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 Минздрава России
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Министерства энергетики РФ

XVIII Всероссийская научно-практическая конференция

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

11-12 сентября 2014г.
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 Минздрава России
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
Министерства энергетики РФ

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОТЕЙ

МАТЕРИАЛЫ
XVIII ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУчНО-ПРАКТИчЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

11-12 сентября 2014 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+004]

Многопрофильная больница: интеграция специальностей: мат. XVIII Всерос. науч.-практ. конф., г.Ленинск-Кузнецкий, 11-12 сент. 2014/СО РАМН, ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». "Кемерово: ООО "Примула", 2014." - с.: 316, табл.: 6, рис.: 4.

JSBN 978-5-85905-414-5

Книга содержит материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: интеграция специальностей», проходившей 11-12 сентября 2014г. 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 ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»
Яковлева Н.В.	к.м.н., заведующая гинекологическим отделением ФГБЛПУ«НКЦОЗШ»

JSBN 978-5-85905-414-5

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

«ИНТЕГРАТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ» - ПРИОРИТЕТЫ НОВОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Обеспечение безопасности дорожного движения в последние годы является значимой проблемой современной России. Высокий уровень автомобилизации, способствуя развитию экономики и обеспечению мобильности населения, имеет ряд негативных последствий. Ежегодно на российских дорогах происходит 200 тысяч дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в которых около 250 тысяч человек получают травмы, 30 тысяч погибают.

Политравма и ее последствия занимают одно из наиболее важных мест в структуре заболеваемости и причин смертности населения.

Политравма относится к захватывающим разделам хирургической деятельности, включая в себя палитру хирургической науки и хирургической терапии от лечения ран до патофизиологических исследований, нарушения микроциркуляции и вентиляции, экстренную хирургию органов и конечностей, и, наконец, диагностику и неотложную терапию внутричерепных кровоизлияний.

В передовых странах в последние годы достигнут прогресс в лечении сочетанных травм. Снижение летальности от травм за рубежом связывают с открытием хорошо оснащенных травматологических центров (США, Англия) или клиник Unfallchirurgie (Германия, Швейцария, Австрия), дополнительным обучением и систематическими тренировками специалистов.

Вопрос о месте лечения пострадавших с политравмой чрезвычайно важен. Существовало положение, при котором травмированный пациент доставлялся в ближайшую больницу, что в настоящее время не считается правильным, так как персонал этой больницы может быть недостаточно подготовленным. Поэтому лучше транспортировать больного лишние 5-10 минут, постоянно оказывая помощь, чем привести его в больницу, в которой нет ни персонала, ни условий для своевременного лечения пострадавших.

Центры травматологии созданы в Англии и США из расчета один центр на 2 млн. населения, но это зависит от плотности населения, расстояния транспортировки, географического местоположения и источников снабжения. По мнению английского комитета по травме, в центре должны лечиться ежегодно не менее 400-600 пациентов с тяжелой травмой, чтобы поддерживать уровень квалификации персонала. Создание таких центров улучшило результаты лечения травм, причем наличие квалифицированного персонала считается более важным, чем наличие здания и оборудования.

В немецкоязычных странах (Германия, Швейцария, Австрия) нет травматологических центров, но созданы мощные клиники типа центров Unfallchirurgie, в которых лечатся пострадавшие с изолированными и сочетанными травмами опорно-двигательной системы.

Сравнительный анализ деятельности клиник Unfallchirurgie и ортопедо-травматологических учреждений в нашей стране показал, что благодаря оптимальной штатно-организационной структуре, оснащению, ориентации на современные концепции, тактику и методы лечения, травматологические центры и клиники Unfallchirurgie работают в 3-5 раз эффективнее наших отделений, занимающихся лечением изолированных и сочетанных травм.

К основным недостаткам в организации лечения сочетанных травм следует отнести, на наш взгляд, неадекватную штатно-организационную структуру отделений и клиник, занимающихся лечением сочетанных травм, отсутствие специалистов широкого профиля, владеющих неотложными методами лечения сочетанных травм груди, живота, черепа и костей скелета, слабую организацию работы.

Травматологический центр - самостоятельное функциональное подразделение больницы с задачей оказания исчерпывающей квалифицированной и специализированной помощи пострадавшим с травмами в остром периоде травматической болезни, проведения противошоковых мероприятий и интенсивной терапии пациентам с травмами. Благодаря концентрации специалистов различного профиля и оснащению, центры должны стать лучшим местом для лечения тяжело травмированных пациентов.

Возможно, для улучшения лечения пострадавших с изолированными и сочетанными травмами необходимо объединить усилия хирургов и травматологов и открыть клиники травматологической хирургии, причем решение об открытии таких клиник принимать не на муниципальном уровне, а на государственном, с тем, чтобы централизовано решить вопрос, какие клиники открывать, где учить специалистов для таких клиник, где им совершенствоваться и т.д.

Успешное лечение больных с политравмой во многом зависит от наличия в лечебном учреждении постоянно готовых к работе противошоковой, операционной, палат интенсивной терапии, круглосуточно работающих лабораторий, рентгенологического отделения с возможностью проведения компьютерной томографии, от наличия дежурных хирургов, травматологов, анестезиологов, нейрохирургов, максимального технического обеспечения больницы, опыта работы персонала. Ключевые факторы оптимальных результатов в лечении больных с политравмами - инфраструктура, алгоритмы и личный опыт.

Двадцатилетний опыт исследования и лечения политравм в Федеральном государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» свидетельствует о том, что политравма с ее особенностями является междисциплинарной проблемой, и еще неоднократно будет обсуждаться в медицинском сообществе. Основным обсуждаемым и приоритетным вопросом остается важность определения, кто и где должен лечить пациентов с политравмой от момента госпитализации до реабилитации.

Сегодня нам нужны специалисты, умеющие лечить пациентов с политравмой от момента госпитализации до реабилитации. В настоящее время тавматологи-ортопеды не умеют и уже не хотят заниматься тяжелыми травмами груди, живота, черепа и, как правило, не могут выполнить такие относительно простые операции, как дренирование плевральной полости и лапароцентез. Хирурги не владеют методами хирургического лечения повреждений опорно-двигательного аппарата, между тем имеется большая группа операций, которые должны быть выполнены в любой больнице, промедление с ее выполнением может стоить больному жизни.

В связи с тем, что современная травматолого-ортопедическая и хирургическая специализация не обеспечивает необходимого уровня квалификации врачей, за рубежом появились статьи о целесообразности улучшения специализации.

Одним из вариантов решения проблемы лечения пострадавших с политравмами может быть выделение новой специальности «интегративная травматология» или «травматология критических состояний». Травматолог критических состояний - это специалист широко профиля, который сможет решать общехирургические тактические и методологические задачи, владеющий основными методами диагностики и лечения изолированных и сочетанных повреждений. Программа обучения таких специалистов широкого профиля должна включать специальную подготовку по торакальной хирургии, травматологии, нейрохирургии, интенсивной терапии и реанимации.

Травматология критических состояний будет развиваться при условии организации собственных кафедр на медицинских факультетах, на которой специалисты постоянно занимались бы лечением политравм. Такие специалисты с широким кругозором, владеющие техникой проведения большинства операций при травмах груди, живота, опорно-двигательного аппарата, будут необходимы для работы в клиниках травматологической хирургии, в военно-медицинских учреждениях, подразделениях медицины катастроф.

Позволю себе предположить, что в настоящее время назрела необходимость обсуждения на уровне съездов, конференций вопросов специализации травматологов-ортопедов и хирургов с учетом критических состояний пациентов. В любом случае, сотрудничество, противоречия и дискуссии о приоритетах новой специальности «интегративная травматология», позволят определить тактику совместной деятельности, особенно в решении сложной междисциплинарной проблемы диагностики и лечения политравм, а также будут отражать эволюционный процесс официального признания врача-травматолога критических состояний и разработки программ подготовки таких специалистов.

Введенская Е.С.
ГБУЗНО «Нижегородский центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями
г.Нижний Новгород, Россия

ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ЦЕЛЬЮ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНОГО КАЧЕСТВА

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) - это комплекс мероприятий, направленных на облегчение страдания и улучшение качества жизни неизлечимых больных с прогрессирующими, часто приводящими к преждевременной смерти, заболеваниями на стадии, когда исчерпаны возможности специального/радикального лечения. ПМП оказывается пациентам, страдающим выраженным болевым синдромом и другими тяжелыми проявлениями болезни, нуждающимся в эффективной симптоматической терапии, медицинском уходе, психологической, социальной и духовной поддержке.

Во все времена облегчение боли и страдания всегда входило в обязанности врачей, фельдшеров и медицинских сестер всех специальностей, работающих в различных медицинских организациях (МО), при оказании помощи инкурабельным больным. По своему содержанию, сложности оказываемых медицинских вмешательств, квалификации специалистов ПМП может быть первичной (базовой) и специализированной (то есть оказываемой специалистами, имеющими специальную подготовку и навыки).

Базовая, или первичная ПМП оказывается неизлечимым больным с прогрессирующими заболеваниями на поздних стадиях развития (когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения) вне зависимости от диагноза больного и вида оказываемой медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, скорой, специализированной) всеми медицинскими работниками вне зависимости от их специализации и вида медицинской организации, в которой получает помощь пациент; и имеет целью активное выявление симптомов, доставляющих страдание больному, проведение эффективной симптоматической терапии и оказание психологической поддержки.

Специализированная ПМП оказывается врачами и средним медицинским персоналом, прошедшими профессиональную подготовку по ПМП. Оказание ПМП является основным видом профессиональной деятельности таких специалистов. Специализированная ПМП требуется не всем инкурабельным больным, большая часть может получать помощь на уровне первичного звена здравоохранения. В связи с этим одной из основных функций подразделений специализированной ПМП является консультативная поддержка специалистов первичного звена и стационаров, а также обучение медицинских работников основам оказания ПМП.

Первичная ПМП взрослому населению в амбулаторных условиях оказывается участковыми терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами специалистами по профилю заболевания больного и медицинскими сестрами при оказании помощи инкурабельному больному и является одним из компонентов их клинической практики. Первичная ПМП взрослому населению в стационарных условиях оказывается медицинскими работниками в стационарах МО всех профилей и уровней, где получает медицинскую помощь инкурабельный пациент; в том числе в отделениях и домах (больницах) сестринского ухода.

Обязательным условием оказания ПМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях является взаимодействие врачей различных специальностей: участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов и специалистов кабинета ПМП. Тем не менее, на протяжении всего заболевания до момента смерти инкурабельный больной должен оставаться под наблюдением участкового терапевта (врача общей практики).

