, синдром гипермобильности суставов - 27,2%, астеническое телосложение - 18,4%, искривление носовой перегородки - 17,4%, различные кожные проявления (повышенная растяжимость кожи, тонкая кожа, ранняя седина, гемангиомы, витилиго) - 12,8%, плоскостопие I-II ст. без признаков деформирующего остеоартроза - 12,2%, варикоз вен нижних конечностей, включая варикоцеле - 10,9%, паховые грыжи - 9,7%, аномалии ушной раковины - 7,8%, нефроптоз - 6,5%, гипоплазия почек - 1,9%, различные нарушения зрения (миопатия, дальнозоркость, астигматизм) - 22,6%, склонность к аллергическим реакциям - 20,8%, частые простуды - 20,8%, риносинуситы, гаймориты - 18,9%,

вегетососудистая дисфункция и склонность к обморочным реакциям - 13,2%. У 46 подростков (32 девушек и 14 мальчиков) выявлено снижение индекса массы тела (ниже 18,5), что составляет 5,3%.

Выводы.

Результаты нашего исследования свидетельствуют, во-первых, о высокой распространенности стигм дисэмбриогенеза у лиц подросткового возраста (ДСТ), и, во-вторых, о том, что у такого контингента лиц ГЭРБ встречается с большей частотой, чем у контингента без признаков ДСТ.

Шихнебиев Д.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Махачкала, Россия

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Клиническая диагностика пневмонии до сих пор остается сложной задачей. Трудности постановки диагноза особенно возникают при наличии сопутствующей патологии бронхолегочной системы, когда признаки воспаления легких маскируются симптомами фонового заболевания.

Цель исследования. Изучение особенностей клиники и диагностики пневмоний, развившихся на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 106 больных пневмонией, лечившихся в пульмонологическом отделении Республиканской клинической больницы, в возрасте от 40 до 75 лет (58 мужчин и 48 женщин), у которых очаговый воспалительный процесс в легких развился на фоне сопутствующей ХОБЛ. Больные поступали в стационар на 4-6-й день от начала заболевания. Диагноз пневмонии поставлен на основании клинико-лабораторных и рентгенологических признаков заболевания. При постановке диагноза сопутствующей ХОБЛ тщательно изучали диспансерные и амбулаторные истории болезни, зачастую с повторным уточнением анамнестических данных.

Результаты исследования. При тщательном анализе клиники пневмонии у больных с сопутствующей ХОБЛ выявлены следующие особенности течения заболевания: в большинстве случаев заболевание имеет подострое начало со стертой клинической симптоматикой, нередко несоответствие аускультативной картины с рентгенологическими данными. Так, у 52 (49,1%) больных пневмонией на фоне ХОБЛ характерное укорочение перкуторного звука над областью инфильтративно-пневмонического фокуса не определялось, аускультативно выслушивались только рассеянные сухие хрипы. Диагноз пневмонии был установлен после рентгенологического контроля. Хрипы, характерные для самой пневмонии, у этих больных, по-видимому, были, заглушены диффузными сухими хрипами или не выслушивались вследствие бронхиальной обструкции, сопровождающейся ослаблением дыхания. При форсированном выдохе и кашле количество сухих хрипов увеличивалось, они выслушивались на расстоянии, приобретали характер свистящих, что указывало на выраженность бронхиальной обструкции у пациентов при наличии сопутствующей ХОБЛ. У 54 (50,9%) больных выслушивались влажные хрипы, в 25,5% случаев с обеих сторон. Последнее, по нашим наблюдениям, было связано не только с двусторонним воспалительным процессом в легких, но и симптомами обострения бронхита.

При спирографическом исследовании у больных пневмонией на фоне ХОБЛ регистрировались вентиляционные нарушения смешанного типа с преобладанием обструктивных нарушений у 69,8% больных. При рентгенографии легких в обследованной группе больных, кроме инфильтрации, были выявлены усиление и деформация легочного рисунка, повышенная воздушность легочной ткани; признаки локального пневмосклероза и пневмофиброза после перенесенных ранее пневмоний обнаруживались в 10%.

Наличие сопутствующей ХОБЛ существенно влияло на процесс разрешения пневмонии. Больные пневмонией при наличии ХОБЛ имели более длительные сроки пребывания в стационаре (22,1±2,3 койко-дня) по сравнению с больными без сопутствующих бронхолегочных заболеваний (16,2±2,9 койко-дня). Наиболее продолжительными у больных пневмонией при сочетании с

ХОБЛ оказались следующие симптомы: сухие хрипы, кашель с выделением мокроты, одышка, рентгенологические изменения в легких.

Таким образом, пневмонии, развившиеся на фоне ХОБЛ, имеют некоторые особенности клиники и диагностики, и поэтому наличие сопутствующей ХОБЛ должно учитываться при лечении больных с воспалением легких.

Шихнебиев Д.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Махачкала, Россия

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ КАК ФАКТОР, ФОРМИРУЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ПНЕВМОНИИ

Как известно, гиперреактивность бронхов (ГР), проявляющаяся в чрезмерной бронхоконстрикторной реакции на различные раздражители, является обязательным признаком бронхиальной астмы (БА) и при этом степень ее коррелирует с тяжестью заболевания. Больные БА могут описывать ГР как комплекс симптомов - экспираторная одышка, свистящее дыхание, но достаточно часто это состояние может оставаться незамеченным в виде скрытого бронхоспазма. Объективизировать ГР бронхов можно с помощью провокационных тестов с бронхоконстрикторными раздражителями - ацетилхолином (метахолином), обзиданом или гистамином. Основным инструментом для ее оценки, в том числе скрытого бронхоспазма, является функция внешнего дыхания. Порогом ГР считают наименьшую дозу вещества, которая вызывает уменьшение ОФВ1/ЖЕЛ на 20% и более, появление сухих хрипов в легких (не всегда).

Цель исследования. Изучение частоты, степени и динамики реактивности бронхов с помощью бронхопровокационных тестов у реконвалесцентов пневмонии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 142 больных, перенесших пневмонию. Из них 114 перенесли пневмонию бактериальной и 28 - вирусно-бактериальной этиологии. Исследования реактивности бронхов проводили с помощью тестов с ацетилхолином и обзиданом на 15-20 день от начала заболевания и в динамике через 3, 6, 12 месяцев, 2,5-3 года. По характеру начала бронхоспазма на воздействие различных концентраций ацетилхолина и обзидана выделяли следующие степени ГР к этим веществам: до 1 мг препарата - высокая ГР, до 4,5 мг - средняя ГР, до 12 мг для ацетилхолина и до 6 мг для обзидана - низкая ГР, свыше 12 мг для ацетилхолина и 6 мг для обзидана - нормальная реактивность (здоровые).

Результаты исследования. Нарушения реактивности бронхов, связанные с дисфункцией холинергических и адренергических рецепторов бронхов, в совокупности у больных пневмонией в период реконвалесценции были выявлены в 32,4% случаев. Более частые нарушения реактивности бронхов были выявлены у больных пневмонией вирусно-бактериальной этиологии (у 16 из 28, или в 57,1% случаев); у больных пневмонией бактериальной этиологии - в 26,3% случаев (у 30 из 114 больных).

Наблюдая за перенесшими пневмонию в последующие 2,5-3 года, нами было установлено, что ГР бронхов играет определенную роль в возникновении повторных заболеваний респираторной системы. У реконвалесцентов с нормальной реактивностью бронхов на протяжении этого времени наблюдались единичные эпизоды заболеваний респираторной системы, тогда как у перенесших с ГР бронхов в первые 12 месяцев они проявлялись часто, а по мере нормализации реактивности бронхов частота их уменьшилась. Частота повторных заболеваний респираторной системы определялась уровнем ГР: при высокой степени реактивности у 86% реконвалесцентов респираторные заболевания появлялись через 10-30 дней после выздоровления, при средней - у 44% спустя 1,5-2 месяца, при низкой - у 12% реконвалесцентов спустя 2,5-3 месяца. Из клинических признаков наиболее характерными были симптомы обструктивного бронхита без признаков воспаления со стороны периферической крови и инфильтративных изменений на рентгенограмме. У перенесших пневмонию с нормальной реактивностью бронхов в эти сроки повторные заболевания не возникали.

Выводы.

1. У реконвалесцентов, перенесших вирусно-бактериальную пневмонию, нарушения реактивности бронхов отмечаются чаще, чем у больных, перенесших бактериальную пневмонию.

2. Реконвалесцентов пневмонии с ГР бронхов при тщательном исследовании и исключении других причин следует отнести к группе риска по БА.

Шушаков Д.А.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г.Новокузнецк, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ И ПОВТОРНЫМИ АМПУТАЦИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Актуальность. Острые раневые психозы представляют серьезную проблему в условиях хирургического стационара. Ампутационные раневые психозы - наиболее сложная нозологическая форма. В России последние десятилетия ежегодно выполняются десятки тысяч ампутаций нижних и верхних конечностей. Процент психических нарушений легкой и средней степеней тяжести в послеоперационном периоде достаточно высок и составляет от 65% до 95% (Басов А.Н., Басова Л.А.).

Симптоматика психических расстройств формируется как в короткие, так и в продолжительные сроки после операции. Послеоперационные психозы в общехирургической практике составляют 0,2-1,6%. Постампутационный психоз может развиться впервые 2-14 дней после операции, а может и впервые 2-3 недели после операционного периода. Клиническая картина характеризуется мощной астенией с переходом к симптоматике и синдромом нарушенного сознания: гипногогические галлюцинации, синдромы помраченного сознания, чаще делирий, зрительные галлюцинации с содержанием агрессии или военных действий. Может развиться аменция с выраженным двигательно-моторным возбуждением, возможен ступор, «сумерки». Психозы длятся несколько дней или недель в более тяжелых случаях. Выход из психоза чаще через астению может сопровождаться ипохондрическими и астеническими расстройствами. Затяжные постампутационные психозы (через 2-5 месяцев после операции) носят интоксикационный характер, на фоне выраженной раневой инфекции или с явлениями остеомиелита. В клинической картине преобладают депрессивные эпизоды, депрессивно-параноидные расстройства, апатический ступор, эйфория, дурашливость. В условиях хирургического стационара 1-2 пациента с острым психозом после ампутации могут «парализовать» работу отделения на несколько дней, а в психиатрический стационар их вряд ли возьмут из-за постоянной необходимости в перевязках и хирургической курации.

В группы риска входят:

1. Пациенты, у которых в анамнезе имелись психозы, депрессивные эпизоды, суицидальные намерения.
2. Пациенты с выраженным болевым синдромом, раневой инфекцией, остеомиелитом.
3. Пациенты с выраженным болевым синдромом на фоне мучительных фантомных болей.
4. Пациенты с выраженным болевым синдромом на фоне тяжелого сахарного диабета, атеросклероза, сердечнососудистой патологией.
5. Пациенты с выраженной лекарственной, алкогольной или наркотической зависимостями.
6. Пациенты с психоорганическим синдромом
7. Пациенты с эписиндромом, эпилепсией.

Пациенты, относящиеся к группе риска, в условиях хирургического стационара нуждаются в коррекции со стороны хирурга, терапевта, эндокринолога, невролога, клинического фармацевта, психолога и психотерапевта.

Комплексный подход к ведению и лечению данной группы пациентов минимизирует возможность возникновения острых психотических нарушений. Сразу после операции (ампутации)

пациент получает курсовое лечение обезболивающими средствами, в зависимости от переносимости и подбора оптимальной дозировки препаратов. Одним из важнейших факторов профилактики психозов является нормализация режима сна пациентов. При выраженной стойкой бессоннице, связанной с раневыми и фантомными болями, резко возрастает угроза психических расстройств. Вот почему важно или впервые дни после ампутации, или во время отмены обезболивающих препаратов обеспечить хороший восстановительный медикаментозный сон. При этом могут применяться снотворные препараты или антидепрессанты, обладающие хорошим снотворным эффектом. В дальнейшем необходимо выполнить задачу перевода медикаментозного сна в естественный сон пациента.

Терапия и подбор препаратов на фоне применения мощных обезболивающих (промедол, морфин, трамал, трамадол) должна производиться в срок 3-7 дней после предъявления жалоб на бессонницу. Стойкая бессонница, депривация сна на протяжении 3-5 дней после операции нужно рассматривать как острое состояние по отношению, к которому необходимо принимать адекватные и неукоснительные меры для улучшения ситуации по нормализации и восстановлению сна. В этих целях можно использовать сибазон, донормил, феназепам, алпразолам, мезапам. При недостаточном эффекте этих препаратов можно использовать амитриптилин, хлортротиксен, аминазин, галоперидол, учитывая и снотворный и антипсихотический эффект этих препаратов. При имеющихся выраженных фантомных болях применяют карбамазепин или галоперидол для изменения восприятия и уменьшения болей. При начале острых психотических нарушений в условиях стационара или реанимации назначается и проводится медикаментозный сон на 2-3 суток, что помогает пациенту минимизировать психоз или выйти из него.

При применении промедола, морфина и трамадола может возникать медикаментозный транс с симптоматикой похожей на психотическую, с галлюцинаторными переживаниями, эйфорией, деперсонализацией, параноидным компонентом, с психоматорным возбуждением, с расстройствами схемы тела, иллюзиями и сноподобными грезами. Вся эта симптоматика может относиться к ожидаемым эффектам обезболивающих средств. Но переживание острой боли делает эти медикаментозные, трансовые отклонения не актуальными, второстепенными. Дифференциальным фактором и показателем здесь может служить нарушение сна и бессонница, предшествующие операции или появившиеся после нее.

Выводы.

Одним из важнейших компонентов профилактики психических расстройств у пациентов после ампутации в хирургическом стационаре является своевременно назначенная и примененная терапия для нормализации режима восстановительного сна. Концепция комплексного профилактического подхода к данному вопросу позволит расширить рамки знаний по предупреждению психотических расстройств у пациентов, проходящих лечение в хирургических отделениях клиник и больниц. Тема профилактики требует сравнительного анализа в различных медучреждениях, где имеются хирургические отделения.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятина А.Н.
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

РОЛЬ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ В ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ В ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛОМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОГО ВВЕДЕНИЕМ ВАКЦИНЫ БЦЖ

Протеогликаны являются неотъемлемой частью внеклеточного матрикса легких и печени животных, количество и состав которых меняется при патологических состояниях. Изучение структуры протеогликанов в органах мышей на экспериментальной модели туберкулеза позволяет получить информацию о характере развития деструктивных и фибропластических процессов в динамике БЦЖ гранулематозного воспаления (Ким Л.Б. и др., 2011). Увеличение гексозаминов и активация ферментов, участвующих в их синтезе, рассматривается как ранний биохимический признак развивающегося фиброза (Омельяненко Н.П. и др., 2009). Характерным проявлением туберкулезного воспаления является формирование гранулем, которые располагаются во внеклеточном матриксе органов. Однако до последнего времени вопрос об участии компонентов внеклеточного матрикса в гранулемогенезе остается открытым.

Цель исследования. На основании изучения содержания общих гликозаминогликанов в сыворотке крови и сульфатированных гликозаминогликанов в легких и печени мышей выяснить их роль в динамике хронического БЦЖ-индуцированного гранулематозного воспаления.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 2-месячных мышах-самцах линии BALB/c. Моделировали туберкулезное воспаление у мышей внутривенным введением микобактерий туберкулеза в составе вакцины БЦЖ (0,5 мг/кг массы тела в 0,5 мл 0,87% раствора NaCl, опытная группа). Контрольным мышам вводили 0,5 мл 0,87% раствора NaCl. Животных выводили из эксперимента на 3, 10, 30, 60, 90 и 180 сутки после введения вакцины БЦЖ и 0,87% раствора NaCl. Выделение протеогликанов (ПГ) легких и печени проводили по A.D. Theocharis и др. (2002), S.S. Skandalis и др. (2006). Содержание сульфатированных гликозаминогликанов (С-ГАГ) определяли по методу J.G.N. Jong и др. (1989, 1992), общих гликозаминогликанов (О-ГАГ) - орциновым методом. Измерение оптической плотности проб проводили на спектрофотометре PD-303S «Apel» (Япония).