Как известно, ПМП берет свое начало в онкологии, соответственно принято выделять два больших направления ПМП взрослому населению - ПМП больным злокачественными новообразованиями (ЗНО) и ПМП больным хроническими прогрессирующими заболеваниями неонкологической природы.

Онкологами, врачами-анестезиологами и специалистами ПМП накоплен достаточный опыт оказания помощи больным с прогрессирующими формами ЗНО. Естественно, что в сложных

клинических случаях решения принимаются совместно специалистом ПМП и онкологом или опытным специалистом ПМП.

Оказание ПМП больным с прогрессирующими заболеваниями неврологического и терапевтического профилей, последствиями травм является новым и не совсем сформировавшимся направлением. Здесь трудности возникают в связи с неопределенностью прогноза, отсутствием критериев для перевода больного на паллиативную/симптоматическую терапию и отмены получаемых препаратов, а самое важное, отсутствием специалистов, имеющих опыт ПМП таким больным. Безусловно, в настоящее время, специалисты-клиницисты различного профиля имеют больше опыта в ведении больных своего профиля в ситуации, когда возможности специфического/радикального лечения исчерпаны или ограничены, то есть оказания ПМП. Поэтому передача больных данной группы под наблюдение врача ПМП была бы опрометчива, такие больные должны наблюдаться непременно специалистом по профилю основного заболевания пациента при участии врача ПМП. То есть необходима интеграция специалистов при оказании специализированной ПМП.

Наиболее целесообразными организационными формами предоставления ПМП в условиях стационара являются отделения ПМП, созданные при многопрофильных больницах, где имеются специализированные отделения (а также профильных специализированных стационарах или центрах), что даст реальную возможность коллегиального решения вопросов, возникающих при ведении инкурабельных больных (в том числе этических) со специалистами по профилю основного заболевания больного (в структуре онкологического диспансера; многопрофильных стационаров, где есть специализированные отделения нефрологии, неврологии и др.). Для обеспечения выполнения своих функций, повышения качества оказываемой помощи пациентам отделение может использовать возможности и привлекать специалистов различного профиля других структурных подразделений МО, в составе которой оно создано.

Одно из отделений специализированной ПМП больным ЗНО (головное) должно быть непременно организовано в структуре регионального онкологического диспансера в силу специфики оказания медицинской помощи данному контингенту больных, что и регламентировано Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».

Формирование системы ПМП взрослому населению предполагает разработку и создание эффективной организационной модели с учетом особенностей здоровья населения и здравоохранения региона.

Основной целью ПМП является облегчение страданий и повышение качества жизни больных с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями, то есть тех пациентов, от которых, как правило, отказывается здравоохранение. Важным условием обеспечения помощи должного качества является взаимодействие подразделений ПМП со специалистами по профилю основного заболевания пациента, в том числе и работающими в других МО, что в значительной степени определяет эффективность проводимых мероприятий.

Жилина Н.М., Клементьева Е.В., Чеченин Г.И.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
МБУЗ ОТ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр»
г.Новокузнецк, Россия

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СРЕДА ОБИТАНИЯ Г.НОВОКУЗНЕЦКА ПО ИНФОРМАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА 2000-2013 гг.

В г.Новокузнецке более десяти лет функционирует межведомственная автоматизированная система социально-гигиенического мониторинга (АИС СГМ).

Цель исследования. Наблюдение, анализ, оценка риска и прогнозирование изменений здоровья населения во взаимодействии с состоянием среды обитания для выявления возможных негативных сдвигов в медико-демографической ситуации, а также поиска причинно-следственных связей «Среда обитания - Здоровье населения». Данные мониторинга и спользуются медицинскими работниками, специалистами Роспотребнадзора и экологических организаций, научными сотрудниками, студентами ВУЗов города. Результаты докладываются на

сессиях городской Администрации, экологических совещаниях и медицинских конференциях. Система прошла Государственную регистрацию в Отраслевом фонде алгоритмов и программ.

Материалы и методы исследования. Для анализа данные из выходных форм АИС СГМ о состоянии здоровья населения г.Новокузнецка и среды обитания за 2000-2013 гг. были переведены в формат Microsoft Office Excel 2010 и статистический пакет IBM SPSS Statistics 19. Среднегодовые значения показателей приведены со стандартным отклонением. Значимость тренда рядов данных проверена с помощью критерия тау Кенделла (ф), связь признаков определена методом ранговой корреляции Спирмена (r), критическим принят уровень значимости p=0,05.

Результаты исследования. Проведена оценка уровня качества системы жизнеобеспечения. Это комплексный интегрированный показатель, состоящий из трех характеристик - обобщенных показателей общественного здоровья населения, экологического благополучия и социального благополучия. Оценочная шкала обобщенных показателей: 0,95-1,00 - приемлемый уровень, 0,90-0,94 - удовлетворительный, 0,85-0,89 - пониженный, 0,80-0,84 - низкий, 0,79 и менее - очень низкий. С 2007-2012 гг. уровень качества жизни в г.Новокузнецке растет с 0,81 до 0,88. То есть тенденция позитивная, но значения лишь улучшились с низкого уровня до пониженного, т.е. далеки от идеальных. В 2013 г. уровень качества жизни чуть ниже предыдущего года 0,87. Снижение произошло за счет ухудшения обобщенного индекса здоровья от 0,9 в 2012 г. до 0,85 в 2013 г. Показатель социального благополучия в 2013 г. равен 0,88, что незначительно ниже уровня предыдущего года, экологический индекс в последние четыре годы улучшился с 0,84 до 0,87, продолжая оставаться на пониженном уровне.

Обобщенный индекс здоровья населения включает в себя показатели медицинской демографии, инвалидизации, заболеваемости и болезненности, физического развития, психоэмоциональной напряженности. В 2013 г. ухудшились показатели заболеваемости до 0,68 и болезнености (0,74), стабилен обобщенный медико-демографический индекс (0,93) и показатель инвалидизации (0,96). Выявлена статистически значимая тенденция (ф=0,857, p=0,003) к улучшению показателя психо-эмоциональной напряженности, с 0,68 (крайне низкий уровень) в 2006 г. до 0,93 (удовлетворительный) в 2013 г. Показатель физического развития имеет статистически значимую тенденцию к ухудшению с 0,92 (удовлетворительный уровень) в 2008 г. до 0,8 (низкий) в 2013 году: ф=-0,69, p=0,05.

Экологический индекс состоит из обобщенных показателей эколого-гигиенической характеристики города (среднегодовое значение за период 2000-2013 гг. со стандартным отклонением 0,62±0,14), показателя качества продовольственного сырья и пищевых продуктов (0,79±0,06), характеристики санитарно-гигиенических условий воспитания и обучения (0,93±0,07); радиологической обстановки (1,0±0,01), условий труда (0,82±0,04). С 2008 г. тенденция экологического индекса г.Новокузнецка благоприятная, но значения меняются от низкого уровня 0,78 до пониженного 0,87. Изменение статистически значимо: ф=0,751, p=0,021.

Индекс социального благополучия состоит из следующих обобщенных показателей: структура населения; рынок труда; обеспеченность жильем; медицинское обеспечение; уровень жизни. Выявлены значимые корреляционные связи: психоэмоциональная напряженность жителей г.Новокузнецка зависит от показателей рынок труда и обеспеченность жильем, причем, с показателем обеспеченность жильем выявлена функциональная связь (r=1,0, p<0,001). Из этого следует, что чем выше показатели рынок труда и обеспеченность жильем, тем лучше показатель психоэмоциональной напряженности. Установлено, что на уровень заболеваемости жителей города Новокузнецка значимо влияет качество продовольственного сырья и пищевых продуктов.

Выявленные проблемы заслуживают пристального внимания руководителей различных уровней для принятия эффективных управленческих решений по улучшению ситуации в системе «Среда обитания - Здоровье населения».

Костомарова Т.С., Данильченко Я.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНЕ

Экономический рост, процветание любой страны в современную эпоху зависят не только от благоприятного географического положения и наличия природных ресурсов, сколько от концентрации и степени развития интеллектуального потенциала. Одним из наиболее распространенных механизмов реализации государственной экономической политики в мире стала кластерная политика.

Исходя из функциональной специфики, кластеры в сфере здравоохранения условно можно разделить на два типа: сервисные и инновационные.

Целью сервисных кластеров является повышение эффективности и результативности оказания медицинской помощи гражданам. Они объединяют в своей структуре учреждения, способные осуществлять медицинскую помощь на различных этапах предоставления медицинской услуги. Помощь оказывается пациентам на условиях полного цикла.

Наряду с формированием сервисных медицинских кластеров в системе отечественного здравоохранения уже существуют особые инновационные медицинские кластеры, целью которых является создание передового медицинского инновационного продукта или услуги. Суть его заключается в том, что он представляет собой комплексную структуру, объединенную одним технологическим процессом, конечным продуктом которого является медицинская инновация, созданная усилиями всех участников процесса, включающего представителей науки, практического здравоохранения, органов власти, медицинского образования и медицинского бизнеса.

Инновационная деятельность может осуществляться в двух основных направлениях:

1) создание медицинских инноваций и приобщение к ним практикующих медиков через участие в инновационных проектах кластера,

2) разработка и участие в организационно-управленческих инновациях.

Их продуктивное сочетание является важным условием стабильного развития медицинских учреждений. Примером инновационного сервисного кластера, доказавшего свою эффективность, является Кузбасский кардиологический центр (ККЦ). Система оказания помощи при болезнях органов кровообращения в г.Кемерово представляет многоуровневую и многоэтапную кардиологическую службу, организованную на базе двух учреждений МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» (ККД) и ФГБУ научно-исследовательский институт «Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (НИИ). НИИ занимается научными исследованиями, внедряет их в практику работы собственной клиники и клиники ККД, оказывает высокотехнологичную кардиохирургическую помощь; МБУЗ «ККД» осуществляет лечение кардиологических больных на всех этапах: амбулаторном, стационарном и реабилитационном, что обеспечивает необходимую преемственность лечебно-диагностического процесса, разработки НИИ используются в производстве биопротезов для центров сердечно-сосудистой хирургии России и зарубежья.

В деятельности Кузбасского кардиологического центра присутствует образовательный кластер - внедрение инновационных технологий обучения студентов ГБОУ ВПО «Кемеровской государственной медицинской академии» Минздрава России, имеется ординатура и аспирантура.

К используемым инновационным методам обучения относятся следующие:

1. Проблемно-ориентированное обучение на основе моделирования клинических ситуаций и формулирования тактики диагностики и лечения;
2. Объективно-структурированный клинический экзамен на тренажерах компьютерного класса;
3. Практические занятия со стандартизованными пациентами;
4. Использование симуляционных компьютерных обучающих программ;
5. Клинический экзамен у постели больного.

На территории ККЦ осуществляется непрерывное профессиональное обучение, предоставляется современная база для практики.

Таким образом, созданный в г.Кемерово кластер по проблеме сердечно-сосудистых

заболеваний основан на интеграции лечебных учреждений, научных, образовательных учреждений и бизнес организаций при поддержке органов исполнительной власти всех уровней, способен решать задачи модернизации здравоохранения, внедрения современных лечебно-диагностических технологий, подготовки медицинских кадров для повышения уровня медицинской помощи и укрепления здоровья населения.

Макушенко Е.В., Тептин С.Е.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург, Россия

ОБ ИСТОЧНИКАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ

Одним из важных вопросов организации стационарной помощи в современных условиях является вопрос об источниках финансирования госпитализации. Несмотря на действующую Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, стационары, как и другие ЛПУ, будучи бюджетными, а тем более автономными некоммерческими организациями, крайне заинтересованы в зарабатывании денежных средств, как за счет интенсификации своей работы, так и за счет предоставления дополнительных платных услуг (больным, госпитализированным по системе ОМС, или за счет личных средств).

Первый путь (интенсификации работы) требует приложения серьезных усилий всего персонала больницы и ограничен определенными плановыми показателями (число штатных коек, план длительности работы койки в году, плановая средняя длительность пребывания больного в стационаре).

Второй же вариант при наличии определенного уровня креативности в своей реализации гораздо более простой.

Изучение источников финансирования пациентов, госпитализированных в плановом порядке в один из крупных многопрофильных стационаров г.Санкт-Петербурга (на основании их анкетирования), показало, что большинство (75,6%) было госпитализировано по системе ОМС, 10,4% - по полисам ДМС, 7,0% - на платной основе (и 7,0% не смогли точно указать источник финансирования). Среди пациентов в возрасте до 30 лет и 60 лет и старше доля госпитализированных по системе ОМС была максимальной (76,5% и 82,7% соответственно). Ниже она была в группе больных 30-59 лет (70,8%). Среди лиц этой возрастной группы был наибольшим (14,6%) удельный вес госпитализированных по полисам ДМС. Это вполне объяснимо, так в настоящее время ДМС связано, прежде всего, с коллективной формой страхования работодателем.

Структура источников финансирования госпитализации заметно отличается у лиц с разным социальным положением и с разной оценкой своего материального положения. Все инвалиды поступили на стационарное лечение за счет средств ОМС, среди пенсионеров таких оказалось 94,1%. Среди работающих респондентов 9,1% были госпитализированы за счет личных средств. Последний показатель снижается с 15,0% в группе респондентов, считавших хорошим свое материальное положение, до 4,5% среди оценивших его как удовлетворительное. Естественно, что в группе респондентов с плохим материальным положением не оказалось больных, госпитализированных за счет личных средств. Такую же тенденцию имеет и доля респондентов, госпитализированных по полисам ДМС. Если среди респондентов с хорошим материальным положением был госпитализирован каждый 4-ый больной (25,0%), то в группе лиц с удовлетворительным материальным положением - 9,2%, а в группе респондентов с плохим материальным положением таковых не оказалось.

Следует иметь ввиду то обстоятельство, что стационары могут выставлять за некоторых больных два счета: по системе ОМС (за пролеченного больного) и по системе ДМС - за предоставление отдельных дополнительных услуг (например, предоставление палаты повышенной комфортности). Поэтому часть респондентов может думать, что вся их госпитализация оплачена за счет ДМС, в то время, когда речь идет лишь об отдельных услугах, как правило, сервисного характера.

Доля респондентов, госпитализированных за счет личных средств, снижается с 10,2% в группе лиц с высшим образованием до 4,0% среди имеющих среднее специальное образование (отсутствуют такие случаи в группе респондентов со средним или начальным образованием).

Интересно отметить, что даже в группе респондентов с высшим образованием 8,2% не смогли ответить на вопрос об источниках финансирования госпитализации.

Полученные данные свидетельствуют о том, что, если в возрасте моложе 30 и старше 60 лет практически единственным источником финансирования стационарной помощи для пациентов являются средства ОМС, то в возрастной группе 30-59 лет больше возможность использования альтернативных источников в виде ДМС (в том числе для получения дополнительных сервисных услуг) и самостоятельной оплаты (что преимущественно доступно для лиц с хорошим материальным статусом). Последние два источника важны для стационаров, поскольку позволяют осуществлять дополнительное стимулирование сотрудников и обновлять материально-техническую базу. В то же время следует крайне осторожно подходить к данному вопросу, чтобы не создавалась в бюджетном учреждении система «двойных стандартов», что может вызывать определенное недовольство пациентов, госпитализированных по полисам ОМС.

Малиновский С.В., Радивилко К.С., Молоков Е.В.
ГКУЗ КО Кемеровский областной центр медицины катастроф
г.Кемерово, Россия

УЧАСТИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В КУЗБАССЕ

По данным Государственного комитета Российской Федерации по статистике, травмы и отравления в настоящее время в России вносят аномально большой вклад в уровень общей смертности. Достаточно сказать, что в последние годы травматизм стал второй по значимости причиной смерти для мужчин (в некоторых регионах - и для женщин) после заболеваний сердечнососудистой системы и основной причиной детской смертности.

Основная задача отделения ЭКМПиМЭ Кемеровского областного центра медицины катастроф - это круглосуточное оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим, госпитализированным в ЛПУ области, а также медицинская эвакуация.

По итогам 2013 года, доля вызовов к травматологическим больным составила 16% (467 вызовов), четверть из которой - вызовы к детям. Бытовой травматизм, по-прежнему, занимает первое место среди других (79%), дорожнотранспортный - на втором месте (13%), остальные 8% - за производственным травматизмом. Из всех полученных травм преобладают травмы нейрохирургического профиля (41%), далее - термическая травма (18%), повреждение сосудов (8%), травмы челюстно-лицевой области и травмы живота (по 4%). В единичных случаях привлекались такие специалисты, как уролог, гинеколог, офтальмолог, отоларинголог. Результатом 36% вызовов стала медицинская эвакуация в травмоцентры первого уровня; 40% - были проконсультированы специалистами разного профиля, а 24% пострадавших получили оперативную помощь «на месте». При этом операции на местах детскими хирургами - консультантами отделения ЭКМП сведены к минимуму, большинство детей, состояние которых требует оперативного вмешательства, эвакуируются в специализированные учреждения области.

Организация оказания помощи травматологическим больным осуществляется следующим образом: на круглосуточный диспетчерский пункт поступает вызов из ЛПУ Кемеровской области о нахождении в стационаре тяжелого пациента с травмой. Определяется ведущий синдром, решается вопрос о выезде специалистов. Зачастую на такой вызов отправляются два врача: узкий специалист по профилю травмы и реаниматолог для оценки состояния и возможности эвакуации в профильное ЛПУ. Оценка тяжести состояния пострадавших проводилась при помощи сокращенной шкалы повреждения (AbbreviatedInjuryScale - AIS), в которой тело делится на 6 регионов - голова и шея, лицо, грудная клетка, живот, конечности и экстернальный регион (поверхность тела).

Кодирование шкалы AIS в баллах по степени поражения:

- нет поражения - 0,
- малое - 1,
- умеренное - 2,
- серьезное (витально неопасное) - 3,

- тяжелое (витально опасное, но выживание возможно) - 4,
- критическое (выживание проблематично) - 5,
- несовместимое с жизнью - 6.

Степень поражения так же определяется по шкале ISS (Injury Severity Score) - (шкала тяжести травмы).

В ней избирается 3 наиболее поврежденных региона тела. Баллы - по коду шкалы AIS. Баллы, начисленные по региону, возводятся в квадрат и суммируется. В итоге диапазон от 0 до 75 баллов. Оценка тяжести: 16 и более баллов - большая травма, менее 24 - редкая летальность, от 25 баллов и больше (особенно > 50) - высокая летальность.

Алгоритм оказания помощи выстраивали в зависимости от тяжести состояния пациента. Если пациент по тяжести состояния не может быть эвакуирован в день вызова, специалистами оставляется запись по дальнейшей тактике ведения такого пациента. Как правило, после стабилизации состояния пострадавший эвакуируется бригадой, состоящей из реаниматолога и медицинской сестры, но уже без участия узкого специалиста. Кроме того, отделение проводит активный мониторинг тяжелых больных, оставленных на месте после проведенных консультаций (операции) и, при необходимости, осуществляется повторная консультация.

Дистанционный контроль и концентрация пациентов с тяжелой травмой в специализированном учреждении, где под единым началом работают различные специалисты (реаниматологи-анестезиологи, травматологи, хирурги, нейрохирурги, а также специалисты диагностических служб, восстановительного лечения и психологов), позволяет существенно улучшить качество диагностики, результаты их лечения, прогноз выживаемости пациентов.

Именно по этой причине организация экстренной консультативной помощи в Кузбассе направлена на максимально раннюю эвакуацию пострадавших в травмоцентры первого уровня.

Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И., Ладыга А.Л.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург, Россия

О СТРУКТУРЕ ТРУДОЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Физиотерапевтические методы лечения играют важную роль в комплексной реабилитации пациентов. Несмотря на то, что в последние годы появились новые методы и технологии физиотерапии, штатные нормативы персонала соответствующих отделений не пересматривались в течение десятилетий. Поэтому планирование и организация работы физиотерапевтических отделений во многом строится эмпирически, без учета реальных трудозатрат персонала и потребностей пациентов.

Известно, что определение штатной численности любого персонала невозможно без проведения хронометражных исследований. Учитывая это, нами был проведен хронометраж работы медицинской сестры физиотерапевтического отделения в течение 30 дней.

Проведенный хронометраж показал, что средняя продолжительность смены составила 414 мин. при колебаниях от 396 мин. (по средам), что соответствует нормативному значению до 430 мин. (по понедельникам). То есть, превышение составляет от 11 до 34 мин. Наиболее высоким оно является в начале недели, а также в пятницу.

Структура рабочего времени медсестры состоит из многих элементов работы, которые были объединены нами в три основных этапа: предпроцедурный, процедурный, послепроцедурный, доля которых соответственно составляет 11,3%; 49,3%; 39,4%. Предпроцедурный этап длится в среднем 47 мин. (при колебаниях по дням недели от 42 мин. во вторник до 57 мин. в пятницу). Длительность процедурного этапа составила в среднем 204 мин., колеблясь от 197 мин. в среду до 210 мин. в пятницу. Послепроцедурный этап продолжался в среднем 163 мин. (колебания - от 152 мин. в среду до 179 мин. во вторник).