Результаты исследования. Содержание С-ГАГ в легких на 3 сутки (0,60±0,005 мкг ХС-А/мг сух. тк.) было выше относительно контроля (0,46±0,02 мкг ХС-А/мг сух. тк.), на 30 сутки оно увеличилось до 1,26±0,15 мкг ХС-А/мг сух. тк., что в 2 раза выше, чем на 3 сутки. На 60-е сутки содержание С-ГАГ было в 1,9 раза, на 90 сутки в 2,9 раза ниже (0,43±0,04 мкг ХС-А/мг сух. тк.) по сравнению с данными, полученными на 30 сутки. Однако на 180 сутки оно увеличилось до 0,60±0,04 мкг ХС-А/мг сух. тк., что в 1,4 раза выше, чем на 90 сутки. Отсюда, максимальное содержание С-ГАГ отмечено на 30 сутки, минимальное значение - на 90 сутки эксперимента. Поскольку известно, что при туберкулезе легких повышается содержание ХС ПГ - верзикана и декорина (Bensadoun E.S. et al., 1997), то можно предположить, что увеличение С-ГАГ обусловлено этими ПГ.

Содержание С-ГАГ в печени на 3, 10 и 30 сутки статистически значимо было выше контрольных данных, при этом на 30-е сутки оно было максимальным, как и в легких. На 60 сутки отмечено снижение по сравнению с данными 30 суток, на 90 сутки - оно оказалось минимальным (0,042±0,003 мкг ХС-А/мг сух. тк.). На 180 сутки, как и в легких, отмечено увеличение в 2 раза (0,086±0,009 мкг ХС-А/мг сух. тк.) по сравнению с их содержанием на 90 сутки ($p<0,001$).

Известно, что при фиброзе печени повышено содержание сульфатированных ГАГ (ХС, ДС, гепарин). Они могут быть представлены лейцин-богатыми ПГ, такими, как декорин и бигликан. Из гепаран-сульфатных ПГ - перлеканами (Friedman S., 2010; Hernandez-Gea V., Friedman S., 2011).

Содержание общих ГАГ (сульфатированных и несульфатированных ГАГ) в сыворотке крови было одинаково увеличено на 3, 10 и 30 сутки, однако после резкого снижения на 60 сутки,

оно значительно повысилось на 90 сутки. На основании сравнения этих данных и результатов по содержанию сульфатированных ГАГ в органах, можно предположить, что на 3 и 10 сутки (ранние сроки) и особенно на 90 сутки (поздние сроки) повышено содержание несульфатированных ГАГ в органах - гиалуронана.

Известно, что образование ядра гранулемы из резидентных и рекрутированных макрофагов опосредовано гиалуронаном через гиалуронатный рецептор (Love S.H. et al., 1979), который был идентифицирован как клеточно-поверхностный гликопротеин CD44 (Culty M. et al., 1990). Доказана гиалуронан-индуцированная агрегация макрофагов, опосредованная рецептором (Green S.J. et al., 1988), который служит местом связывания микобактерий туберкулеза (Leemans J.C. et al., 2003).

Выводы.

На основании полученных результатов и данных литературы можно говорить о важной роли ГАГ, связанной с инициацией гранулемогенеза в разные сроки хронического БЦЖ-индуцированного воспаления.

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Никонова И.К.

ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

ЦИКЛИЧНОСТЬ ПРОЦЕССА ФИБРОЗИРОВАНИЯ В ОРГАНАХ МЫШЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

Развитие фибротических процессов в органах (легкие, печень и другие) - одно из частых осложнений туберкулезного воспаления, приводящее к нарушению структуры и функции пораженных органов. Оптимальный путь изучения процесса фиброзирования органов это моделирование туберкулезного воспаления на животных путем введения вакцины БЦЖ.

Для БЦЖ-грануломатозного воспаления характерно развитие фиброза в интерстиции, внутри гранулемы и вокруг нее, при этом выраженность фиброза в органах и степень фиброзирования гранулем не всегда коррелируют с фибропластической активностью фибробластов в гранулемах (Шкурупий В.А. и др., 2012).

Цель исследования. Оценить выраженность фиброза в легких и печени мышей в разные сроки после инфицирования микобактериями туберкулеза в составе вакцины БЦЖ.

Материалы и методы исследования. В работе использовали 2-месячных мышей-самцов линии BALB/c. Туберкулезное воспаление индуцировали внутривенным введением вакцины БЦЖ в дозе 0,5 мг/кг массы тела в 0,5 мл 0,87% раствора NaCl (опытная группа). Контрольным мышам вводили 0,5 мл 0,87% раствора NaCl. Животных выводили из эксперимента на 3, 10, 30, 60, 90 и 180 сутки после введения вакцины БЦЖ. После декапитации собирали кровь для получения сыворотки, выделяли органы, взвешивали и подвергали глубокой заморозке для последующего анализа. Содержание гидроксипролина (ГОП) в тканях оценивали по методике C.A.Edwards и W.D.O'Brien (1980). В качестве стандарта использовали гидроксипролин (Sigma, США). Измерение оптической плотности проб проводили на спектрофотометре PD-303S «Apel» (Япония) при длине волны 550 нм.

Результаты исследования. Содержание ГОП в легких было увеличено на 3-и сутки (3,78±0,32 мкг/мг сух. тк.) почти в 2 раза ($p<0,009$) относительно контроля, на 30-е сутки оно достигло значений 5,66±0,8 мкг/мг сух. тк., затем наметилась тенденция к снижению на 60-е сутки, и сохранялось на этом уровне до 90-х суток. На 180-е сутки зафиксировано максимальное содержание (7,31±1,21 мкг/мг сух. тк.). Эта величина в 2,2 раза выше по сравнению с контрольными данными, в 1,3 раза относительно уровня 30-х суток и в 1,5 раза относительно данных 90-х суток.

В печени содержание ГОП также увеличено на 3-и сутки (1,11±0,1 мкг/мг сух. тк.) относительно контроля в 1,5 раза ($p<0,047$), продолжается увеличение до 30-х суток (2,24±0,11 мкг/мг сух. тк.), а затем снижение на 60-е сутки ($p<0,012$) до уровня ГОП на 3-и сутки. На 90-е сутки содержание ГОП повышалось и статистически значимо отличалось

от данных 60-х суток. (p<0,046). На 180-е сутки увеличено в 1,3 раза относительно контроля (1,53±0,06 мкг/мг сух. тк.) и 1,4 раза относительно 90-х суток.

Выводы.

На основании результатов оценки содержания гидроксипролина в динамике хронического БЦЖ-гранулематозного воспаления можно говорить о наличии фаз в фиброзировании органов в изучаемом диапазоне времени. Их можно обозначить как фаза увеличения интенсивности фиброза до 30-х суток, фаза снижения на 60-е сутки и фаза повторной активации фиброза на 90-е и 180-е сутки.

При этом обнаружены незначительные различия по органам. Так, если в легких интенсивность фиброза была максимальной на 180-е сутки, то в печени - на 30-е сутки. На 60-е сутки интенсивность процесса в обоих органах снижалась, но особенно это было заметно в печени. В последующие сроки (90-е сутки) отмечена активация фиброза, причем в легких она более выраженная, чем в печени.

Начева Л.В., Нестерок Ю.А., Степанова М.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького г.Донецк, Украина

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХОЗЯИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКОРСОЛОМ

Используя в качестве модели описторхоза золотистых хомяков, проводили испытания гельминтоцидного воздействия растительного препарата экорсола на описторхов в экспериментальных условиях in vivo (Поддубная О.А., Островерхова Г.П., Левицкий Е.Ф., 2007).

Результаты экспериментально-клинических исследований показали антигельминтный эффект экорсола, его благоприятное влияние на морфологическую структуру печени (Поддубная О.А., Щеголева С.Ф., Нестерова Е.П., 2006), при этом патоморфология поджелудочной железы не исследовалась, что и послужило для нас поводом проведения данной работы.

Цель исследования. Изучить патоморфологию поджелудочной железы хозяина при экспериментальном описторхозе после лечения экорсолом.

Материалы и методы исследования. На хомяках была создана модель хронического описторхоза. В эксперименте был использован антигельминтик - экорсол. Все инвазированные описторхами хомяки были разделены на 2 группы: золотистыми хомяками с описторхозом, не получавшими лечение и хомяками после лечения антигельминтным препаратом растительного происхождения экорсолом (0,26 г/кг массы тела животного в течение 5 суток).

Материалом для исследований служила поджелудочная железа сирийских или золотистых хомяков (Mesocricetus auratus). Поджелудочную железу после вскрытия хомяков фиксировали в 10% нейтральном формалине и обрабатывали по общепринятой гистологической методике, затем заливали в парафин и срезы, толщиной 5-6 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином по Маллори, по Селье.

Результаты исследования. Патоморфологические исследования показали, что в поджелудочной железе экспериментальных животных после лечения экорсолом определялось снижение явлений гидропической или «баллонной» дистрофии, как в клетках ацинусов, так и в межацинарных пространствах. Воздействие препарата оказывало влияние на соединительную ткань, что было выражено снижением роста коллагеновых волокон, приобретающих синий цвет, при окрашивании толуидиновым синим и по Маллори, что на гистопрепаратах четко просматривалось.

При постановке гистохимической реакции с толуидиновым синим, было отмечено, что тинкториальные свойства тканей железы при описторхозе были снижены, а после лечения они восстанавливались и окраска соответственно была более интенсивной.

При изучении микропрепаратов до лечения выявлено, что межацинарные пространства

железы расширены за счет гипергидроза. Это влияет на окружающие ацинусы, сдавливая их, и вероятно блокируя их секреторную функцию. В то же время, сравнивая картину морфологии до и после лечения, мы наблюдали снижение явления отека, сужение межацинарных пространств и восстановление структуры ацинусов железы.

При описторхозе стенки протоков и сосудов были утолщены, а после воздействия экорсола определялось снижение разрастания волокон соединительной ткани в этих структурах, но некоторая усиленность развитости коллагеновых волокон между ацинусами незначительно сохранялась.

В сосудах до лечения выявлялось большое количество деформированных эритроцитов и лейкоцитов. В некоторых местах просматривались явления диапедеза. Кровоизлияния при описторхозе обнаруживали по всей железе. Они были связаны с капиллярной инъекцией, но встречались разрушения капилляров и тотальное излияние крови в межацинарные.

Клетки ацинусов были заполнены массой желтого цвета при окрашивании по Маллори, что указывает на жировую дистрофию. Возможно, это связано с нарушением выброса секрета, содержащего липоидный компонент. Отмечено, что секрет напоминал склеенную массу и имел более яркий красный цвет, что указывает на его дегенерацию.

После действия экорсола количество лейкоцитов в просвете сосудов визуально заметно снижалось, и эритроциты имели более четкие контуры. Явления диапедеза вблизи крупных сосудов не выявляли, как и не отмечали кровоизлияний в мелких сосудах вокруг ацинусов. Секрет ацинарных клеток проявлял фуксинофилию, что может быть косвенным показателем нормализации функции после лечения. В единичных клетках наблюдали сохранение дегенерации секрета, жировая дистрофия была резко снижена и сохранялась в некоторых участках.

Лечение экорсолом способствует нормализации кровенаполнения крупных сосудов железы и снижению кровоизлияний в межацинарные пространства. Иногда вблизи магистральных сосудов обнаруживали, что сохраняются небольшие пласты гематомного типа, отличительной особенностью их от обычной гематомы является отсутствие клеточных элементов. Такие пласты похожи на гомогенную массу, что свидетельствует о рассасывании гематомы. Это также характеризует положительное действие антигельминтика. Волокна соединительной ткани вдоль крупных сосудов не проявляли типичной для описторхоза гипертрофии, что может быть косвенным свидетельством активизации регенераторных тенденций, которые существуют в арсенале морфофункциональных особенностей этой ткани.

Выводы.

Воздействие экорсолом показало частичное восстановление морфофункциональных характеристик поджелудочной железы хозяина, сохранение дистрофических изменений и аденоматозных структур, местами наличие некробиоза, снижение гипертрофических явлений, что указывает на необходимость дальнейшего изучения влияния этого препарата для поиска и разработки более эффективных схем лечения описторхоза.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Елгина С.И., Ушакова Г.А., Захаров И.С.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ КемГМА

Одним из методов, позволяющим побудить студента к научной деятельности, является раннее приобщение его к научному исследованию. Это преследует цель не столько воспитания будущего ученого, сколько обеспечения качественного образования учащегося относительно к его будущей деятельности.

В КемГМА на кафедре акушерства и гинекологии N1 с 1960 года действует студенческий научный кружок (СНК), в который записываются все желающие заниматься научными исследованиями. Как правило, первым побуждением заниматься научным исследованием в акушерстве и гинекологии является знакомство с дисциплиной, поэтому большинство студентов начинали заниматься в кружке с четвертого курса.

Следует отметить, что основными мотивами, побуждающими студентов заняться научной работой, являются:

- возможность осознать свою значимость и принадлежность к большой науке;
- приобретение навыков научной и практической работы;
- шанс выделиться среди своих сверстников;
- возможность принимать участие в исследованиях наравне с аспирантами, врачами и сотрудниками кафедры.

Управление деятельностью СНК регулируется самими студентами, председателем СНК является студент, избранный открытым голосованием. Деятельность СНК курируется высокопрофессиональным преподавателем, советы которого носят чисто рекомендательный характер, и в основном помогают студентам сориентироваться в выборе темы исследования и куратора.

Для обеспечения эффективности работы СНК на кафедре акушерства и гинекологии создан институт кураторства молодых ученых. Куратором является преподаватель кафедры, который, на основании партнерских взаимоотношений, эмоциональной заинтересованности, включенности, личностной независимости, самостоятельности и стремления к сотворчеству порождает систему соответствующей воспитательной деятельности, направленной на развитие уникальности студента. Куратор совместно с молодым ученым создает вектор научного исследования, помогая студенту в осмыслении концепции, формулировке цели, задач, дизайна планируемого научного исследования, интерпретации полученных результатов.

Другим направлением, повышающим эффективность деятельности СНК, является моделирование защиты проведенного научного исследования, при котором на заседании СНК проводится общее обсуждение полученных результатов, изложенных в форме устного научного доклада с презентацией. На этом этапе роль куратора также чрезвычайно важна, так как студент еще не обладает достаточным опытом публичного изложения, искусством ответов на вопросы слушателей и правильной реакцией на конструктивные замечания.

Конечным этапом проведенного исследования является его изложение в различных формах - публикация в профильных журналах, выступление на конференциях. Следует отметить, что студенты, проводящие научные исследования, наравне с интернами, клиническими ординаторами и аспирантами успешно выступают на научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Проблемы медицины и биологии», ежегодно проводимой академией.

Выступая с результатами своих исследований, молодые ученые получают возможность реализовать свои способности, испытывают вдохновение и готовность к дальнейшему творческому поиску. Особенно важным для них становится публичное признание их творческих успехов в форме устного поощрения, вручения дипломов, издания печатных работ. Все это не только способствует отличной учебе, но и помогает студентам самоутвердиться и в дальнейшем связать свою жизнь с наукой.

Таким образом, осуществляется четкая работа по траектории студент - аспирант - докторант.

Следует отметить, что за прошедшее время двадцать пять студентов, начинавших свой путь с научного исследования в СНК на кафедре акушерства и гинекологии, успешно защитили кандидатские, а пять - докторские диссертации.

Мироманов А.М., Миронова О.Б., Куклина Е.Ю., Доржеев В.В.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

ДЕЛОВАЯ ИГРА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА

Одним из необходимых качеств квалифицированного специалиста, тем более врача, является принятие решений в быстро меняющихся условиях. Растет количество информации, которую необходимо учитывать, усложняется процесс ведения документации, интенсифицируются диагностические и лечебные процессы. В связи с этим выработка навыков правильного принятия решений в конкретных ситуациях является одной из важных задач обучения в высшей школе.

На кафедре травматологии и ортопедии, наряду с классическими ситуационными задачами, в образовательный процесс внедряются инновационные методики.

Деловая игра - метод имитации принятия решений специалистом в различных ситуациях, осуществляемый по заданным правилам. Перед ними ставится цель вжиться в образ специалиста, роль которого они будут выполнять. Деловая игра может быть рассмотрена и как технология групповой психотерапии, потому что на участника игры оказывает эффективное воздействие атмосфера группового сотрудничества и поддержки.