Первый этап включал в себя два вида работы: участие в отделенческих конференциях и подготовку рабочего места. Участие в конференциях занимало в среднем 17 мин. (при колебаниях от 12 до 27 мин. в пятницу). В подготовку рабочего места входит: получение лекарственных

средств у старшей медсестры, проверка и подготовка аппаратуры, их тестирование и настройка, стерилизация прокладок, получение гигиенических наборов для пациентов (одноразовые простыни, тапочки, салфетки и полотенца), подготовка документации и т.д. Длительность этого этапа работы составила 30 мин.

В структуру третьего (заключительного) этапа были включены четыре элемента: уборка кабинета (14,7% от времени этого этапа), заполнение документации (71,2%), а также незанятое время (3,1%) и время на личные нужды (11,0%).

Наибольшие трудозатраты приходятся на заполнение документации (116 мин.). Колебания составляют от 101 мин. по средам до 134 мин. по понедельникам. Далее следует уборка рабочего места, которая в среднем составляет 24 мин. Колебания в течение недели составили от 22 мин. по понедельникам до 27 мин. по пятницам. В среднем незанятое время составляет 5 мин. - от 1 мин. по вторникам до 11 мин. по средам. На личные нужды в среднем уходит 18 мин.

Количество принятых в течение дня пациентов в среднем составляет 21 человек. В среднем на проведение одной процедуры тратится 9,7 мин. (при различной патологии эта величина отличается несущественно, колеблясь от 9,2 до 9,8 мин.). При разных видах процедур она колеблется от 4,3 мин. (КУФ) до 10,9 мин. (ВЧ-магнит). Естественно, что в случае проведения 2 и более процедур трудозатраты увеличиваются (до 13,5 мин.).

Полученные данные позволили разработать конкретные предложения по оптимизации работы медицинских сестер физиотерапевтического отделения.

Петрова Н.Г., Долгая Т.И., Жирова С.И.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург, Россия

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРИЕМУ ВЫЗОВОВ

Как известно скорая медицинская помощь является «зеркалом» любой системы здравоохранения. В свою очередь, впечатление населения о ее работе, а в отдельных случаях и судьба пациента во многом зависят от лиц «первого контакта» в системе этой помощи - фельдшеров по приему вызовов.

О трудности и ответственности данной профессии свидетельствует тот факт, что, как показало анкетирование фельдшеров выездных бригад СМП, только 7,1% из них выразил готовность работать в данной должности.

- 28,6% респондентов считали, что они не готовы к данной работе в силу высокой психологической нагрузки, а также в силу высокой интенсивности работы (крайне редкие перерывы между вызовами);
- 21,4% - из-за отсутствия управленческих (организационных) навыков (кроме приема/передачи вызовов данный специалист должен осуществлять оперативное руководство работой бригад, формировать укладки и пр.);
- 4,2% - в силу прочих причин.

При этом отмечалось, работа фельдшера по приему вызову влияет на работу выездных бригад (на психологический климат в бригаде, что подчеркнули 66,7% респондентов; на оперативность работы - 14,3%) (противоположного мнения придерживались 19,0% опрошенных).

Причинами высокой психологической нагрузки респонденты считали:
- необходимость постоянного контакта с людьми (60,0% респондентов);
- ответственность не только за свою работу, но и работу бригад (20,0%);
- дефицит времени для принятия экстренных решений (12,0%) и прочие (12,0%).

Также были указаны факторы физического характера, присутствующие в работе данного специалиста: ограничение двигательной активности (на что указали 32% опрошенных), шум (32%), нагрузка на орган зрения при работе с персональным компьютером (24%), прочие (12%).

Респондентам предлагалось указать, какими, по их мнению, качествами должен обладать фельдшер, чтобы успешно выполнять функции по приему и передаче вызовов. Большинство (64%)

респондентов указало на необходимость «стрессоустойчивости». По 12% опрошенных считали важными наличие способности переключения с одного вида деятельности на другой и знание психологии. 8% полагали, что необходимо наличие навыков управления. В 4% указывались другие характеристики.

Нами был проведен хронометраж работы фельдшера по приему вызовов. Более половины (52,0%) времени фельдшер тратит на выполнение основных должностных обязанностей; 13,9% - на выполнение дополнительных обязанностей; время на личные нужды и прием пищи составляет 8,3%; 25,3% приходится на незанятое время (режим ожидания вызова).

Полученные в исследовании данные были использованы для оптимизации штатного расписания и нагрузки среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи.

Погосян С.Г., Белова А.В., Орлов А.Е.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
г.Санкт-Петербург
Самарский областной клинический онкологический диспансер
г.Самара, Россия

О РОЛИ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ МОТИВАЦИОННЫХ УСТАНОВОК ПЕРСОНАЛА

До настоящего времени система кадрового менеджмента в России неразвита. Кадровые службы в лучшем случае заняты подбором кадров и определением их формального соответствия должности. Руководители разных уровней по мере возможности пытаются проводить кадровую политику, направленную на удержание кадров (особенно наиболее квалифицированных), которая преимущественно сводится к мерам материального поощрения. И исключительными являются случаи, когда изучаются социально-психологические аспекты взаимоотношений в трудовом коллективе, различные мотивационные установки, определяющие работу того или иного сотрудника в определенном учреждении, на конкретном рабочем месте (должности), с той или иной степенью отдачи.

На наш взгляд, перспективная кадровая политика руководителей ЛПУ должна начинаться с подбора будущих кадров в образовательных учреждениях, определения будущей приверженности профессии. С этой точки зрения большую роль призваны играть социологические опросы.

Нами был проведен опрос студентов ряда медицинских колледжей г.Санкт-Петербурга. Он показал, что большая (64,7%) доля студентов выбрала специальность «Сестринское дело» по призванию. Последовали совету родителей 21,0% учащихся, а 12,0% студентов поступили в колледж, так как не поступили в ВУЗы (видимо, данная часть является наименее перспективной с точки зрения будущей высокоэффективной работы).

При ответе на вопрос о преимуществах среднего медицинского образования больше половины студентов (54,9%) отметили возможность получения медицинских знаний, которые помогут в дальнейшей жизни. Около трети (35,3%) студентов считают главным преимуществом профессии возможность помогать и сострадать людям.

В единичных случаях студенты полагали, что их будущий статус позволит добиться уважения, определенного социального статуса в обществе (4,5%), стабильного материального положения (3,0%). С одной стороны, это доказывает обоснованность выбора студентами будущей профессии и возможную высокую самоотдачу, а с другой свидетельствует о том, что следует принять на различных уровнях экстренные меры по повышению статуса медицинских работников в обществе вообще и среднего персонала в частности. Низкая внешняя оценка способствует занижению самооценки, возможности развития внутриличностного конфликта, что, в конечном итоге, скажется на результатах труда.

Интересно, что только 61% из опрошенных студентов ответили на вопрос о том, что нужно сделать для повышения престижа профессии, остальные либо не задумывались об этом, либо не смогли однозначно ответить. Большая часть (45,5%) из тех, кто ответил на вопрос о путях повышения престижа профессии, полагала необходимым увеличение заработной платы; 21,5% - улучшение подготовки специалистов (в т.ч. получение высшего образования), расширение

функциональных обязанностей специалистов сестринского дела. 15,9% отметили необходимость изменения отношения к среднему персоналу, в том числе и со стороны врачей.

Также респонденты считали необходимой государственную поддержку (социальная реклама, формирование общественного мнения, пропаганда привлекательного образа среднего медицинского работника) - 5,6% опрошенных. 2,2% указали на необходимость повышения квалификации преподавателей.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о необходимости при осуществлении плановой работы в области кадровой политики системно рассматривать вопросы нематериального мотивирования всех сотрудников, которое (среди прочего) должно включать формирование позитивного имиджа, различные формы признания личных заслуг, формирование правильных взаимоотношений между разными категориями сотрудников и прочие факторы.

Семенов А. В., Гизатуллина Л.М., Султанбаев А.В.
МБУЗ Городская клиническая больница N13
г.Уфа, Россия

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ПРОМЫШЛЕННОМ РАЙОНЕ Г.УФЫ

Организация онкологической помощи в современных условиях основывается на системе прогнозирования распространенности и заболеваемости злокачественными новообразованиями, разрабатываемой с учетом данных статистических и эпидемиологических исследований. Система прогнозирования позволяет принимать научно обоснованные решения по проблеме оказания специализированной онкологической помощи населению и разрабатывать планы в области управления.

Цель исследования. Оценить динамику заболеваемости злокачественными новообразованиями прикрепленного населения МБУЗ ГКБ N13.

Материалы и результаты исследования. В 2013 году население, прикрепленное к ГКБ N13, составляло 91616 человек. Население, обслуживаемое ГКБ N13, работает и проживает в промышленном районе г.Уфы, где расположены УМПО, СТЕКЛОНИТ, КПД. На учете со злокачественными новообразованиями на январь 2014 года состояло 2974 пациента, из них впервые выявлено 339 больных. В 2013 году - 2912 пациента, в 2012 году - 2892 пациента, впервые выявлено 354 и 348 пациента соответственно.

Из числа с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования больные с 1-2 стадией в 2013 г. составляли 50,1%, в 2012 г. - 54%, а в 2011г. - 46,8%. Число больных с 3 стадией заболевания - 30,9%, что на 6,5% больше, чем в 2012 г., и на 6,8% больше, чем в 2011 году. Показатель запущенности составляет 18,8%, что на 0,4% больше, чем в 2012 г. и на 3,9,1% меньше, чем в 2011 г. Из анализа видно, что число больных с 1-2 ст. заболеваемости немного уменьшилось, с 3 ст. отмечается небольшой рост, а показатель запущенности на прежнем уровне. Заболеваемость в 2013 году составила 370, в 2012 г. - 373,3 и в 2011 г. - 385,3 на 100000 населения.

Смертность в 2013 году составляет 174,6 человек: в 2012 г. - 194,1; в 2011г. - 186,1 на 100000 населения. Отмечается незначительное уменьшение смертности.

Болезненность составляет 3246,5 человек: в 2012 г. - 3123; в 2011г. - 3450. Отмечается незначительное увеличение болезненности.

Состоит на учете с момента установления диагноза 5 лет и более 64,4%, в 2012 г. - 63,9%, в 2011 г. - 63,6%.

В структуре заболеваемости рак легкого занимает первое место и составляет 13,5%. На втором месте находится рак молочной железы и составляет 13,2%. Третье место занимает рак предстательной железы и составляет 9,4%. Четвертое и пятые места занимают рак желудка и рак кожи по 7,4%. На шестом месте находится рак ободочной кишки и составляет 5,3%. На седьмом рак тела матки - 4,7%. На восьмом - злокачественные лимфомы 4,4%. На девятом месте рак прямой кишки - 4,1%.