В процессе подготовки и проведения деловой игры каждый участник должен иметь возможность для самоутверждения и саморазвития. Преподаватель помогает студентам стать в игре тем, кем он может стать, показать ему лучшие качества, которые могли бы раскрыться в динамике общения. Успех в имитируемой ролевой деятельности вызывает у исполнителей веру в свои силы и возможности, желание вновь пережить игровые ситуации, чтобы найти в себе нечто новое, профессионально важное. Моделирование реальных условий профессиональной деятельности специалиста во всем многообразии служебных, социальных и личностных связей является основой методов интерактивного обучения.

В деловой игре принцип совместной деятельности требует реализации посредством вовлечения в познавательную деятельность нескольких участников. Он требует от разработчика выбора и характеристики ролей, определения их полномочий, интересов и средств деятельности. При этом выявляются и моделируются наиболее характерные виды профессионального взаимодействия «должностных» лиц.

При анализе эффективности данной методики обучения студентов установлено, что ролевая игра - самая точная модель общения, так как в ней предполагается подражание естественной ситуации. Также в процессе ролевой игры развивается логическое мышление, способность к поиску ответов на поставленные вопросы, речь, речевой этикет, умение общаться друг с другом. Студент вырабатывает навык контроля своего поведения, учится адекватно воспринимать и анализировать чужое мнение. Ролевая игра сопровождается мобилизацией творческих возможностей студентов и создает эмоциональную мотивацию к активному поиску информации, ее использованию в решении конкретной задачи.

Преимущества ролевой игры перед другими видами обучения заключаются в том, что ролевая игра, имитируя ситуации, реальные в будущей профессии, развивает умение искать и работать с информацией, позволяет значительно активизировать творческие возможности студента. Дает возможность учиться на своих и чужих ошибках, без ущерба для больного.

Все вышесказанное, в конечном счете, позволяет студенту не только расширить междисциплинарный кругозор, но и значительно повышает его интерес к предмету и учебному процессу в целом. А это в итоге является конечной целью всего процесса обучения студентов в вузе.

**Подолужная Н.В., Банных С.В., Иванова Н.А., Будаев А.В.
Карташова Н.К., Лисаченко Г.В., Макшанова Г.П.**
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Острейший современный вызов для России - модернизация - несомненно, касается и отечественной медицины. Целью модернизации этой сферы является создание качественно новых, высокотехнологичных рабочих мест для врачей, что позволит вывести диагностические и лечебные возможности на передовые мировые позиции. В результате не просто повышаются, но содержательно изменяются требования к самому специалисту. Существенные коррективы модели врача различных специальностей отражены в Федеральных государственных общеобразовательных стандартах 2010 года. Они предусматривают наличие у работника не только профессионального знания, но также целого ряда компетенций, обеспечивающих успешную деятельность в современном здравоохранении. Конкурентоспособным на рынке труда может быть только нацеленный на постоянное самообразование, умеющий ориентироваться во все расширяющемся информационном пространстве, восприимчивый к новому и коммуникативный специалист.

Изменение целей, задач и содержания высшего медицинского образования влечет за собой необходимость перестройки педагогического процесса в вузах - гибкую модификацию традиционных и внедрение новых форм и методов обучения.

Патофизиология создает базис (в том числе - и методологический) для клинических дисциплин и уже самим своим содержанием предоставляет широкую возможность для формирования необходимых врачу компетенций. Сотрудники кафедры используют для этого различные возможности.

Лекция остается главным звеном дидактического цикла. Однако в условиях современных информационных технологий смещаются акценты на ее функциях. Перестав быть основным источником информации для студента, она сохраняет роль ориентировочной основы учебного материала и инструмента активизации познавательной деятельности студента.

Первая из них повышает требования к отбору, структурированию материала и его адаптации к аудитории.

Вторая достаточно успешно решается изложением отдельных вопросов в форме проблемы, для решения которой требуется логическое мышление, а также самостоятельный поиск дополнительной информации. Материал отдельных лекций подается как лекция-визуализация в мультимедийном виде.

Для эффективной работы студентов на практических занятиях используется тестовый контроль, табличный материал, ситуационные задачи. В ходе решения задач (как на практических, так и на итоговых занятиях) студент опирается на знания, полученные в ходе самостоятельной работы, что позволяет преподавателю управлять ею. Несмотря на групповую форму обучения, при этом возможна индивидуализация заданий, успешность решения которых важна для создания положительного эмоционального фона. Одним из обязательных этапов решения является построение патогенетической цепи развития процесса (болезни) с обозначением точек приложения лечебных или профилактических воздействий, что развивает аналитические способности будущего врача.

При обсуждении спорных теоретических вопросов, а также результатов решения задач применяются групповые интерактивные технологии - дискуссия и «мозговой штурм», являющиеся элементами фасилитативного (облегчающего) обучения и формирующие коммуникативную компетентность. Дискуссионный способ решения развивает у студента умение корректного и грамотного аргументирования своей позиции, работы в коллективе. «Мозговая атака», предполагающая поиск рационального в любой точке зрения при запрете критики, освобождает студента от страха ошибиться, повышает его самооценку и мотивацию познания. Ежегодно расширяется круг тем занятий, на которых используются мультимедийные презентации, в том числе и подготовленные самими студентами с использованием Интернет-ресурсов и электронного варианта учебника П. Литвицкого.

Важным этапом в работе кафедры стало участие с 2011 г. в дистанционной форме образования врачей-интернов и провизоров.

Активации познавательной деятельности студентов, их нацеленности на успех, развитию необходимых врачу личностных качеств, способствует используемая на кафедре рейтинговая система оценки.

Таким образом, в практику преподавания патологической физиологии постоянно внедряются различного характера и масштаба педагогические инновации, т.е. введение нового в цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, организацию совместной деятельности преподавателя и студента.

Цель работы коллектива в этом направлении - оптимизировать условия для изучения сложной, динамично изменяющейся в результате научного прогресса фундаментальной дисциплины, а также максимально адаптировать студента к последнему, клиническому этапу обучения.

Строкольская И.Л., Макаров С.А., Артамонова Г.В.
НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года отражена необходимость профилактической направленности работы всей системы здравоохранения. Для формирования здорового образа жизни предлагается решать такие задачи как проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию методической базы, организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных профилактических технологий.

Цель исследования. Разработка и внедрение в практическое здравоохранение медицинской информационной системы «Информационная система первичных медицинских осмотров и профилактики ССЗ» для оценки и анализа индивидуального риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, формирования персональной программы по профилактике и лечению ССЗ и оценки результатов проводимых лечебно-профилактических мероприятий для оптимизации управленческих решений.

Материалы и методы исследования. Разработаны алгоритмы оценки состояния здоровья населения по результатам работы кабинета доврачебного осмотра на основе модели суммарного риска SCORE и Российских рекомендаций ВНОК. Для каждой группы риска сформированы индивидуальные алгоритмы назначения профилактических мероприятий с контрольными точками выполнения. На основании медицинских алгоритмов разработана медицинская информационная система (МИС) КОРУНД - «Кабинет доврачебного осмотра», (свидетельство государственной регистрации программы для ЭВМ N 2010615687, НИИ КПССЗ и КОМИАЦ). МИС внедрена в территориальной поликлинике Рудничного района г.Кемерово.

Полученные результаты. За период наблюдения (2010-2012 годы) проведено выявление и оценка сердечно-сосудистого риска у 4508 пациентов. Из прошедших обследование, не имели ССЗ 1926 человек (42,7%), имели ССЗ в анамнезе 2582 человека (57,3%). Проведен анализ наблюдения в течении 2-х лет 965 пациентов, прошедших повторную рискометрию (80% из них имели ССЗ в анамнезе). Выявлено снижение доли пациентов с высокой степенью риска с 66,5 до 64,9%, некоторый прирост доли пациентов среднего риска с 6,0 до 9,8%, в основном за счет перехода из группы пациентов с высоким риском и, в меньшей степени, за счет пациентов из группы низкого риска. Доля пациентов низкого риска уменьшилась с 27,5 до 25,3% (Р-уровень 0,027). Мониторинг выполнения рекомендаций пациентами различных групп риска позволил выяснить степень приверженности к профилактическим мероприятиям и определить пути совершенствования методов работы с различными группами.

Выводы.

1. Впервые разработана и внедрена в практику малозатратная для учреждения здравоохранения и доступная для пациента методика организации индивидуальных профилактических мероприятий на основе расчета сердечно-сосудистого риска на доврачебном этапе.

2. Применение информационной технологии позволяет оптимизировать профилактическую работу в лечебном учреждении и повышает эффективность диспансеризации.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ

Владзимирский А.В., Мозговой В.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г.Донецк, Украина

ИЗУЧЕНИЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ СЕТЕЙ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Логистика является важным компонентом здравоохранения. Раньше было показано, что совершенствование логистики за счет информационных технологии является мощным фактором роста эффективности системы здравоохранения в целом; в настоящее время под такими технологиями подразумевается прежде всего телемедицина.

С организационной точки зрения методически правильно построенная телемедицинская сеть в первую очередь позволяет реализовать управление потоками пациентов, что сразу положительно отражается на производственных процессах, экономических расходах, эпидемиологической и социальной ситуации. Именно поэтому коэффициент транспортировок и рассматривается подавляющим большинством исследователей как основной индикатор организационной эффективности телемедицинской сети.

Нами определенно значение коэффициента транспортировок для трех телемедицинских сетей Днепропетровской (n=83) и Донецкой (n=27) областей (2006-2010 гг.) и национальной телекардиологической сети «Телекард» (n=9446) (2005-2010 гг.). Использована база данных отдела информатизации Донецкого национального медицинского университета.

В исследование включены только случаи, которые содержат полную информацию, необходимую для изучения. Полученные значения сравнивали с данными литературы. Установлен коэффициент транспортировок для трех исследуемых телемедицинских сетей: специализированная национальная - 0,005-0,2, специализированная областная - 0,1, многопрофильная областная - 0,4. Показатели коэффициента транспортировок из литературы: региональные многопрофильные телемедицинские сети (Леванов В.М., 2003, Saffle J.et al, 2009) - 0,2-0,6, региональные специализированы телемедицинские сети (Duchesne J. et al., 2008, Raza T. et al, 2009, Wootton R. et al, 2000) - 0,1-0,5, сети телерадиологическая (Kreutzer J. et al, 2008) - 0,4, телеонкологическая (Demello A. et al, 2005) - 0,2, телекардиологические (Clemmensen P. et al, 2005, Gomes R. et al, 2010, Grant B. et al, 2010, Marzegalli M. et al, 2005) - 0,1-0,3, теленеврологические (Patterson V. et al, 2001, Schwamm L. et al, 2004) - 0,5-0,6.

Установлено, значение коэффициента транспортировок для исследуемых телемедицинских сетей, отвечает аналогичным значениям для международных эффективных телемедицинских систем и проектов.

Таким образом, доказана организационная эффективность существующих телемедицинских сетей.

Тоцкая Е.Г., Покровская О.Б.
АНО «Клиника НИИТО»
г.Новосибирск, Россия

ТЕЛЕМЕДИЦИНА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Состояние инновационной деятельности является важнейшим индикатором развития общества и экономики. Для развития инновационной экономики России, в том числе в здравоохранении, определены направления деятельности, одним из которых являются медицинские технологии. Технологии в сфере здравоохранения активно развиваются, часто требуют выполнения сложнейших процедур. Учитывая территориальную протяженность Российской Федерации и концентрацию ведущих медицинских учреждений страны в больших городах, проблема доступности

специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи существует и в нашей стране. СФО является одним из крупнейших территориально-административных образований России, объединяя 16 регионов. Существенным недостатком здравоохранения СФО является недостаточное количество высококвалифицированных специалистов в ряде регионов, слабое обеспечение дорогостоящим оборудованием. Телемедицину можно отнести к новым технологиям, решающим проблемы доступности высококвалифицированной медицинской помощи и инновационных методов диагностики и лечения на отдаленных территориях.

В рамках комплексного социально-гигиенического исследования по проблемам управления инновациями в здравоохранении при участии Межрегиональной ассоциацией «Здравоохранение Сибири» и ведущих медицинских организаций Федерального уровня проведен анализ состояния (2007-2012 гг.) и перспектив развития телемедицинских технологий на территории СФО. Основными направлениями деятельности в сфере телемедицинских технологий являются:

- консультационные услуги,
- видеоконференции,
- дистанционные формы обучения.

В настоящее время на территории округа существует 26 ТМ-пунктов с различным уровнем их структурной организации в Новосибирской, Омской, Томской и Кемеровской областях, Алтайском, Красноярском краях и Республике Бурятия. Всего по округу за исследуемый период проведено 5380 телемедицинских сеансов, из них 3397 консультаций, 1042 конференций, 2 Коллегии, 36 лекций и семинаров, 3 аттестации и предаттестации. В среднем приходится по 81 ТМ-сеансу на 1 центр в год. В структуре сеансов в целом по округу преобладает ТМ-консультация - 96%, 4% составляют конференции, лекции, семинары. Поэтапный ввод в действие новых ТМ-пунктов привел к росту числа ТМ-консультаций более, чем в 10 раз по сравнению с 2007 годом. Показателем повышения активности работы ТМ-центров является рост числа ТМ-консультаций на 1 центр более, чем в 3 раза, конференций - в 2,6 раза. Телемедицина на сегодняшний день остается дорогостоящей технологией.

Источниками финансирования являются бюджет субъектов Федерации, средства ОМС, федерального бюджета, часть консультаций предоставляется на платной основе. ТМ-совещаний, коллегий, ТМ-конференций проводится в среднем по 20-25 на 1 ТМ центр в год. В рамках дистанционного обучения по округу за 5 лет транслировалось 48 лекций и семинаров (1% всех ТМ-сеансов) по 1, 2 на 1 центр в год. В аттестации врачей и среднего медицинского персонала телемедицина используется также недостаточно, всего по округу проведено 3 таких сеанса. В качестве факторов, сдерживающих внедрение ТМ-технологий в региональное здравоохранение по данным социологического исследования, проведенного среди руководителей ТМ центров, выявлены: отсутствие нормативной базы, регламентирующей деятельность ТМ центров и порядок предоставления ТМ-консультации, стабильных источников финансирования, единых подходов к разработке технического проекта организации и развития, региональных телемедицинских сетей, а также структуры, координирующей деятельность ТМ центров в округе.

Внедрение в деятельность медицинских организаций СФО телемедицинских технологий позволит повысить качество и уровень специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, обеспечить доступность новых и инновационных лечебно-диагностических технологий для населения и методов обучения медицинского персонала.

Белоконев В.И., Ушаков Н.Г.
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней N 2
г.Самара, Россия

ПАТОМОРФОЛОГИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ

Одним из важнейших элементов лечения больных с торакальной травмой и реберным клапаном является восстановление каркаса грудной клетки. Это достигается применением

различных методов скелетного вытяжения. Практика лечения больных показывает, что на исходе 7-10 суток происходит некоторая стабилизация зоны перелома и отрицательное действие реберного клапана постепенно уменьшается. Регенерация кости за такой короткий промежуток времени невозможна. В связи с этим изучение механизмов стабилизации реберного клапана имеет важное практическое значение.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения в зоне перелома ребер у пострадавших с травмой груди, осложненной реберным клапаном.