Среди причин запущенности на первом месте рак легкого, на втором - рак желудка,

на третьем злокачественные лимфомы, на четвертом и пятом месте рак толстой и прямой кишки соответственно, на шестом - рак молочной железы, на седьмом - рак поджелудочной железы, на восьмом и девятом - меланома и рак почечной лоханки соответственно.

Выводы.

Исходя из вышеизложенного, необходимо повысить работу по профилактике и раннему выявлению злокачественных новообразований по основным локализациям - рака легкого, рака молочной железы, рака простаты, рака желудка и рака кожи.

Проводить врачебные конференции по отдельным нозологиям онкопатологии. Улучшать сан.просвет работу среди населения путем чтения лекций, проведения бесед в поликлинике по месту работы (УМПО, СТЕКЛОНИТ, КПД).

Сочинская Т.И., Пушкин С.Ю., Шатохин В.Д.
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»
г.Самара, Россия

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

В последние десятилетия механическая травма превратилась в одну из ведущих проблем медицины и является третьей по значимости причиной смертности населения. Особое место занимают травмы, полученные при ДТП, летальность при которых достигает 80%. Улучшение качества оказания помощи существенно сократит потери населения, главным образом молодого трудоспособного и репродуктивного возраста.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших в ДТП.

Материалы и методы исследования. Самарская область является субъектом Российской Федерации с численность населения 3,2 млн. человек. В области более 70% населения проживают в городах с высокой интенсивностью дорожного движения, поэтому до 2/3 всех дорожно-транспортных травм происходит на территории населенных пунктов. Поэтому рациональная организация помощи пострадавшим в ДТП имеет большое значение не только на федеральных трассах, но и в городах и населенных пунктах. Все нерешенные проблемы при оказании помощи пострадавшим, выявленные по итогам проверок работы ЛПУ мы сгруппировали следующим образом:

а) Планирование оказания медицинской помощи пострадавшим. В настоящее время не полностью сформирована материально-техническая база и кадровое обеспечение травмацентров в соответствие с Приказами Минздрава РФ. В рамках программы были поставлены компьютерные томографы в травмацентры 1 и 2 уровней, им же были переданы реанимобили класса С.

Штаты травмацентров 2 и 3 уровня неукомплектованы, не хватает физических лиц ортопедов-травматологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей рентгенологов.

б) Финансирование работы травмацентров, оказывающих помощь больным с политравмой. Концентрация пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами в травмацентрах 1 и 2 уровня при несовершенстве областного прейскуранта цен на медицинские услуги приводит к значительному перерасходу средств на лечение данной категории больных.

в) Дефекты в подготовке специалистов. Важной составляющей оказания помощи пострадавшим, в том числе с множественной и сочетанной травмой, является подготовка специалистов. Сложившаяся система последипломного образования специалистов, оказывающих помощь больным с политравмой, на полутора-четырехмесячных циклах, без учета предшествующей подготовки и специфики оказания помощи в лечебном учреждении, в котором работает специалист не позволяет обеспечить высокую эффективность обучения, а также высокое качество оказания медицинской помощи больным с этой тяжелой патологией. Подготовка врачей по индивидуальной программе, создание полноценной материально-технической базы лечебного учреждения, позволяет значительно улучшить результаты, сократить сроки лечения больных с политравмой.

г) Отсутствие единой для области шкалы оценки тяжести травмы и тяжести состояния

пострадавших не позволяет объективно интерпретировать результаты и исходы лечения всего контингента пострадавших.

д) Размещение, оснащение и планирование работы трассовых медицинских пунктов. Трассовые пункт медицинской помощи МЧС оказывают помощь больным терапевтического профиля и микротравмами, возможности оказывать помощь больным с тяжелыми травмами нет, так как оснащение и кадровый состав не позволяют это сделать.

е) Недостаточная информация и взаимодействие структур, участвующих в оказании помощи больным с политравмой. Отсутствие единого координирующего центра не позволяет оптимизировать структуру, систему организации и финансирования помощи пострадавшим.

ж) Отсутствие алгоритма действий по организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в ДТП, независимо от административно-территориального деления приводит к разнообразию тактических вариантов решения и сказывается на результатах лечения.

На основании проведенного анализа организации оказания медицинской помощи и результатов лечения пострадавшим предлагается следующая программа действий:

1. Организовать региональный травмацентр для координации деятельности травмацентров Самарской области.
2. Оснастить существующие, а также организовать новые травмацентры для оказания медицинской помощи всем пострадавшим на территории Самарской области.
3. Сформировать в областном прейскуранте цен на стационарную помощь клинико-статистические группы для больных с политравмой в соответствии с федеральными медико-экономическими стандартами и шкалами количественной и качественной оценки тяжести состояния пострадавших и тяжестью травмы.
4. Утвердить единую шкалу оценки тяжести травм и тяжести состояния, пострадавших в ДТП.
5. Разработать и утвердить программу обучения врачей-специалистов на мультидисциплинарном цикле «Хирургия множественных и сочетанных повреждений».

Тавлуева Е.В.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ «СОСУДИСТОЙ ПРОГРАММЫ» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования. Изучение причин, влияющих на качество оказания медицинской помощи больным с инфарктом миокарда (ИМ) в рамках реализации «сосудистой программы».

Материалы и методы исследования. Объект исследования - система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в Кемеровской области, база исследования - Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер» (МБУЗ «ККД»). Сбор информации осуществлялся проспективно.

Период исследования - 2011-2013 гг., объем исследования - 782 пациента с ИМ, доставленных в МБУЗ «ККД» из других лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Кемеровской области. Оценка результатов проводилась по следующим показателям: сроки перевода пациента с ИМ в центр с возможностью чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ-центр), доля больных, которым была выполнена реперфузионная терапия. Статистическая обработка результатов осуществлялась стандартным пакетом STATISTICA 6.0. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне статистической значимости (p) менее 0,05.

Результаты исследования. В 2011 г. число переводов больных с ИМ из ЛПУ Кемеровской области в ЧКВ-центр составило 119 пациентов, в 2012 г. - 239 человек, а в 2013 г. - 424 пациента. Из переведенных в 2013 г. больных с ИМ 414 (97,6%) пациентам была выполнена коронароангиография (КАГ) в период госпитализации. Причиной невыполнения КАГ явилось: наличие противопоказаний или декомпенсированной сопутствующей патологии. Таких пациентов среди переведенных за 2013г. в РСЦ оказалось только 10 (2,4%) человек.

Однако, за 2013 г. в течение суток от развития острого ИМ в ЧКВ-центр доставлено всего 100 (23,5%) пациентов, из них первичное ЧКВ выполнено в 66 (66%) случаев. Дополнительно еще 163 (38,4%) пациента, переведенных в 2013 г. в ЧКВ-центр, подверглись экстренному ЧКВ в период госпитализации, из-за развившихся осложнений острого ИМ. 201 (47,4%) больной нуждался в других видах оперативного вмешательства.

Так, 115 (24,8%) больным было рекомендовано выполнение ЧКВ в плановом порядке, из-за сформировавшейся жесткой окклюзии инфаркт-зависимой артерии; 29 (6,8%) больным выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ) в период госпитализации, 57 (13,4%) - рекомендовано АКШ в плановом порядке.

Таким образом, в силу удаленности территорий далеко не все ЛПУ имеют возможность быстрой транспортировки пациента с острым ИМ в ЧКВ-центр. Если период времени от начала заболевания до доставки пациента в ЧКВ-центр превышает 24 часа, то приоритетной становится фармакоинвазивная стратегия, а именно комбинация тромболитической терапии (ТЛТ) с последующим переводом больного в течение 24 часов в ЧКВ-центр.

Однако, из-за организационных проблем с транспортировкой пациентов, клинических предпочтений врача или субъективных обстоятельств фармакоинвазивная стратегия осуществляется далеко не всегда.

Выводы.

Заинтересованность ЛПУ, а также организация более совершенной системы перетранспортировки пациентов с острым ИМ в центр, способный выполнять ЧКВ в круглосуточном режиме, позволит увеличить доступность своевременной реперфузии миокарда.

Фомина Н.В., Смакотина С.А., Щербаков Г.И., Бондарева И.Н.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ГАУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Приоритетным направлением развития современной ревматологии следует считать разработку комплексных многофакторных программ первичной профилактики ревматических заболеваний, особенно дегенеративного генеза.

Внедрение в клиническую практику препаратов, объединенных под названием «биологические агенты», явилось наиболее ярким достижением ревматологии последнего десятилетия. Коренным отличием этих препаратов от традиционных болезнь-модифицирующих противовоспалительных препаратов (МБАРП) является значительно более мощное и селективное ингибирующее действие на синтез различных провоспалительных цитокинов.

Наиболее доступной для российских пациентов антицитокиновая терапия стала в 2006 году в связи с введением государственной программы дополнительного лекарственного обеспечения, внедрения программ высокотехнологичных видов помощи и развитием сети Центров антицитокиновой терапии. Однако высокая стоимость данного вида лечения ограничивает его доступность для больных ревматологического профиля, нуждающихся в этих препаратах. В настоящее время в РФ зарегистрировано 8 ГИБП. Из них только 2 препарата входят в стандарты лечения ревматоидного артрита (РА) - инфликсимаб (ИНФ) и ритуксимаб (РТМ).

Согласно приказу ДОНЗ N 815 от 17.06.2013 года «Об организации областного кабинета терапии ГИБП» на базе ГАУЗ КОКБ г.Кемерово был открыт кабинет ГИБП.

Согласно данным кабинета ГИБП 40 пациентов получают “Ритуксимаб”, “Инфликсимаб” - 19 пациентов, “Абатацепт” - 1 пациент, “Адалимумаб” - 2 пациента, “Этанерцепт” - 6 пациентов, “Тоцилизумаб” - 2 пациента с декабря 2013г.

При использовании данной терапии у всех пациентов отмечается уменьшение количества обострений, госпитализаций, улучшение функциональной активности и качества жизни, снижения количества болезненных и припухших уставов, а у некоторых достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания.

В дальнейшем планируется продолжить отбор пациентов с территории области, нуждающихся в терапии ГИБП, комиссией утвержденной Приказом от 28.06.2013 г. N 379 «Об организации Кабинета ГИБП» в состав которой входят профессора кафедры факультетской терапии КемГМА, заведующий отделением и главный ревматолог области. Приказом ДОЗН КО от 04.06.2013г. N 772 на 2014 г. по программе ОНЛС вошли следующие препараты: инфликсимаб, ритуксимаб, циклоспорин, золендроновая кислота, методжект. Поставлена задача перед ДОЗН КО о необходимости открытия ревматологического отделения на базе ГАУЗ КОКБ.

В настоящее время идет работа над Областной целевой программой «Совершенствования оказания специализированной медицинской помощи и улучшения качества жизни больным с ревматическими заболеваниями в г.Кемерово и Кемеровской области» на 2014-2016 гг. Представлено в ДОЗН КО обоснования включения в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств для лечения РА, АС, СКВ.

Таким образом, болезни ревматического круга, как правило, носят хронический неуклонно прогрессирующий характер. Это требует, в свою очередь, дорогостоящего и длительного лечения и реабилитации больных.

Черкасс Н.В., Артамонова Г.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

КАК ЭФФЕКТИВНО УПРАВЛЯТЬ ОБОРУДОВАНИЕМ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Залогом качества работы медицинских учреждений является наличие хорошей технической базы и специалистов, имеющих образование и квалификацию, позволяющих им работать на различном медицинском оборудовании организации. Очень важно также осуществлять регулярный квалифицированный контроль технического состояния оборудования, организовывать его техническое обслуживание в соответствии с требованиями эксплуатационных документов, метрологический контроль состояния средств измерений (СИ).

Медицинское оборудование - это широкий перечень технических устройств медицинского назначения, используемых для проведения различных лечебно-диагностических мероприятий и процедур по уходу за пациентами. Для оказания качественной помощи используется большое количество видов медицинского оборудования. Перечень оборудования зависит от видов медицинской помощи, которые оказываются в учреждении. ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН (НИИ) оказывает специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь при болезнях сердца и сосудов. В клинике НИИ 165 коек, из них: сосудистой хирургии - 20 коек, кардиохирургических - 60 коек, кардиологических - 45 коек, рентгенхирургических методов диагностики и лечения - 40 коек.

В НИИ процесс управления медицинским оборудованием осуществляется в рамках требований стандартов ИСО 9001-2008 и определен в документированной процедуре «Управление оборудованием и СИ)».

Целью процесса «Управление оборудованием и СИ» является обеспечение производства необходимым исправно работающим научным и медицинским оборудованием, его плановое обслуживание, ремонт и списание, а также обеспечение единства и надлежащей точности измерений в рамках лечебно-диагностического и научно-исследовательского процессов, создание и поддержание единой системы учета средств измерений.

Этапами процесса «Управление оборудованием и СИ» являются:

- введение оборудования в эксплуатацию, обеспечение единства измерений,
- техническое обслуживание научного и медицинского оборудования,
- списание оборудования.

Результативность процесса оценивается по критериям:

- своевременность поверки эксплуатируемого оборудования;
- качество предповерочного технического обслуживания оборудования, подлежащего поверке;
- эффективность использования оборудования;
- результативность технического обслуживания оборудования;
- число обоснованных претензий от пользователей на качество и своевременность выполнения заявок на техническое обслуживание оборудования;
- динамика технической оснащенности института.

Таким образом, для рационального и эффективного использования медицинского оборудования в лечебном учреждении целесообразно создавать систему менеджмента качества, которая позволяет своевременно осуществлять контроль технического состояния оборудования, организовывать его техническое обслуживание и метрологический надзор, что будет способствовать повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Шатохин В.Д., Протазов А.Г., Борковский А.Ю.
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»
г.Самара, Россия

НАШИ ПОДХОДЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Тяжелые травмы таза, к которым относятся нестабильные переломы таза, сопровождаются высокой летальностью от 30 до 85% (Соколов В.А., 2005 г.). Это обусловлено, с одной стороны, тяжестью травмы, как правило они происходят при падении с большой высоты или в результате ДТП, при которых происходит сдавление таза в передне-заднем направлении. В результате травмы нарушается целостность тазового кольца и происходит смещение поврежденных задних отделов таза кверху вследствие тяги длинных мышц спины.

Переломы таза сопровождаются, как правило, массивной кровопотерей и тяжелым шоком, тяжесть которого усиливается с каждой минутой прошедшей с момента травмы. За 1,5-5 часов после травмы пострадавший может потерять до 3-4 литров крови. Поэтому ранняя стабилизация повреждений таза является с одной стороны противошоковым мероприятием вследствие восстановления его неподвижности, с другой стороны сближение поврежденных костей в зоне перелома позволяет уменьшить или полностью остановить кровотечение из поврежденной губчатой кости.

Ранняя стабилизация тяжелых повреждений костей таза отнесена экстренным операциям, наряду с операциями по остановке наружного и внутреннего кровотечения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с переломами задних отделов таза на госпитальном этапах.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 53 больных с переломами заднего полукольца таза. Больные разделены на две группы в зависимости от вида перелома и типа смещения отломков: стабильные и нестабильные. В своей работе мы использовали классификацию переломов таза M.Tile.

Стабильные переломы заднего полукольца-незавершенные переломы крестца, краевые переломы задних отделов подвздошной кости, переломы копчика отмечены у 22 пострадавших, лечение проводилось консервативное - положение Волковича, обезболивающие, лечебная физкультура.

Нестабильные переломы заднего полукольца таза отмечены у 31 пострадавших. С двухсторонними разрывами крестцово-подвздошного сочленения находилось на лечении 9 пострадавших, односторонние переломы в области крестца и подвздошной кости было 11, изолированные переломы крестца отмечены у 3 пострадавших, чрезподвздошные переломы с одной стороны отмечены у 6 больных, с обеих сторон у 2-х пациентов.

В зависимости от состояния пострадавшего, тяжести и вида повреждения использовали рентгенографию в стандартных положениях в условиях противошоковой операционной, при стабильном состоянии проводили компьютерную томографию таза, которая позволяет представить полную картину повреждения таза и тазовых органов. При угрожающем жизни состояния больного

КТ может быть отложена до стабилизации состояния больного и лучших времен.

Этапы оказания помощи:

Догоспитальный медицинский этап, который начинается с момента прибытия машины скорой помощи и начала оказания ее силами и средствами медицинского персонала. На этом этапе мы используем устройства и системы иммобилизации переломов: противошоковый костюм «Каштан», пневмошины, специальные пояса и бандажи, которые используем для щадящей транспортировки пострадавших с места травмы, перекладывания больных на носилки, каталку, стол компьютерного томографа, рентгеновского аппарата, операционный стол.

Экстренную стабилизацию нестабильных переломов таза в травмоцентрах 2-го уровня районными специалистами производится с помощью фиксирующих повязок. Во время выезда травматологов регионального травмоцентра в районы области переломы таза стабилизируются модульными аппаратами внешней фиксации.

В травомцентре 1-го уровня фиксацию нестабильных переломов таза проводим с помощью С-рамы, или ее упрощенного варианта, модульным аппаратом внешней фиксации. Стабилизации нестабильных переломов задних отделов тазового кольца уделяем особое внимание, так как считаем ее противошоковым и гемостатическим мероприятием. Продолжительность операции не превышает 30-40 минут. В случае нестабильной гемодинамики принимается коллегиальное решение о необходимости вмешательства на грудной или брюшной полости, тампонаде таза.

При наличии смещения половины таза низведение производим с помощью скелетного вытяжения, которое накладываем в противошоковой операционной. При отсутствии эффекта низведения, после стабилизации состояния пострадавшего проводим под наркозом одномоментную репозицию перелома на операционном столе путем вытяжения с последующей фиксацией положения отломков аппаратом внешней фиксации. Винты проводятся не только через подвздошные кости, но и через надвертлужную область, что позволяет таким образом обеспечить стабилизацию не только передних, но и задних отделов.

При наличии неустраненного смещения половины таза в сроки позднее 14 дней, возможно, низвести смещенную половину таза с помощью применения дополнительных приспособлений в аппарате внешней фиксации. Для низведения смещенной половины таза устанавливаются стержневые конструкции на бедре или на позвоночнике, отталкиваясь от них, имеется возможность устранить смещение. Проведение данных манипуляций и мероприятий рекомендуем в ближайшие 7-14 дней, так как репозиция возможна при отсутствии стойкой ретракции мышц.

На отсроченном этапе проводим стабилизацию таза с помощью накостных пластин, канюлированных винтов. Отсроченный этап, он не всегда совпадает с периодами травматической болезни. Присоединение осложнений воспалительного характера задерживает проведение восстановительных операций на длительный период времени, поэтому стремимся не откладывая в долгий ящик и устранить их в первые 3-5 суток, так как вертикальное смещение задних отделов, ротационное смещение гемипельвикса, диастаз между отломками в переднем отделе приводит к укорочению конечности, импиджменту тазобедренного сустава с формированием болевого синдрома. Точная репозиция переломов таза - залог успешного исхода заболевания.

Своевременная адекватная помощь больным нестабильными переломами таза позволяет значительно уменьшить летальность, инвалидность и число осложнений связанных с этими тяжелыми повреждениями.

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 АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ

Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Жевлакова Ю.А., Агаларян А.Х.

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

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ «СИНДРОМОВ СЕПСИСА» У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Цель исследования. Установление клинической и прогностической значимости критериев синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), маркеров воспаления и лактата в прогрессировании «синдромов сепсиса» у больных с политравмой.

Материалы и методы исследования. В клинических условиях было обследовано 2501 пострадавших с политравмой (мужчин - 64,6%, женщин - 35,4%, средний возраст 42,2±2,23 лет), доставленных в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» в течение 2-х часов с момента травмы в период 2003-2013 гг. При поступлении у всех больных был диагностирован травматический шок II-III степени, тяжесть состояния по шкале APACHE-III > 80 баллов. Все пациенты были классифицированы по одной из 6 категорий наличия общих признаков «синдромов сепсиса» в соответствии с критериями Согласительной конференции ACCP/SCCM (2001).

Классификация была проведена ретроспективно вслепую двумя врачами, не принимавшими участия в лечении больных. Случай считали инфекцией при установлении источника инфекции и его микробиологическом подтверждении. На 1-3, 5-7, 8-10, 11-14, 17-21 сутки после поступления производили посев различных биоматериалов для выявления бактериального инфицирования. Идентификация микроорганизмов проводилась на бактериологическом анализаторе Vitek 2 (БиоМерье, Франция).