На базе Самарского бюро судебно-медицинской экспертизы мы провели анализ аутопсий 380 умерших пострадавших в различные сроки после травмы груди. У 73 (19,2%) пациентов были фрагментарные переломы ребер. Всего изучено 289 гистологических препарата, включая 82 препарата зон переломов ребер у больных, умерших в различные сроки после травмы груди с клапанным переломом ребер. В зависимости от времени от момента получения травмы до летального исхода выделили 5 групп больных, что позволило проследить закономерности эволюции морфологических изменений в зоне переломов ребер при сохраненном дыхании без хирургической стабилизации реберного каркаса на 1, 2, 5, 14, и 21 сутки с момента травмы. Нами установлено, что на 1, 2, 5 сутки каких-либо морфологически значимых изменений в зоне перелома, направленных на его стабилизацию не происходит. При сохраняющемся парадоксальном дыхании более 5 суток отмечается задержка образования первичной костной мозоли, усиленная резорбция костной ткани в месте перелома. Предшествующий контакт отломков в этой зоне сопровождался уплотнением, а затем отмиранием участка костной ткани с последующим активным пазушным рассасыванием. Активация же остеобластов, как проявление пролиферации клеточных элементов при фрагментарных переломах ребер происходила на 7-9 суток позже, чем при единичных переломах. Это обусловлено тем, что при сохранении движения отломков ребер происходит дополнительное повреждение новообразованных балочных структур, а поэтому, последние, при формировании плотной костной мозоли, претерпевали двойную перестройку под влиянием нагрузок в зоне перелома. На 14-е сутки с момента травмы наблюдалась дальнейшая интенсивная резорбция костной ткани с формированием четкой «резорбционной борозды» сразу за участком уплотнения прикраевого участка отломка ребра. То есть происходит отслойка участка, который в последующем частично рассасывается и является основой для образования первичной костной мозоли. При морфологическом исследовании зон перелома ребер на 21 сутки определяются костные балки, частично заполняющие межотломковую щель и формирующие костную мозоль.

Увеличение сроков консолидации переломов ребер усугубляло травму легких, способствовало развитию пневмонии и гнойно-септических осложнений, выявленных посмертно у пострадавших, которые и являлись основной причиной летальных исходов.

Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что при травме груди для стабилизации реберного клапана продолжительность скелетного вытяжения должна быть не менее 10-14 суток, соответственно периоду образования первичной костной мозоли.

Белоконев В.И., Ушаков Н.Г.
ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней N 2
г.Самара, Россия

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КЛАПАННЫМ ПЕРЕЛОМОМ РЕБЕР

В хирургическом лечении пострадавших с закрытой травмой груди важной проблемой остается лечение множественных переломов ребер с образованием реберного клапана. Множественные переломы ребер часто сочетаются с повреждением внутригрудных органов (61,8%) и других областей тела (Маслов В.И., 2000), и сопровождаются высокой летальностью - 40-60% (Вагнер Е.А., 1998, Guglielmo M.,1999). При развитии флотации реберного клапана и парадоксального дыхания летальность достигает 67% (Флорикян А.К., 1998).

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с травмой грудной клетки путем разработки алгоритма диагностики и тактики лечения в зависимости от характера повреждений грудной клетки, развития патологических синдромов и сочетания с повреждениями других органов.

По специально разработанной программе проведен анализ лечения 470 больных с торакальной травмой за период с 1999 по 2012 г. Возраст больных колебался от 25 до 58 лет. Мужчин было 378 (84,4%), женщин - 92 (15,6%). Среди механизмов травмы груди первое место занимал ушиб (41,6%), второе - ДТП (27,0%), третье - кататравма (31,4%). Множественные переломы ребер были у 315 (67,1%) пострадавших. Тяжесть состояния пострадавших оценивали по бальной классификации APACH-2: у 183 (38,9%) пострадавшего состояние было удовлетворительное, у 166 (35,4%) - средней степени тяжести, у 121 (25,7%) - тяжелое и крайне тяжелом состояние. Среди пострадавших последней группы развитие реберного клапана и парадоксального дыхания имело место у 22 (4,7%).

В практической работе мы использовали классификацию множественных переломов ребер и грудины, предложенной S. Neueburg и соавт. (1986) и усовершенствованной Н.К. Голобродько (1999), согласно которой травматическая нестабильность каркаса груди делится на:

1 тип - охватывает передние отделы грудного каркаса до передней подмышечной линии, соответствует расположению грудины и большой грудной мышцы - наблюдался у 8 (36,3%) пострадавших;

2 тип - от задней подмышечной линии до позвоночника, соответствует трапециевидной и широчайшей мышцам спины - 3 (13,7%);

3 тип - между передней и задней подмышечной линиями, не содержит крупных мышц - 11 (50,0%).

В значительной степени амплитуда флотации и предопределялась указанными большими мышечными группами. Для диагностики травматических повреждений груди помимо традиционных методов исследования (рентгенологического, ультразвукового, бронхоскопии, плевральной пункции), применяли компьютерную спиральную томографию, которая позволяла с предельно высокой точностью определить локализацию, объем повреждения реберного каркаса грудной клетки, состояние внутренних органов, наличие жидкости и крови в плевральных полостях и перикарде, уточнить локализацию инородных тел.

Лечение больных с множественным клапанным переломом ребер осуществляли по следующей схеме:

1) адекватное обезболивание,
2) восстановление нарушенной каркасности грудной клетки,
3) посиндромная терапия.

С целью обезболивание больным проводили новокаиново-спиртовые блокады мест переломов и продленную паравертебральную анестезию. Кроме этого, для обезболивания больным назначали анальгетики, наркотические препараты. Реберный клапан устраняли путем скелетного вытяжения за ребра или грудину с помощью пулевых щипцов и бельевых зажимов на «балканской раме». Масса груза при проведении вытяжения составляла от 400 до 800 г на один участок тяги. При показаниях выполняли плевральную пункцию и дренирование плевральной полости по Бюлау или переводили больного на активную аспирацию. Перевод пациента на ИВЛ осуществляли либо одновременно, либо после устранения причины парадоксального дыхания. Применение объемной ИВЛ в качестве «внутренней пневматической стабилизации» без скелетного вытяжения, считаем необоснованной, т.к. это приводит к дополнительной травме легкого и утяжеляет состояние больного.

На фоне мероприятий по стабилизации грудного каркаса и ИВЛ больным проводили комплексную консервативную терапию, включающую санацию трахеобронхиального дерева, инфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию, парентеральное и энтеральное зондовое питание с нутритивной поддержкой до экстубации больного и перевода его на самостоятельный прием пищи per os.

Средние сроки скелетного вытяжения при реберном клапане составили от 7 до 14 суток. Из 22 пострадавших с реберным клапаном, которые поступили в крайне тяжелом состоянии, лечение по описанным принципам позволило добиться выздоровления у 15 пациентов, умерло -

7 (31,8%).

Выводы.

1. Для эффективного оказания помощи пострадавших с травмой груди важное значение имеет использование всего арсенала диагностических методов исследования, в том числе ультрасонографии и компьютерной томографии.

2. У пострадавших с передним и боковым реберным клапаном, находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, скелетное вытяжение за ребра или грудину с проведением на этом фоне продленной ИВЛ и паравертебральной блокады является наиболее эффективным методом лечения, позволяющим добиться улучшение состояния больного до параметров, при которых возможно использовать другие способы стабилизации ребер.

Козлов А.В., Цегельников М.М.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра хирургии ФПК и ППВ
г.Новосибирск, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМО-ТОПОГРАФИчЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОАРХИТЕКТОНИКИ ПРИ АНГИОСОМАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ

Проведены исследования на 40 препаратах верхней конечности у 20-ти взрослых обоего пола, из них женщин - 5, мужчин - 15. Длина тела составила 169,6±6,4 см, масса тела 66,4±2,7 кг.

В ходе исследования определяли расположение сосудистой ножки кровоснабжаемых аутотрансплантатов, ее длину. На основании этого определяли возможные варианты привнесения дополнительного источника кровоснабжения места повреждения.

В ходе артериального русла метиленовым синим; макропрепарирование и прецизионное препарирование (микропрепарирование) с использованием средств оптического увеличения; моделирование на трупах различных вариантов формирования лоскутов с автономным кровотоком для реваскуляризации мест повреждения. На кисти была проведена ангиография с тугим наполнением у 9-ти препаратов верхней конечности.

При проведении реваскуляризации мы учитывали ангиосомальное сегментов конечностей, высокую компенсаторную возможность кровоснабжения, позволяющую без вреда для донорской зоны провести реваскуляризацию места повреждения. Для этого мы выделили основные артериальные ангиосомы, использование которых возможно для реваскуляризации.

В дистальной трети предплечья от лучевой артерии определили 5-10 ветвей, снабжающих кровью окружающие ткани. В 16% случаев мы определили две ветки, на основе которых возможно формирование лоскута с выеп автономным кровотоком для проведения реваскуляризации. А также мы определили в 100% ветку к области тенара (r.carpeus palmaris a.radialis), позволяющую сформировать фасциальный аутотрансплантат позволяющий выполнить направленную реваскуляризацию области повреждения на кисти. Использование трансплантатов осуществлялось на дистальной сосудистой ножке.

На кисти, из - за анатомических особенностей строения площадь используемых лоскутов 2-8 см^2. Но с учетом ее размеров этого вполне достаточно.

Источниками реваскуляризации на кисти являются тыльные метакарпальные артерии, особенно вторая, собственные пальцевые артерии, червеобразные мышцы. Лоскуты на основе данных анатомических образований чаще всего используются на проксимальной сосудистой ножке (метакарпальные артерии, собственные пальцевые артерии) или на дистальной (на основе червеобразной мышцы).

При использовании лоскутов на кисти обязательно учитывать объемный кровоток дистально расположенных сегментов, бережно относится к доминирующему кровотоку пальцев кисти.

Сосудистая анатомия верхней конечности и кисти в частности очень вариабельно, и проводя

реваскуляризацию необходимо знание всех возможных вариантов.

Таким образом, анатомо-топографические исследования показали возможность проведения направленной реваскуляризации зоны повреждения различными вариантами аутотрансплантатов с автономным кровотоком.

Марцияш А.А., Колмыкова Е.В., Дуда Е.Е.
ГБОУ ВПО КемГМА
МБУЗ « ГКБ N1 им. М.Н. Горбуновой»
г.Кемерово, Россия

ПОКАЗАТЕЛЬ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Заболевания головного мозга являются лидирующей причиной инвалидизации населения. В связи с этим проблема эффективной и безопасной реабилитации данных пациентов является одной из наиболее актуальных.

Реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на быстрое и максимально полное восстановление физического, психологического и социального статуса пациента. Более чем у половины пациентов, перенесших мозговой инсульт обнаруживаются расстройства когнитивных функций различной степени выраженности. Имеются сведения о том, что коррекция тревожно-депрессивных расстройств, артериальной гипертонии, энергетического метаболизма, подавление процессов свободно-радикального окисления, наряду с восстановлением кровотока, могут обеспечивать уменьшение зоны ишемического повреждения и уменьшать выраженность неврологического дефицита.

Перспективным в этом плане является применение в комплексной реабилитации антител к мозгоспецифическому белку S-100 (тенотен), бисопролола в комбинации с гипотиазидом (лодоз), а также левокарнитина (элькар) и ацетил-L-карнитина (карницетин), что обеспечивает нормализацию артериального давления, уменьшение последствия тканевой гипоксии, улучшает состояние микроциркуляции, способствует активации энергетического метаболизма, в результате чего снижается когнитивный дефицит и улучшается качество жизни пациентов, перенесших мозговой инсульт.

Цель исследования. Оценить влияние комплексной реабилитации на состояние когнитивных функций, психологический статус и качество жизни пациентов перенесших мозговой инсульт. …

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены 66 пациентов (мужчины) с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадия. Все пациенты перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и были переведены из неврологического отделения на поздний госпитальный этап реабилитации (23,3±3,4 дня после ОНМК) в больницу восстановительного лечения. Средний возраст пациентов составил 67±4,1 года, индекс массы тела (ИМТ) 28,5±3,0 кг.

Для изучения качества жизни (КЖ) была использована методика: «Ноттингемский профиль здоровья» («Hottingham Health Profile») - в наибольшей степени оценивающая влияние симптоматики заболевания на качество жизни пациента.

С целью оценки личностной и реактивной тревожности применялся опросник Спилбергера (Spilberger C.D.) в модификации Ю.Л. Ханина. Кроме того, проводилось нейропсихологическое исследование (тест запоминание слов, тест на ориентацию, тест на речевую активность, тест рисования часов, отсроченное воспроизведение слов). Статистическую обработку проводили на персональном компьютере при помощи программного пакета «BIOSTAT» с использованием стандартных методов статистики.

Результаты исследования. На фоне комплексной реабилитации выявлено статистически значимое улучшение показателей качества жизни по данным анкеты Ноттингемский профиль здоровья и показателей уровня тревожности (опросник Спилбергера), а также данным нейропсихологического исследования.

В оценке эффективности комплексного восстановительного лечения на этапе реабилитации проведено анкетирование по шкале реактивной и личностной тревожности. Знание «внутренних

условий личности», через которые преломляются не только психотравмирующие экзогенно-органические, но и лечебные факторы, позволяет оценить реабилитационный процесс и определенным образом влиять на его развитие. Вместе с тем, больные, получавшие в комплексном лечении элькар и карницетин имели положительную динамику уровня реактивной тревожности что свидетельствует о наступлении относительного психологического комфорта и достаточно высокой сохраняемости полученного эффекта.

Положительное действие терапии элькаром и карницетином проявилось более выраженным снижением уровня тревожности и улучшением показателя качества жизни у пациентов, перенесших ОНМК по сравнению с больными, получавшими только стандартную медикаментозную терапию. По данным НПЗ также зарегистрирована достоверная положительная динамика.

Выводы.

Взгляд на реабилитацию с общих позиций, представляет комплекс мероприятий медицинского, физического, психологического и профессионального характера, направленных на максимально возможное восстановление духовных и физических сил больного, позволяющих ему стать полноправным членом семьи и общества. Эта цель достигается, с одной стороны, посредством выявления резервных возможностей организма, а с другой, стимуляцией компенсаторных механизмов, что, в конечном итоге, позволяет занять больному подобающее место в жизни.

Ступак В.В., Митюков А.Е.

ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздрава РФ им. Я.Л. Цивьяна»
г.Новосибирск, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИчЕСКОГО ЛЕчЕНИў ИНТРАМЕДУЛЛўРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения интрамедуллярных опухолей (ИМО) на шейном уровне в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 80 пациентов с ИМО на шейном уровне в период с 1995 по 2012г. Уровень поражения спинного мозга включал медулло-цервикальный -1 пациент (1,2%), шейный - 45 (56,3%), шейно-грудной - 34 (42,5%).

По гистологической принадлежности у пациентов выявлены: эпендимомы - 30 случаев, астроцитомы - 28, кистозная опухоль -15, узловая гемангиобластома - 2; АВМ -1, метастаз рака легкого - 1, глиобластома - 1, гемангиоперицитома - 1, эпендимобластома - 1. По длинику роста опухоли превалировали эпендимомы. При анализе клинических наблюдений выделено два основных варианта начала и течения ИМО. Прогредиентное с медленным развитием 56 пациентов (70%), ремиттирующее 24 пациентов (30%). У 67 (83,7%) пациентов опухоль носила эндофитное расположение, у 7 (8,8%) экзофитное с выходом на поверхность, у 6 (7,5%) пациентов экзо-эндофитное расположение. В предоперационном периоде пациентам проводилась оценка двигательных нарушений, чувствительных нарушений и ФТО.

Тяжесть функциональных расстройств до операции по классификации McCormick (1990г): I балл - 35 (43,8%), II балла - 26 (32,5%), III балла - 12 (15,4%), IV балла - 7 (8,7%) наблюдений. Клиника поражения продолговатого мозга в виде отчетливых бульбарных нарушений выявлена у 1 пациента. По половой принадлежности женщин было 38 (47,5%), мужчин 42 (52,5%). Средний возраст пациентов 38,5 лет.

Результаты исследовагия. Всем пациентам проводилось оперативное лечение в соответствии со стандартными принципами микрохирургии интрамедуллярных опухолей, в том числе с использованием инфракрасного Nd-YAG-лазера длиной волны 1,064 мкм. При опухолях, расположенных ближе к задней поверхности мозга, применяли задний или заднебоковой доступ. При вовлечении медуллоцервикального перехода частично удаляли чешую затылочной кости. В 2 случаях выполнена остеопластическая ляминотомия. Тотальное удаление опухоли

достигнуто у 55 (68,8%) пациентов, субтотальное - у 15 (18,7%) и частичное - у 10 (12,5%) пациентов.

Оценка результатов операций проводилась через 3-6 месяцев после вмешательства. Тяжесть функциональных нарушений по классификации McCormic в этот момент составила: пациенты 1степень - 41 (51,2%), 2 функционального класса - 17 (21%), 3 функциональный класс - пациентов (20%), и пациенты 4 степени с длительным анамнезом и стабильной грубой неврологической симптоматикой - 7 (8%).

При изучении функциональных результатов лечения в зависимости от гистологической структуры на момент выписки и при дальнейшем наблюдении показало, что хороший результат был обнаружен у пациентов с кистозной опухолью и при эпендимомах.

При клиническом наблюдении в течение трех недель после операции двигательные нарушения существенно не менялись. Через 6 месяцев отмечается регресс моторных нарушений. При применении лазерного источника отмечается более ранний регресс двигательных нарушений.

В 6 (7,5%) случаях больные оперированы повторно, в 8 (10%) случаях в связи с продолженным ростом опухолей, в 3 (3,7%) случаях - рецидив.

Летальность в раннем послеоперационном периоде выявлена у 2 пациентов (1 пациент при метастазе рака легкого на уровне С3-5; второй пациент- рецидив узловой гемангиобластомы через 5 лет). Смерть наступила на фоне прогрессирования роста высокозлокачественных образований и развития полиорганной недостаточности.

У5 больных при отсутствии нарастания неврологической симптоматики, во время проведения контрольных МРТ спинного мозга выявлен продолженный рос ИМО.

Выводы.

1. ИМО необходимо оперировать как можно раньше до появления грубой неврологической симптоматики. Поздно проведенные оперативные вмешательства ухудшают послеоперационные неврологические результаты

2. Применение Nd-YAG-лазера позволяет повысить степень радикальности удаления ИМО низкой степени злокачественности и тем самым уменьшить риск и отдалить сроки возникновения их продолженного роста.

3. Наличие кистозной опухоли с четко отграниченными от мозговой ткани краями, является благоприятным фактором в восстановлении неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

4. Применение остеопластической ляминотомии является достаточно надежным способом профилактики развития постляминэктомического синдрома в послеоперационном периоде.

Цегельников М.М., Козлов А.В., Афанасьев Л.М., Медведев С.Б.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Новосибирский государственный медицинский университет Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию», кафедра хирургии ФПК и ППВ
г.Новосибирск
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ

Актуальность исследования. Проблема лечения больных с сочетанными повреждениями кисти имеет большую социальную значимость, заключающуюся в том, что в основном это пациенты трудоспособного возраста - до 73% пострадавших возрастной группы 18-60 лет. Лечение данной патологии трудоемко, длительно, и в довольно большом проценте случаев не удовлетворяет пациентов, и их лечащих врачей.

Из-за анатомических особенностей в патологический процесс травмы вовлекается множество структур - сухожилия, нервы, артерии, а также окружающие их мягкие ткани. В лечение

этих повреждений большое внимание уделяется восстановлению их анатомической целостности, но зачастую не проводится коррекция трофических нарушений, связанных с травмой. Они, в свою очередь приводят к фиброзу тканей, развитию тендогенных и артрогенных контрактур, замедлению сращения переломов.

Цель исследования. Обосновать хирургическую тактику лечения больных с сочетанными повреждениями кисти, основанную на комплексной коррекции трофических и функциональных нарушений.

Материалы и методы исследования. Пациенты основной группы 40 человек, группы сравнения - 30. Пациенты обеих групп в результате различных травм получили повреждения сухожилий в различных сочетаниях с повреждением нервов, сосудов костей на уровне кисти. Характеристика основной группы: мужчин 25, женщин 5. Средний возраст - 37±5. Характеристика группы сравнения: мужчин 23, женщин - 7. Средний возраст 39±6. Пациентам основной группы проводили лечение, направленное на комплексную коррекцию функциональных и трофических нарушение с учетом ангиосомального строения сегментов и включало в себя следующие компоненты:

- шов всех артерий, включая рецессивные, обязательное восстановление вен позиций 2 и 10 часов сегмента пальца, улучшение кровоснабжения зоны повреждения с применением лоскутов с учетом индивидуальной сосудистой архитектоники, ангиосомального строения зоны повреждения, данных математического моделирования биомеханики движений сухожилий, проведение декомпрессии на уровне ладонного апоневроза, карпального канала
- Применение препаратов ботулотоксина для снижения тонуса мышц поврежденных сухожилий для снижения сроков иммобилизации, предотвращения спастического разрыва сухожилий, улучшения трофики мышц. Вводили 50-100 единиц, в среднем 75 ед.
- Раннюю динамическую разработку движений проводили при помощи «тяг» из монофиламентных нитей, фиксированных во время операции к сухожилиям съемным швом.

Пациентов группы сравнения оперировали по стандартным методикам восстановления поврежденных образований.

Отдаленные исследования проводили по стандартным методикам оценки результатов принятых для микрохирургических операций в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Определяли объем активных движений в градусах, восстановление чувствительности, процент утраты трудоспособности, проводили холодовую пробу, термометрию, дуплексного сканирования сосудов конечности, по сравнению со здоровой. При комплексной оценке отдаленных результатов лечения у 87,5% пациентов основной группы оценен как «хорошо».

ВНИМАНИЕ!
НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ПОЛИТРАВМА»!

Научно-практический рецензируемый ежеквартальный журнал «Политравма» предназначен для клиницистов, научных работников и руководителей органов здравоохранения.

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, сотрудники фирм-производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

Журнал рекомендован ВАК Министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук.

ПОДПИСКА

Подписаться на журнал «Политравма» можно в любом почтовом отделении связи РФ:

✓ по «Каталогу российской прессы «Почта России». **Индекс подписки – 54714**

Ф. СП-1

Почта России

АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА» **54714** (индекс издания)

(наименование издания) Количество комплектов:

на 200_ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

ПВ место литер **54714** (индекс издания)

«Политравма»

(наименование издания)

Стоимость подписки _____руб.___коп. переадресовки _____руб.___коп. Количество комплектов

на 200_ год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

Адрес для оформления подписки по каталогу «Почта России» через Интернет:
http://vipishi.ru/catalog-Pochta-Russisa

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Авдеев А.С. 281
Авдонченко Т.С. 69
Авраменко А.В. 222
Агаджанян В.В. 5, 76
Агаджанян К.В. 171
Агаларян А.Х. 172, 191, 213, 230
Агафонова Н.В. ..... 70, 72, 143, 257, ... 278
Акентьева Т.Н. 173
Акимов А.З. 138
Алексеев А.М. 201
Алексеев В.Б. 277
Алексеева А.Г. 70, 72, 257
Алтарев С.С. 258
Альтшулер Е.М. 174, 175, 197
Аминов Р.Р. 149, 305
Амирджанова В.Н. 90, 98, 103, 107
Ананьев И.С. 49
Андриенко А.В. 259, 268
Анешина И.И. 211, 291, 292
Аргинтаев Е.С. 144
Артамонова Г.В. 13, 15, 314, 374
Артемьева Т.Б. 260
Архипова Е.И. 261
Архипова С.В. 216, 217, 320
Асин Б.А. 103
Астахова И.М. 263, 311
Афанасьев Л.М. 74, 154, 386
Афанасьева А.В. 342
Афаунов А.А. 145, 146, 147
Ахапкин С.М. 47
Ашраф Н.Д. 30

Б

Бабаева Т.Н. 264, 336
Багдасарьянц В.Г. 30
Баздырев Е.Д. 265
Байдина А.С. 266
Байракова Ю.В. 265
Банных С.В. 373
Баран О.И. 18, 177, 198, 199
Баранов А.И. ..... 201, 205, 229, 238, ... 247
Барбараш Л.С. 15, 319
Барбараш Н.А. 304
Барбараш О.Л. ..... 249, 258, 265, ... 267, 297, 310, 317, 330
Басалаева Н.С. 191
Басанкин И.В. 145, 146, 147
Батискин С.А. 75, 210
Безденежных Н.А. 265
Бекарисов О.С. 153
Белоконев В.И. 380, 381
Беляев А.М. 182
Беляев М.К. .178, 179, 180, 181, 182
Бердинских А.Ю. 185, 186, 188
Берестенников А.В. 183, 242
Берман А.М. 95
Бесаев Г.М. 30
Богданов А.В. 54
Богданов С.В. 76, 88, 89
Богданович Л.Н. 312
Бойко Е.А. 16, 48, 261
Бойматов И.И. 119, 209
Бомбизо В.А. ..... 61, 183, 185, 186, ... 188, 241, 242, 243
Бондаренко А.В. ..... 77, 78, 96, 99, ... 116, 192
Борецкая Е.А. 93
Бородкина Д.А. 267
Бочкова Т.А. 295
Брежнев Е.В. 174
Бубликов Д.С. 268, 269, 270
Будаев А.В. 46, 373
Будникова О.В. 293
Буевич Е.И. 342
Буйлова Е.В. 342
Булдаков В.Ф. 196, 248
Булдаков П.Н. 61, 242, 243
Бунина Е.Г. 293, 337
Бурзянцева Н.С. 339
Бусоедов А.В. 151
Быкова И.С. 297
Бялик Е.И. 79, 80, 90, 98, 108

В

Ванеев А.В. 157, 160
Ванеева Л.С. 189
Вардикова Г.Н. 90, 98, 100
Варнавский Е.В. 188
Варфоломеева Е.П. 323
Варюшкина Е.В. 303
Васильева В.Е. 191

Васильева Н.Д. 270, 271
Василькова Т.Н. 272, 273
Васильченко Е.М. 94, 220
Введенский В.П. 43, 274
Визило А.Д. 276
Визило Т.Л. ... 58, 275, 276, 278, 352
Владзимирский А.В. 379
Власенко А.Е. 9
Власов С.В. 44, 45, 81,191
Власова Е.М. 277, 279, 282, 298
Власова И.В. 44, 45, 58, 81, 191,
.....270, 271, 278, 352
Возлюбленный С.И. 82
Войтенко А.Н. 192
Володин В.В. 194, 195, 231
Волощенко К.А. 99
Волынский А.Л. 147
Воробьев Р.И. 280, 281
Воробьева А.А. 282, 287
Воробьева Е.Н. ... 269, 270, 294, 356

Г

Гаврилов А.В. 196, 248
Галятин Д.О. 172
Галятина Е.А. 196, 248
Галятина Т.А. 83
Ганин А.С. 30
Герасимов А.А. 223
Герасимова О.А. 77, 78
Гилев Я.Х. 84
Гилева А.М. 291
Гнедь М.А. 197
Головачева В.Д. 312
Голубева В.И. 263
Гонтарев И.Н. 183, 241
Гончаров Р.С. 230
Горячев Д.В. 98
Грибачева И.А. 283, 284, 288
Григорьев Е.В. 47, 48
Григорьев Ю.А. .18, 177,198,199, 285
Грицюк А.А. 92
Грудцына И.В. 323
Груздева О.В. 267
Губарева В.Г. 291
Губина Е.В. 112
Гуманенко Е.К. 163, 164
Гуров А.И. 27
Гусев К.А. 101

Д

Давыдов Д.А. 85, 86
Дадабаев Х.Р. 91
Дадаев М.Ш. 286
Данилина И.В. 282, 287
Демидов Д.Г. 194, 231
Демидов С.Г. 88, 89
Дергилев А.П. 283, 288
Джумабеков С.А. 87
Довгаль Д.А. 102, 114
Долгих В.Т. 60, 200, 333
Домрачева Е.В. 288
Доржеев В.В. 372
Дорохина С.А. 186, 242
Дроздов С.С. 201, 238, 247
Другов А.С. 172, 226
Дуда Е.Е. 384
Дунаева М.П. 339
Дусматов Т.Д. 95

Е

Евсюков А.В. 88
Евтушенко А.Я. 46
Екимовских А.В. 289
Елгина С.И. 290, 371
Елистратов О.Б. 148, 157
Епифанов В.Г. 200
Епифанцева Н.Н. 289
Епишин В.В. 104
Есимова И.Е. 328
Ефимова Т.В. 191, 301

Ж

Жарова Е.Н. 163, 164
Жатько О.В. 94
Жданов В.В. 47, 48
Жданов Р.В. 47, 48
Жевлакова Ю.А. 202
Жилина Н.М. 9, 10, 31
Журавлев Г.И. 200
Журавлева И.А. 350
Жучкова Е.А. 319

З

Заикин С.И. 203, 204, 225, 239
Закарян А.А. 33
Замятин В.А. 205, 216, 217, 238
Затеева Т.Н. 211, 291, 292
Захаров И.С. 371
Захарова Г.В. 202

Захматова Т.В. 163
Здрелько В.П. 104
Зиганшин А.М. 206, 207, 215
Зиганшина Э.А. 206, 207, 215
Зинин В.Ю. 208
Зинченко И.П. 261
Зобнин А.В. 88, 89
Золоев Г.К. 75, 220
Золоев Д.Г. 75, 210
Зотов В.А. 208
Зубенко К.О. 99
Зыков М.В. 297

И

Иванов А.В. 22, 30
Иванов Д.В. 90
Иванова Е.В. 11
Иванова Н.А. 373
Ивлев Е.В. 47, 48
Игишева Л.Н. 293, 350
Игнатенко О.Ю. 93
Игнатьев Ю.Т. 82
Исаев Е.А. 74
Исаков Л.К. 327, 338
Исмаилов Ж.Т. 91, 118, 119, 209,
..... 235
Ишуткин И.В. 143

К

Кабаненко Т.П. 82
Кавалерский Г.М. 92
Казачек Я.В. 265
Казызаева А.С. 294, 356
Каиров Г.Т. 49
Калаева Г.Ю. 295, 349
Калиниченко О.В. 12
Кан С.Л. 50
Каретникова В.Н. 296
Карибаев Б.М. 153
Каркавин В.М. 243
Кармазиненко Ю.А. 93
Карташова Н.К. 373
Кацюба М.В. 296
Кашталап В.В. 297, 310
Квиткова Л.В. 267
Кельмаков В.В. 149, 305
Кельман Г.П. 279, 298
Кизикова М.М. 307
Килин А.И. 299
Ким Л.Б. 365, 366
Киреева О.В. 300
Киренберг Е.В. 341
Кирилович Е.А. 301
Кирьянова В.В. 164
Киселева А.В. 144
Кислова А.С. 94
Кичкина М.М. 324
Клочкова-Абельянц С.А. 302
Кобякова О.В. 303
Коваленко А.В. 319
Коваль О.А. 75, 210
Ковешникова Н.И. 211
Ковзик Л.Д. 263
Кожевников А.М. 208
Козлов А.В. 383, 386
Коков А.Н. 317, 330
Колесников А.О. 304
Колесников О.П. 51, 52, 53
Колмыкова Е.В. 384
Колобкова Т.А. 95
Колобова О.И. 210
Коломацкий В.В. 98
Колотов Е.Б. 149, 305
Колотова Е.В. 149, 305
Комличенко Э.В. 22
Кондратьева О.В. 211, 291, 292
Кондрацкая О.В. 306, 323
Конев Е.В. 143
Конев С.В. 70, 100, 257
Коновалова Н.Г. 161
Коптев В.Д. 336
Копытова Л.И. 292
Коржеченко Е.Г. 57
Корнева С.В. 307
Корнеева И.А. 341
Коробейникова А.Г. 27
Королев С.Г. 94
Королева Е.Г. 218
Короткевич А.Г. 212, 216, 217
Корчагин Е.Н. 309
Корчагина Ю.С. 309
Косарев В.А. 95
Косинова М.В. 244
Косовских А.А. 50
Костина Ю.П. 210
Костомарова Т.С. 13
Котарова Л.В. 323
Котов М.С. 223
Котова О.А. 347
Котовщикова Е.Ф. 342

Кочергина А.М. 310
Кравцов С.А. 54, 55, 62
Краснов О.А. 223
Крикавцова С.А. 311
Кротов К.Ю. 14
Круглыхин И.В. 77, 78, 96
Крыжановский С.П. 312
Крылов Ю.М. 213, 226
Крючков Д.В. 313
Кувшинов Д.Ю. 304
Кудрявцева М.А. 307
Кудрявцева Ю.А. 173
Кузнецов А.В. 228
Кузнецов А.Д. 191, 213, 226
Кузьменко А.В. 145
Кузьмич М.П. 305
Куклина Е.Ю. 372
Кулавский В.А. 215
Кулавский Е.В. 206, 207
Кундиус С.А. ... 61, 188, 241, 242, 243
Куршакова И.В. 30
Кучерова Л.В. 97
Кушнерова Н.Ф. 312