Прокальцитонин (ПКЛ), С-реактивный белок (СРБ) в сыворотке крови определяли на аналитической модульной платформе «Cobas 6000 SWA» (Швейцария). Содержание липополисахаридсвязывающего протеина (ЛПС-СП) и цитокинов (TNF-α, IL-6) в сыворотке крови определяли на иммунохемилюминесцентном автоматическом анализаторе "IMMULITE ONE" (США). Уровень лактата в цельной гепаринизированной венозной крови измеряли потенциометрическим методом на анализаторе критических состояний "Omni S" ("Roche Diagnostics", Швейцария). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета программ "IBM SPSS Statistics 20". Описание качественных признаков осуществлялось путем вычисления абсолютных и относительных частот. Для сравнения качественных показателей использовали точный критерий Фишера и X^2-тест. Выявление взаимосвязей осуществляли методом множественной логистической регрессии. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. При госпитализации в отделение интенсивной терапии у 87% пациентов было зарегистрировано наличие, по крайней мере, двух признаков SIRS: частота дыхания, частота сердечных сокращений. При этом не было выявлено значительных различий в показателях летальности в соответствии с индивидуальными признаками SIRS.

Количество признаков SIRS имело важное прогностическое значение в развитии инфекции, клинического исхода и продолжительности лечения (диагностическая чувствительность и специфичность - 58% и 90% (площадь под кривой ROC-curve: 0,816). У 45% пострадавших течение травматической болезни осложнилось развитием гнойно-септических осложнений и характеризовалось присоединением (8-10 сутки) полирезистентной условно-патогенной грамотрицательной микрофлоры (P.aeruginosa и Acinetobacter spp, в 66,6% случаев в ассоциации с K.pneumoniae, в 33,4% - со S.aureus).

Развитие SIRS в ответ на травму характеризовалось увеличением содержания в крови ЛПС-СП, ПКТ, СРБ, IL-6, наиболее выраженным у пациентов септических групп ($p<0,001$). Диагностическая чувствительность и специфичность для диагностики сепсиса составила: ЛПС-СП (335 мкг/мл) - 84% и 88% (ROC-curve: 0,88; $p<0,001$); СРБ (>26 мг/дл) - 80% (ROC-curve: 0,81; $p<0,001$). Для ПКТ (> 0,35нг/мл) диагностическая чувствительность составила 90%, тогда как специфичность - 43% (ROC-curve: 0,707; $p=0,006$).

Увеличение уровня лактата в крови было связано с увеличением летальности пациентов с политравмой. Так, при уровне лактата < 2,5 мМ летальность составила 5,4% (95% ДИ, 4,5 - 6,2%), при значениях лактата 2,5 - 4,0 мМ летальность была 6,4% (95% ДИ, 5,1 - 7,8%), а при > 4 мМ летальность составила 18,8% (95% ДИ, 15,7 - 19,9%).

Выводы.

Гиперпродукция биомаркеров воспаления находится в тесной взаимосвязи с клиническими проявлениями SIRS, что может быть использовано с прогностической и диагностической целью. Высокая диагностическая чувствительность и специфичность ЛПС-СП, СРБ в сыворотке крови в ранние сроки наблюдения (1-3 и 5-7 сутки), до микробиологического подтверждения инфекции, позволяет использовать данные параметры в качестве ранних маркеров развития гнойно-септических осложнений. Определение уровня лактата в крови является независимым прогностическим фактором летальности при политравме.

**Белых В.И., Зайцева Т.Д., Мозгунова А.Б., Беспалова О.В.
Синельникова Л.М., Мосман И.И., Романова Г.А.**

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
КГБУЗ городская клиническая больница N 11
г.Барнаул, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ

Геморрагический микротромбоваскулит (ГМВ) - болезнь Шенлейна-Геноха характеризуется асептическим воспалением и дезорганизацией стенок микрососудов, множественным микротромбообразованием в сосудах кожи и внутренних органов.

Дискретный плазмаферез (ПА) широко применяется в терапии ГМВ. Однако влияние повторных курсов дискретного ПА на течение ГМВ не изучено. Под нашим наблюдением находилось 87 больных в возрасте от 13 до 76 лет с хроническим, упорно рецидивирующим ГМВ. Всем больным проводили лечение дискретным ПА, причем у 16 из них - повторными курсами. Срок наблюдения за больными варьировал от нескольких месяцев до 22 лет. При этом 13 больных мы наблюдали от 6 месяцев до одного года, 11 - от одного года до трех лет, 8 - от трех до 5 лет, 13 - от 5 до 10 лет, двух больных - от 10 до 15 лет и еще двух - более 22 лет.

Средний возраст больных при первом поступлении составил в среднем 39,7±2,2 года. Давность заболевания до поступления под наше наблюдение составила 3,7±0,4 года.

Количество сеансов ПА на одного больного в течение одного курса лечения варьировало от 5 до 19 (в среднем 9,6), количество удаленной плазмы за один курс лечения - от 1,5 до 11,4 л (в среднем 4,7 л). За один сеанс удаляли от 0,3 до 0,6 л.

Одновременно с проведением ПА 84 больных параллельно получали гепарин, 68 - антиагреганты (курантил, трентал), 42 - нестероидные противовоспалительные препараты, 21 - никотиновую кислоту с целью активации фибринолиза, двое - внутривенные вливания свежезамороженной плазмы (у этих больных был снижен уровень антитромбина III в плазме до 70%).

После первого курса ПА все симптомы ГМВ полностью исчезли у 42 (48,3%) больных, улучшение наблюдалось у 45 (51,7%).

Из 42 больных с полной ремиссией у 19 (45,2%) в последующем клинические проявления заболевания не возникали (срок наблюдения за ними в пределах от 6 до 17 лет). У 45 больных (51,7%) с положительным непосредственным эффектом лечения ремиссия была временной: у 31-го больного (66,0%) - от одного до 6-и месяцев, у 5-и больных (10,6%) - от 6 до 12-и месяцев и у 11-и больных (23,4%) она длилась от одного года до трех лет.

Таким образом, положительный непосредственный результат лечения сохранялся после первого курса лечения в 35,6% случаев менее 6 месяцев. У 21 больного (24,1%) проследить за продолжительностью эффекта первого курса лечения не удалось.

Из числа больных с невыраженным или непродолжительным клиническим эффектом

после первого курса лечения у 16 (18,4%) были проведены повторные курсы дискретного ПА. Два курса ПА были проведены у 16-и больных, три курса - у трех, 4 и 5 - у четырех, 7, 9, 10 курсов лечения - у трех. Повторные курсы ПА позволили добиться выздоровления у 10-и из 16-и больных (62,5%) и стабильной ремиссии - у 3-х больных (18, 8%).

Курсы лечения дискретным ПА целесообразно повторять многократно, так как 1-2-кратное их проведение не всегда обеспечивает достаточно устойчивый клинический эффект. В комплексной терапии ГМВ с применением ПА необходимо использование гепарина необходимо для купирования тромбинемии, а антиагрегантов - для ингибиции исходно высокой спонтанной агрегации тромбоцитов.

Власов С.В., Сафронов Н.Ф., Милюков А.Ю., Власова И.В.

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

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ВО ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

Актуальность. Сопровождающая открытую репозицию костей таза массивная кровопотеря является одним из патогенетических факторов тромбообразования. Учитывая, что только аутогенная кровь исключает сенсибилизацию реципиента к различным антигенам донора, это увеличивает возможную скорость ее реинфузии. Концентрация в крови метаболитов, прежде всего лактата отражает уровень нейровегетативной защиты от операционной агрессии. Часто динамику лактатемии применяют как критерий эффективности тактики лечения и предиктора ухудшения состояния, а шкала APACHE III позволяет объективно оценить изменение тяжести состояния пациента.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 49 пациентов с массивной кровопотерей, связанной с открытой репозицией и внутренней фиксацией тазового кольца и вертлужной впадины. Изучено влияние способов восполнения кровопотери на показатели центральной гемодинамики, метаболизма и тяжесть состояния пациентов во время операций. В основной группе (n=17) осуществлялась аппаратная аутогемотрансфузия (ААГТ) сепаратором крови - «BRAT 2» (Швеция), в контрольной группе (n=32) восполнение кровопотери проводилось компонентами донорской крови. По объему кровопотери группы не различались, в исследуемой группе 2380±320 мл и в группе сравнения 2290±229,5 мл. Производили измерения показателей при поступлении, на высоте кровопотери, через 6 часов после операции и через 24 часа после операции.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе на высоте кровопотери и после операции лабораторные показатели периферической крови были выше, чем в группе сравнения. Это подтверждает, что одно из наиболее важных преимуществ ААГТ - сокращение времени до начала качественного восполнения объема циркулирующей крови. Снижение количества эритроцитов в группе сравнения и увеличение разницы их содержания в сравнении с исследуемой группой (на 15%) через 24 часа объясняется более ранней секвестрацией перелитых донорских эритроцитов в организме реципиента. Это привело к тому, что объем донорской эритроцитной массы перелитой в течение десяти суток после операции в исследуемой группе (475±88,33 мл) в четыре раза меньше, чем в группе сравнения (2031±129,8 мл).

Анализируя влияние ААГТ на состояние гемодинамики у пациентов с острой массивной кровопотерей, можно сделать вывод, что данная методика позволяет сократить сроки купирования шока за счет нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики уже в раннем послеоперационном периоде. Гемодинамические показатели на высоте кровопотери не претерпевали существенных изменений и отражали потерю волемического внутрисосудистого объема. Снижение ударного объема крови в контрольной группе компенсировалось увеличением ЧСС. При этом выявлена статистически значимая разница АД среднего, ЧСС и ОПС между группами. Отмечено снижение ОПС на 13% и системного артериального давления на 10% в сравнении с исследуемой группой. В послеоперационном периоде эти изменения

нивелировались, вероятно, за счет трансфузии донорской крови.

Реакция симпатической системы на кровопотерю вызывает нарушение тканевого капиллярного кровотока, газообмена и накопление лактата. Средние показатели уровня лактата крови в контрольной группе статистически значимо отличались от показателей в основной группе. Учитывая также выявленное ранее снижение показателей центральной гемодинамики и потребления кислорода у пациентов контрольной группы, можно заключить, что тактика трансфузионной терапии с применением донорской крови не обеспечивает адекватного восполнения кровопотери.

Тяжесть состояния пациентов исследуемой группы по шкале APACHE III в результате проведения операции изменилась в положительную сторону на 5,86%. В группе сравнения тяжесть состояния пациентов ухудшилась на 11,6% от исходного и отличалась на 19,2% от исследуемой группы. Клинически это проявлялось артериальной гипотонией и тахикардией по сравнению с предоперационным периодом, а также проведением продленной ИВЛ. Лабораторно выявлялась тяжелая анемия, гипопротеинемия, нарушения кислотно-основного состояния.

Пациентам проведено ДС в послеоперационном периоде. В исследуемой группе тромботических осложнений выявлено на 34% меньше, чем в группе сравнения, окклюзивных тромбозов меньше на 16%, а флотирующие эмболоопасные тромбозы и эпизоды ТЭЛА не выявлены.

Выводы.