Л

Левченко Т.В. 275
Леденева И.В. 97, 109, 130
Леонтьев А.С. 216, 217
Лещенко И.Ж. 314
Лимакова И.В. 318
Липина М.М. 98
Лисаченко Г.В. 373
Лиханова М.А. 217
Логунов А.Л. 103, 107
Лончакова И.Ю. 15
Лось Е.А. 16
Лукач В.Н. 60
Лукин С.Ю. 120, 121
Лукьянов В.В. 77, 78, 99
Любарский М.С. 218, 227
Любченко А.А. 25
Ляховецкая В.В. 161

М

Макаров Д.Н. 220
Макаров М.А. ..... 90, 98, 100, 103, ... 107
Макаров С.А. ..... 15, 90, 98, 100, ... 103, 107, 108, 374
Макеева О.А. 297
Макин А.А. 61, 186, 243
Максимов С.А. 314, 343
Максимова А.А. 315
Макшанова Г.П. 373
Малашенко А.А. 221
Малюта Е.Б. 317
Малютина Н.Н. 277
Маменков А.С. 138
Маркин А.В. 316
Мартыненко Т.И. 316
Мартынова И.Я. 211
Марцияш А.А. 384
Масенко В.Л. 317
Масляков В.В. 222
Матузов С.А. 150, 151, 152, 223
Матузова Е.А. 223
Махмудов Н.И. 91, 235
Медведев С.Б. 386
Мельникова Г.И. 211
Мецлер В.Д. 27
Милюков А.Ю. 84, 100
Мингалев Н.В. 217
Минин С.И. 221
Миняйлова Н.Н. 318
Мироманов А.М. 101, 150, 151, 372
Мироненко Т.В. 244
Миронова О.Б. 101, 372
Митюков А.Е. 385
Михайлюк Н.В. 36
Могучая О.В. 163, 164
Мозговой В.В. 379
Мозес А.Д. 244
Моисеенков Г.В. 15
Молдавская И.В. 319
Москвитин П.Н. 18, 177
Мугатасимов И.Г. 201, 247
Мулерова Т.А. 314, 320
Мухаметжанов Д.Ж. 153
Мухаметжанов Х. 153

Н

Нагорнова Н.А. 347
Наконечная А.В. 332
Нарынбеков Ч.Н. 87
Начева Л.В. 367
Негода Е.Н. 217
Неймарк А.И. 192
Нестерок Ю.А. 367
Николаев А.С. 154, 155, 157
Николаева Е.А. 321

Никонова И.К. 366
Никулина Е.Н. 290
Новак И.В. 351
Новокшонов А.В. ... 19, 148, 154, 155,
..... 157, 159, 160, 165
Носов А.Е. 266
Нурмухамедов Ф.А. 240

О

Обухов С.Ю. 102, 114
Овчинников О.Д. 144, 158
Огарков М.Ю. 314, 320
Одинцева О.В. 322
Онищенко Е.Г. 306, 323
Ооржак О.В. 223
Орлов А.Е. 20

П

Павленко В.В. 223
Павлов В.В. 324
Павлов В.П. ... 90, 98, 100, 103, 129
Павлова Н.В. 325, 326
Пархоменко И.С. 194
Пахтусова Н.И. 323
Пелеганчук В.А. 21
Пепеляева Т.В. 327, 338
Первов Е.А. 203, 225, 239
Первова Н.Г. 329, 347
Петров К.Б. 334
Петрова Н.Г. 22, 24
Петухова О.В. 171, 348
Писаренко М.С. 328
Плясов С.А. 147
Погосян С.Г. 23
Поданева Ю.Е. 258
Подкорытова А.Ю. 50
Подолужная Н.В. 373
Позднякова О.А. 323
Покровская О.Б. 379
Поликутина О.М. 265, 296
Полковников И.А. 341
Полубоярцев С.И. 27
Полукарова Е.А. 276
Полюкова М.В. 24
Пономарева Т.А. 279, 282, 287, 298
Попов А.А. 25
Попов В.А. 15
Попов В.П. 104
Попова Е.А. 25
Попова Ек.А. 57
Попова Ел.А. 57
Попова М.А. 25
Попова Н.И. 323
Попова Т.А. 329, 347
Попова Т.Ф. 283, 288
Портнов Ю.М. 330
Портнова С.С. 231
Поспелова Т.И. 336
Потемкина Е.Г. 163, 164
Присухин Е.Н. 26
Притчина С.С. 293
Пронских А.А. 76, 84, 88, 89
Пронских Ал.А. 88
Пронских И.В. 58, 81, 191, 275,
..... 278
Путятина А.Н. 365
Пьянкова Е.Э. 347
Пятова А.Е. 284

Р

Раздорская М.В. 192
Ракитин Ф.А. 218
Раудина С.Н. 331
Ревкович А.С. 105, 112
Репникова Р.В. 216, 217, 249
Робина С.И. 69
Ровда Ю.И. 318, 337
Ровенских Д.Н. 236
Рогальников Н.Н. 106
Рожанский С.А. 150, 151, 152
Роскидайло А.А. 103, 107
Ростовцев А.В. 104
Ростовцев С.И. 25
Ротькин Е.А. 226
Рубан Е.Э. 47, 48
Рыбина Ю.А. 272, 273
Рыбников А.В. 108
Рыжиков Д.В. 105, 112
Рыжих Е.Е. 109
Рытик Л.Л. 332

С

Сабаев А.В. 27
Саввина Н.В. 315
Савилова В.В. 333
Салугина С.О. 90
Санкина Е.А. 334
Сартаков Г.Г. 236
Сафарова Н.И. 240
Сафронова Г.А. 216, 217

Свешников А.А. .... 28, 110, 111, 123, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 325, ... 326, 335, 353, 354, 355
Семенихин В.А. 322, 331
Семенов А.Л. 112
Семенов С.Е. 319, 330
Семенова М.Н. 108
Сенчило В.Г. 351
Серебренникова Е.В. 212
Серегина О.Б. 336
Середа А.П. 92
Силантьева Е.В. 292
Силантьева И.В. 337
Силонова А.А. 332
Синица Н.С. 102, 114
Синькова М.Н. 327, 338
Скворцова Н.В. 336
Скопинцев Д.А. 54
Скрипченко А.Е. 314
Слепынина Ю.С. 265, 296
Смагин М.А. 227
Смарж Т.М. 228
Сметанин С.М. 92
Смирнова А.В. 229, 238
Смирнова Л.В. 339
Смирнова О.И. 61
Смирнова О.Ю. 339
Соболева С.В. 198
Совалкин В.И. 333
Соколов К.В. 95, 115
Соколова Г.Г. 294, 356
Солнышко М.А. 97, 109, 130
Солуянов М.Ю. 218
Старцева И.В. 292
Стенникова Ю.А. 70
Степанова М.Г. 367
Стерехов Е.В. 230
Строкольская И.Л. 374
Ступак В.В. 385
Ступин Ю.В. 150, 151
Субботин А.В. 341
Сувонов Ж.Н. 235
Суржикова Г.С. 302
Сутулина И.М. 11, 300
Сырова И.Д. 330
Сюльжина Е.Н. 342

Т

Табакаев М.В. 343
Тавлуева Е.В. 29
Талицкая Е.А. 343
Тания С.Ш. 30, 33
Тараканова Е.В. 25, 57
Тарасов Н.И. 327, 338
Тарновский Р.В. 344
Тахмазян К.К. 146, 147
Тепляков А.Т. 327, 338
Тептин С.Е. 22
Терлецкая О.С. 267
Тимофеев В.В. 77, 78, 116
Титов В.В. 26
Титов В.М. 26
Тихонюк В.П. 48
Тлеубаев Ж.А. 84
Тлеубаева Н.В. 81, 270
Тодышева Е.Н. 31
Толкач Н.М. 300
Торгунаков А.П. 231, 232, 234
Торгунаков С.А. 194, 234
Тоцкая Е.Г. 35, 379
Требущенко Н.В. 95
Третьяков С.В. 345, 346
Трофимова Г.Г. 341
Трубин В.В. 117, 144
Трубицына М.В. 275
Трухачев И.Г. 104
Тулупов А.Н. 30, 33
Тулуш И.С. 223

У

Удовиченко А.В. 61, 242, 243
Усманов Б.С. 91, 118, 119,209, 235
Усманов С.Б. 119, 209
Усов С.А. 236
Устинов Д.Н. 185
Устьянцев Д.Д. 223
Устьянцева И.М. ..... 59, 83, 85, 86, ... 171, 202, 321, 348, 349
Ушаков Н.Г. 380, 381
Ушаков С.А. 120, 121
Ушакова Г.А. 371

Ф

Фадеева Е.А. 342
Фаев А.А. ..... 201, 205, 216, 217, 229, ... 238, 247
Файн А.М. 79, 80
Фанасков В.Б. 317
Фастыковская Е.Д. 299
Фатеева Э.В. 260

Федоренко В.И. 356
Федоров К.К. 181
Федоров М.Ю. 19, 157, 159, 160
Федорова Л.А. 24
Федорченко С.С. 88
Федосеева И.Ф. 341
Филатов В.В. 60
Филатов Е.В. 158, 161
Филимонов С.Н. 320
Филиппов А.С. 58
Фомичев В.А. 51, 52, 53
Фонин В.В. 283, 288
Фроленко С.Ю. 161
Фролов П.А. 203, 225, 239

Х

Хайитов А.А. 240
Хайрединова О.П. 329, 347
Хвостов А.Г. 117
Хвостова С.А. 110, 122, 123, 124,
..... 125, 126, 127, 128
Хорохордина К.Н. 348
Хохлова О.И. 59, 83, 171, 202,
..... 295, 348, 349
Храмов А.Э. 100
Хренников Я.Б. 129
Хританкова А.А. 25
Хромов А.А. 319
Хромова А.Н. 319

Ц

Цеймах Е.А. 61, 241, 242, 243
Цеймах И.Я. 316
Цегельников М.М. 383, 386
Цигельник А.М. 244
Цигельник С.В. 300
Цигельникова Л.В. 350
Цицкунов А.В. 203
Цой Е.Г. 350
Цоколов А.В. 351
Цуканова А.В. 293
Цюрюпа В.Н. 58, 81, 278, 352

Ч

Чаусова Ю.В. 23
Чвыров Р.В. 130
Челнакова Л.А. 353, 354, 355
Челышев Е.В. 245, 246
Череватенко К.В. 26
Чернышова А.В. 93
Чернявский С.С. 201, 238, 247
Чеченин А.Г. 276
Чеченин Г.И. 9, 31, 36
Чикин А.Е. 33
Чикрина В.В. 291
Чикун В.И. 25
Чурляев Ю.А. 50, 289

Ш

Шабалдин А.В. 337
Шаповалов В.К. 145
Шарлаева Е.А. 294, 356
Шарыпова Н.В. 131, 132, 133, 135,
..... 136, 137
Шаталин А.В. 54, 55, 62
Шатохин В.Д. 34, 138
Шатохина М.Г. 319
Шауэрман Б.А. 26
Шашуков Д.А. 284
Шелякина О.В. 35
Шерман С.В. 196, 248
Шихнабиева М.Д. 357
Шихнебиев Д.А. 358, 359
Шкурупий В.А. 365, 366
Шляпников Д.М. 277, 298
Шойхет Я.Н. 316
Шофорусь Т.В. 249
Шписман М.Н. 49
Шумкин А.А. 36
Шумков О.А. 227
Шушаков Д.А. 360

Щ

Щедренок В.В. 163, 164

Э

Эркабоев А.К. 118
Этенко А.И. 46

Я

Яковлева Н.В. 171, 250
Якушин О.А. 165
Яруллина Т.С. 69
Яцын А.М. 183, 186, 188

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ 3

Агаджанян В.В.
20 ЛЕТ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ 5

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И.
РОЖДАЕМОСТИ В НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2002-2012 гг. 9

Жилина Н.М.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ г.НОВОКУЗНЕЦКА ПО ИНФОРМАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА 10

Иванова Е.В., Сутулина И.М.
НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012 ГОДУ 11

Калиниченко О.В.
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ЛИШИВШИМСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ 12

Костомарова Т.С., Артамонова Г.В.
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ 13

Кротов К.Ю.
О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА) 14

Лончакова И.Ю., Попов В.А., Макаров С.А., Моисеенков Г.В., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ 15

Лось Е.А., Бойко Е.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ФСВОК В ОЦЕНКЕ ТОЧНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ И ИЗМЕРЕНИЙ 16

Москвитин П.Н., Григорьев Ю.А., Баран О.И.
ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В КУЗБАССЕ 18

Новокшонов А.В., Федоров М.Ю.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 19

Орлов А.Е.
РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ВСЕОБЩЕГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 20

Пелеганчук В.А.
АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В СИБИРСКОМ

Содержание

ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ 21

Петрова Н.Г., Комличенко Э.В., Иванов А.В., Тептин С.Е.
О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН 22

Погосян С.Г., Чаусова Ю.В.
РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОПРОСАХ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА 23

Полюкова М.В., Петрова Н.Г., Федорова Л.А.
РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ В СОЗДАНИИ ОПТИМАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МИКРОКЛИМАТА 24

Попов А.А., Ростовцев С.И., Попова М.А., Чикун В.И., Попова Е.А., Любченко А.А., Тараканова Е.В., Хританкова А.А.
УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ 25

Присухин Е.Н., Титов В.В., Титов В.М., Череватенко К.В., Шауэрман Б.А.
ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 26

Сабаев А.В., Полубоярцев С.И., Коробейникова А.Г.
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОМСКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ В 2012 ГОДУ 27

Сабаев А.В., Гуров А.И., Мецлер В.Д.
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ В 2012 ГОДУ 27

Свешников А.А.
ЦЕНТР ИЛИЗАРОВА - ГОЛОВНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА 28

Тавлуева Е.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В КУЗБАССЕ (КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ) 29

Тания С.Ш., Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Куршакова И.В., Багдасарьянц В.Г., Иванов А.В., Ашраф Н.Д., Ганин А.С.
СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ 30

Тодышева Е.Н., Жилина Н.М., Чеченин Г.И.
СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г.НОВОКУЗНЕЦКА ЗА 2004-2012 ГГ. ПО ИНФОРМАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ БАЗ ДАННЫХ 31

Тулупов А.Н., Закарян А.А., Чикин А.Е., Тания С.Ш.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГА 33

Шатохин В.Д.
ОПЫТ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 34

Шелякина О.В., Тоцкая Е.Г.
ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 35

Шумкин А.А., Чеченин Г.И., Михайлюк Н.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ АЛГОРИТМОВ РЕГИСТРАЦИИ ВЫЗОВОВ К ЛИЦАМ В НАРКОТИЧЕСКОМ ОПЬЯНЕНИИ И С ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ ОПИАТОВ ЗА ПЕРИОДЫ 2003-2005 ГГ. (ДО ВНЕДРЕНИЯ) И 2009-2011 ГГ. (ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ) 36

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ 41

Введенский В.П.
ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ АСПИРАЦИИ 43

Власов С.В., Власова И.В.
ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 44

Власов С.В., Власова И.В.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 45

Евтушенко А.Я., Будаев А.В., Этенко А.И.
КРИТИЧЕСКИЕ УРОВНИ МОЗГОВОЙ ПЕРФУЗИИ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕАНИМАЦИИ 46

Жданов В.В., Григорьев Е.В., Ивлев Е.В., Жданов Р.В., Ахапкин С.М., Рубан Е.Э.
ВЫБОР МЕТОДА ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 47

Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов В.В., Жданов Р.В., Тихонюк В.П., Бойко Е.А., Рубан Е.Э.
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, У ДЕТЕЙ 48

Каиров Г.Т., Ананьев И.С., Шписман М.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРОДЛЕННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ РЕИНФУЗИЕЙ АУТОЭРИТРОЦИТОВ, ИНКУБИРОВАННЫХ С КСЕФОКАМОМ 49

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А., Подкорытова А.Ю.
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 50

Колесников О.П., Фомичев В.А.
СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЯ КЛОФЕЛИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕС 51

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ВЛИЯНИЕ СТРЕСС-ПРОТЕКЦИИ КЛОФЕЛИНОМ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ 52

Содержание

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ 53

Кравцов С.А., Шаталин А.В., Скопинцев Д.А., Богданов А.В.
ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ НАЧАЛА ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 54

Кравцов С.А., Шаталин А.В.
ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ .. 55

Попова Ел.А., Коржеченко Е.Г., Тараканова Е.В., Попова Ек.А.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ 57

Пронских И.В., Власова И.В., Визило Т.Л., Филиппов А.С., Цюрюпа В.Н.
ДИАГНОСТИКА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ И МИОПАТИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМОЙ 58

Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 59

Филатов В.В., Долгих В.Т., Лукач В.Н.
НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 60

Цеймах Е.А., Кундиус С.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Удовиченко А.В., Смирнова О.И., Макин А.А.
ВОЗМОЖНОСТИ НЕ ГЕПАРИНОВОГО УСИЛЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ПЛАЗМОЗАМЕЩЕНИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННО-СЕПТИЧЕСКОГО ДВС-СИНДРОМА 61

Шаталин А.В., Кравцов С.А.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ 62

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 67

Авдонченко Т.С., Робина С.И., Яруллина Т.С.
РАННЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОСЛЕ СТАБИЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА 69

Агафонова Н.В., Стенникова Ю.А., Конев С.В., Алексеева А.Г.
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ 70

Агафонова Н.В., Алексеева А.Г.
МСКТ-АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ 72

Афанасьев Л.М.
МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 74

Афанасьев Л.М., Исаев Е.А.
СПОСОБ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ МОСТОВИДНЫМИ ЛОСКУТАМИ 74

Батискин С.А., Золоев Д.Г., Золоев Г.К., Коваль О.А.
ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .. 75

Богданов С.В., Пронских А.А., Агаджанян В.В.
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ ... 76

Бондаренко А.В., Герасимова О.А., Лукьянов В.В., Тимофеев В.В., Круглыхин И.В.
ЛЕТАЛЬНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВЫ 77

Бондаренко А.В., Герасимова О.А., Лукьянов В.В., Тимофеев В.В., Круглыхин И.В.
ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ 78

Бялик Е.И., Файн А.М.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 79

Бялик Е.И., Файн А.М.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТАЗА 80

Власова И.В., Пронских И.В., Тлеубаева Н.В., Власов С.В., Цюрюпа В.Н.
ДИНАМИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ В НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ ЗА 20 ЛЕТ 81

Возлюбленный С.И., Игнатьев Ю.Т., Кабаненко Т.П.
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 82

Галятина Т.А., Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
ПАТОГЕНЕТИЧЕКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ 83

Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Тлеубаев Ж.А.
ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ 84

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ 85

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.
ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕЗА КОКСАРТРОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 86

Джумабеков С.А., Нарынбеков Ч.Н.
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ 87

Евсюков А.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов С.Г., Зобнин А.В., Федорченко С.С., Пронских Ал.А.
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ

ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 88

Зобнин А.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов, С.Г.
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 89

Иванов Д.В., Макаров С.А., Макаров М.А., Павлов В.П., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н., Салугина С.О., Амирджанова В.Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (ТЭТС) У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ (ЮА) 90

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУННЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 91

Кавалерский Г.М., Сметанин С.М., Грицюк А.А., Середа А.П.
СЛУЧАЙ МЕГАЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 92

Кармазиненко Ю.А., Чернышова А.В., Игнатенко О.Ю., Борецкая Е.А.
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ 93

Королев С.Г., Васильченко Е.М., Кислова А.С., Жатько О.В.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ 94

Косарев В.А., Требущенко Н.В., Колобкова Т.А., Соколов К.В., Дусматов Т.Д., Берман А.М.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ 95

Круглыхин И.В., Бондаренко А.В.
ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 96

Кучерова Л.В., Солнышко М.А., Леденева И.В.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ВО II ПЕРИОДЕ 97

Липина М.М., Макаров М.А., Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Макаров С.А., Павлов В.П., Коломацкий В.В., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н.
ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА СИНОВИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СИНОВЭКТОМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ 98

Лукьянов В.В., Бондаренко А.В., Волощенко К.А., Зубенко К.О.
КОМБИНИРОВАННАЯ ТРАВМА МИРНОГО ВРЕМЕНИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 99

Макаров М.А., Макаров С.А., Храмов А.Э., Вардикова Г.Н., Павлов В.П.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ 100

Милюков А.Ю., Конев С.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 100

Мироманов А.М., Миронова О.Б., Гусев К.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 101

Обухов С.Ю., Синица Н.С., Довгаль Д.А.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ 102

Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Роскидайло А.А., Макаров М.А., Амирджанова В.Н.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА 103

Попов В.П., Трухачев И.Г., Здрелько В.П., Ростовцев А.В., Епишин В.В.
НАКОСТНЫЙ ОСТЕСИНТЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОАКТИВНЫХ И БИОИНЕРТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ 104

Ревкович А.С., Рыжиков Д.В.
ОПЫТ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО В ЛЕЧЕНИИ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 105

Рогальников Н.Н.
СЛУЧАЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ОТТА-ХРОБАКА 106

Роскидайло А.А., Макаров М.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Амирджанова В.Н.
АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ СИНОВЭКТОМИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА (КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У 16 ПАЦИЕНТОВ) 107

Рыбников А.В., Бялик Е.И., Макаров С.А., Семенова М.Н.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 108

Рыжих Е.Е., Солнышко М.А., Леденева И.В.
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ВПРАВЛЕННОМ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА 109

Свешников А.А., Хвостова С.А.
РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ В РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ 110

Свешников А.А.
ЗАВИСИМОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК 111

Семенов А.Л., Рыжиков Д.В., Губина Е.В., Ревкович А.С.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫМ РЕГРЕССОМ В НОВОСИБИРСКОМ НИИТО 112

Синица Н.С., Довгаль Д.А., Обухов С.Ю.
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ 114

Содержание

Соколов К.В.
ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БУЛАВОВИДНЫМИ КУЛЬТЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 115

Тимофеев В.В., Бондаренко А.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 116

Трубин В.В., Хвостов А.Г.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 117

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабоев А.К.
РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ 118

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Усманов С.Б., Бойматов И.И.
ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ДЕФЕКТАМИ ПОКРОВЫХ ТКАНЕЙ 119

Ушаков С.А., Лукин С.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ 120

Ушаков С.А., Лукин С.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА: ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ 121

Хвостова С.А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ 122

Хвостова С.А., Свешников А.А.
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ 123

Хвостова С.А.
АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ 124

Хвостова С.А.
СОСТОЯНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СЕБЕ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ 125

Хвостова С.А.
СПОСОБЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ 126

Хвостова С.А.
ДИАГНОСТИКА РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ 127

Хвостова С.А.
НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 128

Хренников Я.Б., Павлов В.П.
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕСТРУКЦИИ ГОЛОВОК ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОП У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) 129

Чвыров Р.В., Солнышко М.А., Леденева И.В.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА ... 130

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ В ПРОЦЕССЕ УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ 131

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОРМОНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПОЛОВУЮ ФУНКЦИЮ, И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СУБЪЕКТИВНО НИЗКОГО РОСТА 132

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
ИЗМЕНЕНИЕ КОПУЛЯТИВНОГО КОМПОНЕНТА ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ И ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ 133

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НАРУШЕННОГО ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ 135

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
КОНЦЕНТРАЦИЯ ГОРМОНОВ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ . 136

Шарыпова Н.В., Свешников А.А.
МИНЕРАЛЬНАЯ МАССА КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ И УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ 137

Шатохин В.Д., Акимов А.З., Маменков А.С.
РОЛЬ, МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ 138

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ 141

Агафонова Н.В., Ишуткин И.В., Конев Е.В.
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 143

Аргинтаев Е.С., Киселева А.В., Овчинников О.Д., Трубин В.В.
СТАТУС КАЛЬЦИЙРЕГИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОГЕННЫМИ ОССИФИКАТАМИ 144

Афаунов А.А., Басанкин И.В., Кузьменко А.В., Шаповалов В.К.
АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМИ СТЕНОЗАМИ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ ЭТИОЛОГИИ 145

Содержание

Афаунов А.А., Басанкин И.В., Тахмазян К.К.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ С ЦЕМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ВИНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА 146

Басанкин И.В., Плясов С.А., Афаунов А.А., Волынский А.Л., Тахмазян К.К.
ИНФЕКЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЗВОНОЧНИКЕ И ПОЗВОНОЧНОМ КАНАЛЕ 147

Елистратов О.Б., Новокшонов А.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА 148

Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Колотова Е.В., Кельмаков В.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОРСАЛЬНЫХ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОРЕШКОВЫМ КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОЧЕТАНИЕМ СПОНДИЛОАРТРОЗА И ОСТЕОХОНДРОЗА 149

Матузов С.А., Рожанский С.А., Ступин Ю.В., Мироманов А.М.
ТРАНСДЕНТАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ АКСИСА 150

Матузов С.А., Рожанский С.А., Мироманов А.М., Бусоедов А.В., Ступин Ю.В.
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 151

Матузов С.А., Рожанский С.А.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛИТА 152

Мухаметжанов Х., Мухаметжанов Д.Ж., Карибаев Б.М., Бекарисов О.С.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА 153

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ 154

Новокшонов А.В., Николаев А.С.
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕСКЛАПАННОГО ЛЮМБОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 155

Новокшонов А.В., Федоров М.Ю., Николаев А.С., Елистратов О.Б., Ванеев А.В.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 157

Овчинников О.Д., Филатов Е.В.
ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРААРТИКУЛЯРНЫХ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКИХ ОССИФИКАТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ 158

Федоров М.Ю., Новокшонов А.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ 159

Федоров М.Ю., Новокшонов А.В., Ванеев А.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА НЕЙРОХИРУРГИИ ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» 160

Филатов Е.В., Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Фроленко С.Ю.
ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОКОСТЮМА «АТЛАНТ» В ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА 161

Щедренок В.В., Гуманенко Е.К., Потемкина Е.Г., Захматова Т.В., Жарова Е.Н., Могучая О.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕЙРОТРАВМЕ 163

Щедренок В.В., Гуманенко Е.К., Кирьянова В.В., Жарова Е.Н., Потемкина Е.Г., Могучая О.В.
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ 164

Якушин О.А., Новокшонов А.В.
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 165

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ 169

Агаджанян К.В., Яковлева Н.В., Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БЕСПЛОДИЕМ 171

Агаларян А.Х., Другов А.С., Галятин Д.О.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 172

Акентьева Т.Н., Кудрявцева Ю.А.
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 173

Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В.
ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ГОЛЕНИ ОСЕВЫМ ЛОСКУТОМ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ НА ПРОКСИМАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ 174

Альтшулер Е.М.
СИЛИКОН И КОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ 175

Баран О.И., Григорьев Ю.А., Москвитин П.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ У ЖЕНЩИН 177

Беляев М.К.
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ 178

Беляев М.К.
ОБОСНОВНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ 179

Беляев М.К.
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ 180

Беляев М.К., Федоров К.К.
ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ. 181

Содержание

Беляев М.К.
СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ПОД ИНТУБАЦИОННЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ 182

Беляев М.К., Беляев А.М.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ 182

Берестенников А.В., Бомбизо В.А., Гонтарев И.Н., Яцын А.М.
ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ 183

Бомбизо В.А., Бердинских А.Ю., Устинов Д.Н.
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 185

Бомбизо В.А., Дорохина С.А., Бердинских А.Ю., Яцын А.М., Макин А.А.
РАНЕНИЯ СЕРДЦА: ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 186

Бомбизо В.А., Варнавский Е.В., Кундиус С.А., Яцын А.М., Бердинских А.Ю.
ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 188

Ванеева Л.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ 189

Васильева В.Е., Басалаева Н.С., Ефимова Т.В.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 191

Власова И.В., Пронских И.В., Власов С.В., Агаларян А.Х., Кузнецов А.Д.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ИСХОДОВ ПЕРЕВЯЗКИ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ 191

Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В., Раздорская М.В.
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА 192

Володин В.В., Демидов Д.Г., Пархоменко И.С., Торгунаков С.А.
ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 194

Володин В.В.
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ .. 195

Галятина Е.А., Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 196

Гнедь М.А., Альтшулер Е.М.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА СКИН-АКТИВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБШИРНЫЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ОЖОГИ 197

Григорьев Ю.А., Соболева С.В., Баран О.И.
АБОРТЫ И КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В СФО 198

Григорьев Ю.А., Баран О.И.
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН 199

Долгих В.Т., Епифанов В.Г., Журавлев Г.И.
ЛЕЧЕНИЕ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 200

Дроздов С.С., Баранов А.И., Алексеев А.М., Фаев А.А., Чернявский С.С., Мугатасимов И.Г.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ИЗ СИСТЕМЫ МОНОДОСТУПА И МУЛЬТИПОРТОВОГО ДОСТУПА 201

Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Захарова Г.В., Устьянцева И.М.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 202

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А., Цицкунов А.В.
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ 203

Заикин С.И.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ПЛОСКИХ И ФИКСИРОВАННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ БОЛЕЕ 2 СМ 204

Замятин В.А., Фаев А.А., Баранов А.И.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ЧЕРЕЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ 205

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
СИМПТОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВУЛЬВЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК 206

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
СПОСОБ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ КРАСИТЕЛЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ 207

Зотов В.А., Кожевников А.М., Зинин В.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ АУТОТРОМБОЦИТАМИ 208

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Усманов С.Б., Бойматов И.И.
АНГИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 209

Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Д.Г.
СОХРАНЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТИ 210

Колобова О.И., Костина Ю.П.
ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ СБРОСОВ НА БЕДРЕ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОГО АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ IN SITU АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 210

Содержание

Кондратьева О.В., Затеева Т.Н., Анешина И.И., Мельникова Г.И., Ковешникова Н.И., Мартынова И.Я.
ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ 211

Короткевич А.Г., Серебренникова Е.В.
НЕОТЛОЖНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ ПРИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 212

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Крылов Ю.М.
ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В БАССЕЙНЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ 213

Кулавский В.А., Зиганшин А.М., Зиганшина Э.А.
«КАЛЕНДАРНЫЙ КАЛЬКУЛЯТОР» ПРИ РАСЧЕТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА 215

Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Репникова Р.В., Замятин В.А., Фаев А.А., Сафронова Г.А., Архипова С.В.
КОМПЛЕКСНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЛАСТИ ФАТЕРОВА СОСОЧКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 216

Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Репникова Р.В., Замятин В.А., Фаев А.А., Сафронова Г.А., Архипова С.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДУОДЕНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЗОНЫ ФАТЕРОВА СОСОЧКА С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 217

Лиханова М.А., Мингалев Н.В., Негода Е.Н.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ТРАХЕОСТОМИИ 217

Любарский М.С., Солуянов М.Ю., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А.
MESH-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ 218

Макаров Д.Н., Золоев Г.К., Васильченко Е.М.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ 220

Малашенко А.А., Минин С.И.
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 221

Масляков В.В., Авраменко А.В.
НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ 222

Матузова Е.А., Матузов С.А., Герасимов А.А.
«ИНДЕКС ВОСПАЛЕНИЯ» - КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 223

Павленко В.В., Оржак О.В., Котов М.С., Краснов О.А., Устьянцев Д.Д., Тулуш И.С.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА 223

Первов Е.А., Заикин С.И., Фролов П.А.
ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНУЮ КАРТИНУ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ 225

Ротькин Е.А., Крылов Ю.М., Другов А.С., Кузнецов А.Д.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С 2005 по 2012 гг. 226

Смагин М.А., Любарский М.С., Шумков О.А.
ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 227

Смарж Т.М., Кузнецов А.В.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГЕРНИОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ) ПО АНАЛИЗУ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА 228

Смирнова А.В., Фаев А.А., Баранов А.И.
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МОНОДОСТУП 229

Стерехов Е.В., Агаларян А.Х., Гончаров Р.С.
ТРЕПАН-БИОПСИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 230

Торгунаков А.П., Демидов Д.Г., Володин В.В., Портнова С.С.
СПОСОБЫ АППЕНДЭКТОМИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 231

Торгунаков А.П.
СТУПЕНЧАТЫЙ ФАШИННЫЙ ДРЕНАЖ 232

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.
НОВЫЙ СПОСОБ АРТЕРИАЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ПЕРЕВЯЗКЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ 234

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Сувонов Ж.Н.
СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ 235

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 236

Фаев А.А., Баранов А.И., Чернявский С.С., Замятин В.А., Смирнова А.В., Дроздов С.С.
ИДЕОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ 238

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.
СКРИНИНГОВАЯ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 239

Хайитов А.А., Сафарова Н.И., Нурмухамедов Ф.А.
ТАКТИКА ЩАДЯЩЕЙ СЕПТОПЛАСТИКИ НОСА 240

Цеймах Е.А., Гонтарев И.Н., Бомбизо В.А., Кундиус С.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩЕЙ ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 241

Содержание

Цеймах Е.А., Удовиченко А.В., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Кундиус С.А., Дорохина С.А., Берестенников А.В.
КОРРЕКЦИЯ ПРОТЕИНАЗНО-ИНГИБИТОРНОГО ДИСБАЛАНСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ 242

Цеймах Е.А., Булдаков П.Н., Бомбизо В.А., Макин А.А., Каркавин В.М., Кундиус С.А., Удовиченко А.В.
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА 243

Цигельник А.М., Мироненко Т.В., Мозес А.Д., Косинова М.В.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАВЕНОЗНОЙ ПОРТ-СИСТЕМЫ ДЛЯ ХИМИОТЕРАПИИ 244

Челышев Е.В.
ОМНИК (ТАМСУЛОЗИН) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 245

Челышев Е.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 246

Чернявский С.С., Фаев А.А., Баранов А.И., Мугатасимов И.Г., Дроздов С.С.
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ИЗ МОНОДОСТУПА 247

Шерман С.В., Галятина Е.А., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.
АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА 248

Шофорусь Т.В., Репникова Р.В., Барбараш О.Л.
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ БЕТА-БЛОКАТОРЫ 249

Яковлева Н.В.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН 250

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ 255

Агафонова Н.В., Алексеева А.Г., Конев С.В.
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ МЕТОДОМ МСКТ 257

Алтарев С.С., Поданева Ю.Е., Барбараш О.Л.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АНТИАГРЕГАНТАМИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЯМИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 258

Андриенко А.В.
К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ РА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГОРОДА БАРНАУЛА 259

Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.
ГЛАУКОМА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА У РАБОТАЮЩИХ

УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ 260

Архипова Е.И., Бойко Е.А., Зинченко И.П.
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОАГУЛОПАТИЙ 261

Астахова И.М., Ковзик Л.Д., Голубева В.И.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ДАННЫМ ЛИУ-33 263

Бабаева Т.Н.
СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ, ИМЕЮЩИХ ОТЯГОЩЕННЫЙ ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ 264

Баздырев Е.Д., Байракова Ю.В., Поликутина О.М., Казачек Я.В., Безденежных Н.А., Слепынина Ю.С., Барбараш О.Л.
ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 265

Байдина А.С., Носов А.Е.
ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОЧИХ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 266

Бородкина Д.А., Кивткова Л.В., Терлецкая О.С., Груздева О.В., Барбараш О.Л.
ВЛИЯНИЕ АДИПОНЕКТИНА И ИНСУЛИНОРЕЗЕСТЕНОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕТА ST 267

Бубликов Д.С., Андриенко А.В.
ВЯЗКОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОИЗВОДНЫХ МЕТИЛКСАНТИНА 268

Бубликов Д.С.
РЕОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 268

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
ОПРАВДЫВАЕТ ЛИ SCORE ОЖИДАНИЯ КЛИНИЦИСТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЕГО В ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? 269

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
К ВОПРОСУ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОИМ 270

Васильева Н.Д., Власова И.В., Тлеубаева Н.В.
СЛУЧАЙ КРАЙНЕ РЕДКОГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА - АОРТО-ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ТУННЕЛЯ 270

Васильева Н.Д., Власова И.В.
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.ЛЕНИНСКА-КУЗНЕЦКОГО за 2010-2012 гг. 271

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.
РОЛЬ НЕКОНВЕНЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ

ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 272

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 273

Введенский В.П.
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПОСЛЕ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ АСПИРАЦИОННЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ 274

Визило Т.Л., Пронских И.В., Трубицына М.В., Левченко Т.В.
ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ОКУЛОФАРИНГЕАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 275

Визило Т.Л., Визило А.Д., Чеченин А.Г., Полукарова Е.А.
ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ 276

Власова Е.М., Алексеев В.Б., Шляпников Д.М., Малютина Н.Н.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ НЕФТЕДОБЫЧИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ТРУДА 277

Власова И.В., Цюрюпа В.Н., Визило Т.Л., Пронских И.В., Агафонова Н.В.
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 278

Власова Е.М., Пономарева Т.А., Кельман Г.П.
АНТИОКСИДАНТНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ АЛЛЕРГЕНОВ 279

Воробьев Р.И.
ЧАСТОТА ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ 280

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА 281

Воробьева А.А., Власова Е.М., Данилина И.В., Пономарева Т.А.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ШУМА В ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНЫ ТРУДА И ПРОФПАТОЛОГИИ 282

Грибачева И.А., Дергилев А.П., Попова Т.Ф., Фонин В.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА 283

Грибачева И.А., Пятова А.Е., Шашуков Д.А.
ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 284

Григорьев Ю.А.
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ 285

Дадаев М.Ш.
ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ «ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ - АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА» У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСЕНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ 286

Данилина И.В., Пономарева Т.А., Воробьева А.А.
ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ НЕФТЕДОБЫЧИ 287

Домрачева Е.В., Грибачева И.А., Попова Т.Ф., Дергилев А.П., Фонин В.В.
КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ 288

Екимовских А.В., Чурляев Ю.А., Епифанцева Н.Н.
ЗНАЧЕНИЕ ГИМЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ШАХТЕРОВ УГОЛЬНОЙ ШАХТЫ 289

Елгина С.И., Никулина Е.Н.
ПОКАЗАТЕЛИ ГОНАДОТРОПНЫХ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК 290

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Чикрина В.В., Гилева А.М., Кондратьева О.В., Губарева В.Г.
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРОВ 291

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Кондратьева О.В., Силантьева Е.В., Старцева И.В., Копытова Л.И.
АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ПОДСЧЕТ РЕТИКУЛОЦИТОВ НА СОВРЕМЕННЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРАХ 292

Игишева Л.Н., Притчина С.С., Будникова О.В., Бунина Е.Г., Цуканова А.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА 293

Казызаева А.С., Воробьева Е.Н., Соколова Г.Г., Шарлаева Е.А.
КУРЕНИЕ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 294

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Бочкова Т.А.
РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ 295

Кацюба М.В., Слепынина Ю.С., Поликутина О.М., Каретникова В.Н.
ВЛИЯНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 296

Кашталап В.В., Быкова И.С., Зыков М.В., Макеева О.А., Барбараш О.Л.
ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА 297

Кельман Г.П., Власова Е.М., Пономарева Т.А., Шляпников Д.М.
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ АЛЛЕРГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ 298

Содержание

Килин А.И., Фастыковская Е.Д.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ОЦЕНКОЙ МЕСТНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА 299

Киреева О.В., Сутулина И.М., Цигельник С.В., Толкач Н.М.
НОВОРОЖДЕННЫЕ ДЕТИ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 300

Кирилович Е.А., Ефимова Т.В.
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ АСПИРАТА ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГАЙМОРИТОМ 301

Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С.
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 302

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 303

Колесников А.О., Кувшинов Д.Ю., Барбараш Н.А.
ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ 304

Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Колотова Е.В., Кельмаков В.В., Кузьмич М.П.
СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА И ОСТЕОХОНДРОЗА 305

Кондрацкая О.В., Онищенко Е.Г.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА 306

Корнева С.В., Кизикова М.М., Кудрявцева М.А.
МЕСТО СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ 307

Корчагина Ю.С., Корчагин Е.Н.
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА О ПРИЧИНАХ, СЛЕДСТВИЯХ, ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА 309

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНОГО ПОДХОДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 310

Крикавцова С.А., Астахова И.М.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ S. AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ФКУ ЛИУ-33 г.МАРИИНСКА 2009-2012 гг. 311

Крыжановский С.П., Богданович Л.Н., Кушнерова Н.Ф., Головачева В.Д.
НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЯМИ ПОЛИСАХАРИДАМИ ИЗ МОРСКОЙ ВОДОРОСЛИ FUCUS EVANESCENS 312

Крючков Д.В.
АНАЛИЗ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 313

Лещенко И.Ж.
К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 314

Максимов С.А., Скрипченко А.Е., Мулерова Т.А., Огарков М.Ю., Артамонова Г.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ШАХТЕРОВ 314

Максимова А.А., Саввина Н.В.
ДЕТИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ 315

Маркин А.В., Цеймах И.Я., Мартыненко Т.И., Шойхет Я.Н.
СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА: ВЛИЯНИЕ СРАР-ТЕРАПИИ 316

Масенко В.Л., Коков А.Н., Малюта Е.Б., Фанасков В.Б., Барбараш О.Л.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АТЕРОКАЛЬЦИНОЗА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 317

Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Лимакова И.В.
ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ЖИРООТЛОЖЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОДРОСТКОВ 318

Молдавская И.В., Семенов С.Е., Коваленко А.В., Шатохина М.Г., Хромова А.Н., Хромов А.А., Жучкова Е.А., Барбараш Л.С.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА . 319

Мулерова Т.А., Филимонов С.Н., Архипова С.В., Огарков М.Ю.
РОЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КОРЕННОГО И НЕКОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ 320

Николаева Е.А., Устьянцева И.М.
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ 321

Одинцева О.В., Семенихин В.А.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 322

Онищенко Е.Г., Пахтусова Н.И., Котарова Л.В., Грудцына И.В., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Варфоломеева Е.П., Позднякова О.А.
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 323

Павлов В.В., Кичкина М.М.
ПРОБЛЕМА КОМЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНА СЛУХА ПРИ ВЗРЫВАХ МЕТАНА В ШАХТАХ 324

Павлова Н.В., Свешников А.А.
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА У СТУДЕНТОК ПОСЛЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА 325

Павлова Н.В., Свешников А.А.
ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА 326

Содержание

Пепеляева Т.В., Синькова М.Н., Исаков Л.К., Тарасов Н.И., Тепляков А.Т.
ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МНОГОСОСУДИСТОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 327

Писаренко М.С., Есимова И.Е.
СОДЕРЖАНИЕ ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА T-BET В Т-ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ПРИ IL-12/IL-27-ИНДУКЦИИ IN VITRO У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 328

Попова Т.А., Хайрединова О.П., Первова Н.Г.
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 329

Портнов Ю.М., Семенов С.Е., Коков А.Н., Сырова И.Д., Барбараш О.Л.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 330

Раудина С.Н., Семенихин В.А.
ВЛИЯНИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА 331

Рытик Л.Л., Наконечная А.В., Силонова А.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ "ФУРАМАГОМ" ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН 332

Савилова В.В., Долгих В.Т., Совалкин В.И.
ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА НА ДИНАМИКУ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИММУНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 333

Санкина Е.А., Петров К.Б.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕФЛЕКТОРНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ 334

Свешников А.А.
ОСТЕОПОРОЗ - СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ БОЛЕЗНЬ 335

Серегина О.Б., Скворцова Н.В., Коптев В.Д., Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И.
РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ 336

Силантьева И.В., Ровда Ю.И., Шабалдин А.В., Бунина Е.Г.
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ТИМУСА 337

Синькова М.Н., Исаков Л.К., Пепеляева Т.В., Тарасов Н.И. Тепляков А.Т.
ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МНОГОСОСУДИСТОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 338

Смирнова О.Ю., Смирнова Л.В., Бурзянцева Н.С., Дунаева М.П.
ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В КАТАМНЕЗЕ 339

Субботин А.В., Полковников И.А., Федосеева И.Ф., Корнеева И.А., Трофимова Г.Г., Киренберг Е.В.
ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 341

Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В., Афанасьева А.В., Фадеева Е.А.
МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 342

Табакаев М.В.
НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ПОГОДНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО ЗА 2009-2012 гг. 343

Талицкая Е.А., Максимов С.А.
ШКАЛА СМОЛ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 343

Тарновский Р.В.
АНАЛИЗ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ МЕТОДОМ БИОЧИПОВ (microarray) 344

Третьяков С.В.
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ УРАНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 345

Третьяков С.В.
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 346

Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Нагорнова Н.А., Попова Т.А., Котова О.А., Пьянкова Е.Э.
ОПЫТ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА И В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР 347

Хорохордина К.Н., Петухова О.В., Хохлова О.И., Устьянцева И.М.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 348

Хохлова О.И., Калаева Г.Ю., Устьянцева И.М.
ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 349

Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Игишева Л.Н., Журавлева И.А.
ОЦЕКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 350

Цоколов А.В., Сенчило В.Г., Новак И.В.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ МОЗГОВОЙ ПАТОЛОГИИ 351

Цюрюпа В.Н., Власова И.В., Визило Т.Л.
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ

ФУНКЦИЙ 352

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
ЗАВИСИМОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ОТ КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ КАЛЬЦИЯ 353

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛОВ В ПИЩЕ ДЕТЕЙ 354

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛОВ В ПИЩЕ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ 355

Шарлаева Е.А., Воробьева Е.Н., Казызаева А.С., Соколова Г.Г., Федоренко В.И.
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ УРОВНЕМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ 356

Шихнабиева М.Д.
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 357

Шихнебиев Д.А.
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 358

Шихнебиев Д.А.
ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ КАК ФАКТОР, ФОРМИРУЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ПНЕВМОНИИ 359

Шушаков Д.А.
ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ И ПОВТОРНЫМИ АМПУТАЦИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 360

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 363

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятина А.Н.
РОЛЬ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ В ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ В ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛОМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОГО ВВЕДЕНИЕМ ВАКЦИНЫ БЦЖ 365

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Никонова И.К.
ЦИКЛИЧНОСТЬ ПРОЦЕССА ФИБРОЗИРОВАНИЯ В ОРГАНАХ МЫШЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ 366

Начева Л.В., Нестерок Ю.А., Степанова М.Г.
ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХОЗЯИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОПИСТОРХОЗЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКОРСОЛОМ 367

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ 369

Елгина С.И., Ушакова Г.А., Захаров И.С.
ОПЫТ РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ КемГМА 371

Мироманов А.М., Миронова О.Б., Куклина Е.Ю., Доржеев В.В.
ДЕЛОВАЯ ИГРА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА 372

Подолужная Н.В., Банных С.В., Иванова Н.А., Будаев А.В., Карташова Н.К., Лисаченко Г.В., Макшанова Г.П.
ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ 373

Строкольская И.Л., Макаров С.А., Артамонова Г.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 374

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ 377

Владзимирский А.В., Мозговой В.В.
ИЗУЧЕНИЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ СЕТЕЙ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ 379

Тоцкая Е.Г., Покровская О.Б.
ТЕЛЕМЕДИЦИНА КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 379

Белоконев В.И., Ушаков Н.Г.
ПАТОМОРФОЛОГИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ 380

Белоконев В.И., Ушаков Н.Г.
МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С МНОЖЕСТВЕННЫМ КЛАПАННЫМ ПЕРЕЛОМОМ РЕБЕР 381

Козлов А.В., Цегельников М.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОАРХИТЕКТОНИКИ ПРИ АНГИОСОМАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ 383

Марцияш А.А., Колмыкова Е.В., Дуда Е.Е.
ПОКАЗАТЕЛЬ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 384

Ступак В.В., Митюков А.Е.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ 385

Цегельников М.М., Козлов А.В., Афанасьев Л.М., Медведев С.Б.
КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ 386

Авторский указатель 391

Срдержание 399

**МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ**

МАТЕРИАЛЫ XVII ЮБИЛЕЙНОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
19-20 СЕНТЯБРЯ 2013, г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ

Редактор Устьянцева И.М.
Технический редактор Сидельникова Е.Н.
Операторы электронной верстки Фофонова Е.Н., Жерздева И.А.
Оператор печатных машин Гарданова Н.А.

Подписано в печать 5 августа 2013 г. Бумага белая, мелованная.
Формат 84x108/16. Гарнитура «AG_Futura». Тираж 300.

ООО «ПРИМУЛА»
650065, г.Кемерово, пр. Ленинградский, 28а, 121
E-mail: primulaprint@mail.ru