Таким образом, использование интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов при острой массивной кровопотере способствовало улучшению гематологических и биохимических показателей крови в раннем послеоперационном периоде, стабилизации центральной гемодинамики и транспорта кислорода, что привело к уменьшению тяжести состояния пострадавших и снижению риска развития тромботических осложнений.

Зейдлиц С.А., Фомичев В.А., Историн Е.Л.

Новосибирский государственный медуниверситет
г.Новосибирск, Россия

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСШИРЕННЫХ ЛОБЭКТОМИЙ И ПУЛЬМОНЭКТОМИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ

В настоящее время остается открытым вопрос о выборе анестезиологического пособия для онкобольных, которым предстоит расширенная пульмонэктомия и лобэктомия. Основной методикой считается мультимодальная анестезия (ММА) на основе севофлюрана с эпидуральной блокадой на грудном уровне. Но появляются данные, метаанализ Dale O. (2012), исследования Hiroto K. (2011), что интраоперационное применение кетамина значительно ингибирует в послеоперационном периоде воспалительную реакцию, а блокада рецепторов NDMA обладает противоопухолевой активностью (Lindauer M., 2005).

Цель исследования. Предварительно оценить эффективность использования ММА и сочетанной анестезии кетамином с ИВЛ у пациентов с раком легких, идущих на расширенную пульмонэктомию, расширенную лобэктомию торакотомным доступом.

Материалы и методы исследования. Оценка анестезиологического пособия и анализ раннего послеоперационного периода у пациентов, перенесших расширенные операции на легких. Группы исследования были сопоставимы по объему и продолжительности оперативного лечения, физическому статусу по ASA и сопутствующей патологии. Оценка проводилась в трех группах больных по 20 человек в каждой.

В первой группе больные оперированы под ММА, включающую ингаляцию севорана 1,2±0,2 об.%, постоянную эпидуральную инфузию ропивакаина 0,2% с фентанилом 2 мкг/кг/мл и адреналина 2 мкг/кг/мл (смеси Бревика) в традиционной дозе и предварительным введением за 30 мин до анестезии клофелина в дозе 0,002 мг/кг. Во второй группе больных использовалась общая анестезия кетамином с ИВЛ по традиционной методике на фоне эпидуральной инфузии смеси Бревика. Третья группа - под ингаляционной анестезией севораном с установкой эпидурального катетера после операции.

Результаты исследования. Используя метод ММА у больных в сочетании с введением клофелина в дозе 0,002 мг/кг перед операцией, в сравнении с оперированными под общей

анестезией с ИВЛ, мы получали более гладкое течение ближайшего послеоперационного периода даже у пациентов с серьезной сопутствующей патологией. Период пробуждения в 1 группе составил 15±10 мин по сравнению с второй группой 32±15 мин. Однако при появлении технических трудностей при мобилизации препарата и кровопотере у 14,2% больных 1 группы возникала нестабильность показателей гемодинамики и преходящие нарушения ритма сердца, что требовало инотропной поддержки и антиаритмической терапии.

Выводы.

ММА в сочетании со стресс-протекцией клофелина безопасна и ведет к менее выраженным изменениям параметров гемодинамики, в сравнении с таковыми у больных 2 и 3 групп.

Однако возможность выбора и использования сочетанной анестезии (2 группа больных) требует дополнительного изучения и анализа.

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

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

ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

Обеспечение надежной проходимости дыхательных путей имеет особое значение во время анестезии при отоларингологических операциях, так как хирург и анестезиолог зачастую «конкурируют» между собой за доступ к дыхательным путям. Надежную проходимость дыхательных путей можно обеспечить с помощью интубации трахеи. Ларингоскопия и интубация трахеи - мощный, грубый стимул для защитных рефлексов дыхательных путей, что предсказуемо влечет за собой гипертензию и тахикардию, поэтому выполнение эндотрахеальной интубации необходимо выполнять при глубоком наркозе и достаточной аналгезии.

При операциях в полости носа и околоносовых пазухах необходимо так же следить за поддержанием артериального давления на возможно низком уровне, для уменьшения кровоточивости. Применение ларингеальной маски при отоларингологических операциях встречается все чаще, так как обеспечивает адекватный газообмен и препятствует аспирации крови в легкие во время операции.

Цель исследования. Оптимизировать обеспечение проходимости дыхательных путей с позиции обеспечения стабильной гемодинамики при операциях в полости носа и околоносовых пазухах у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница». В исследование включали пациентов в возрасте от 2 до 16 лет, со степенью анестезиологического риска по ASA 1-2 степени, перенесших хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазухах. В зависимости от способа обеспечения проходимости дыхательных путей пациенты, участвующие в исследовании, были распределены на две группы, по 50 пациентов в каждой. Пациентам в 1-ой группе проходимость дыхательных путей обеспечивалась ларингеальной маской LMA Flexible TM, во 2-ой группе - при помощи интубации трахеи.

В 1-ой группе средний возраст пациентов составил 12,8±2,04 года, вес 44,33±9,16 кг, степень анестезиологического риска по ASA составила у 34 пациентов (68%) - 1 степень и у 26 (32%) - 2 степень.

Во 2-ой группе средний возраст пациентов составил 12,32±3,01 года, вес 47,16±14,91 кг, степень анестезиологического риска по ASA составила у 36 пациентов (72%) - 1 степень и у 24 (28%) - 2 степень. Статистически значимых различий между группами не отмечалось.

Анестезиологическое обеспечение было представлено комбинированным наркозом пропофолом с фентанилом и N_2O/O_2 - 2/1 и ИВЛ, а так же ингаляционным наркозом комбинации севорана с N_2O/O_2 и ИВЛ. В 1-ой группе фентанил доза насыщения 2,6 мкг/кг,

во 2-ой группе доза насыщения фентанила 3,9 мкг/кг (p=0,006). Доза поддержания фентанила в 1-ой группе - 2,2 мкг/кг/час, во 2-ой группе - 2,9 мкг/кг/час (p=0,01). В остальном статистически значимых отличий между группами в анестезиологическом обеспечении не было.

У детей, участвующих в исследовании, регистрировали артериальное давление (систолическое, диастолическое, среднее), частоту сердечных сокращений на следующих этапах: 1 - поступлении ребенка в операционную, 2 - вводный наркоз, 3 - интубация трахеи/установка ЛМА, 4 - начало операции, 5 - травматический этап операции, 6 - гемостаз, 7 - непосредственно после экстубации, 8 - перед переводом ребенка в отделение.

Результаты исследования. При поступлении пациентов в операционную показатели артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) были в пределах возрастной нормы, на вводном наркозе отмечалось снижение АД на 10-12% в обеих группах, при этом статистически значимых различий между группами не отмечалось.

При поступлении в первой группе ЧСС - 85,1 ударов в минуту, АД - 118,4/67,9 (85,6) мм.рт.ст., во 2-ой группе ЧСС - 87,4, АД 121,8/67,7 (87,2), на этапе вводного наркоза в первой группе ЧСС - 90,86, АД - 102,9/51,4 (70,9), во 2-ой группе ЧСС - 92,5, АД 103,5/49,3 (67,8).

При обеспечении проходимости дыхательных путей в 1-ой группе ЧСС - 87,4, АД 96,2/44,8 (64,3), во 2-ой группе ЧСС - 102,6, АД 110,7/55,8 (77,4) отмечаются статистически значимые отличия в величине АД и ЧСС между группами. И эти статистически значимые отличия сохраняются вплоть до этапа удаления ларингеальной маски в первой группе ЧСС - 96,3, АД 123,3/76,9 (94,1) и экстубации во второй группе ЧСС - 107,4, АД - 129,6/81,1 (99,7). Перед переводом в отделение показатели гемодинамики были в пределах нормы в обеих группах и статистически значимых отличий не отмечалось.

При обеспечении проходимости дыхательных путей при помощи ларингеальной маски LMA Flexible TM у пациентов в первой группе отмечалась более стабильная гемодинамика в ходе операции. Артериальное давление было ниже и частота сердечных сокращений реже на этапе установки ЛМА, начале операции, при травматическом этапе операции, на этапе гемостаза и удаления ларингеальной маски в сравнении с пациентами второй группы, в которой проходимость дыхательных путей обеспечивалась при помощи эндотрахеальной интубации (p<0,05).

В 1-ой группе отмечалась умеренная гипотония в течение операционного периода, и артериальное давление поднималось после удаления ЛМА. Перед переводом в палату из операционной уже не отмечалось статистически значимых различий между группами пациентов в показателях АД и ЧСС. При этом потребность в наркотических аналгетиках была ниже у пациентов первой группы (p<0,05).

Выводы.

Применение ларингеальной маски в качестве средства обеспечения проходимости дыхательных путей при операциях в полости носа и околоносовых пазухах у детей способствует уменьшению дозы наркотических анальгетиков и обеспечивает более стабильную гемодинамику во время операции.

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России
МБЛПУ «ГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Цель исследования. Оценить эффективность дифференцированной коррекции нарушений микроциркуляции в комплексе интенсивной терапии у больных с тяжелым сепсисом, обусловленным разлитым гнойным перитонитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 больных с разлитым гнойным перитонитом, вызванным перфорацией полого органа, течение которого осложнилось тяжелым

сепсисом, согласно классификации ACCP/SCCM (1992). Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 32 человека с тяжелым сепсисом. Группу вмешательства составили 14 больных с тяжелым сепсисом, которым наряду с комплексом интенсивной терапии разлитого гнойного перитонита, проводилась дифференцированная коррекция расстройств микроциркуляции. Контрольную группу оценки микроциркуляции кожи составили 35 практически здоровых добровольцев, прошедших профосмотр. Динамический период наблюдения составил 1, 3, 5, 7 и 10 сутки послеоперационного периода.

Состояние микроциркуляторного русла оценивалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-02) отечественного производства (НПО «ЛАЗМА», РФ) методом накожной лазерной доплеровской флоуметрии. В ходе исследования регистрировались следующие показатели:

среднее значение индекса микроциркуляции (ИМ) - величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации или среднеарифметическое значение показателя микроциркуляции, измеряется в перфузионных единицах (перф.ед.);

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.

На втором этапе обработки ЛДФ-грамм базального кровотока при исследовании структуры ритмов колебаний перфузии крови с помощью вейвлет-преобразования, которое является наиболее точным и корректным, регистрировались: нейрогенный тонус (НТ), миогенный тонус (МТ) [1-3]. В нашем исследовании в группе здоровых добровольцев ИМ составил 3,96±0,38 перф. ед, СКО - 1,06±0,1 перф. ед, КВ - 28,08±1,61%, НТ - 1,67±0,10 мм.рт. ст/перф. ед, МТ - 1,79±0,10 мм.рт.ст/перф. ед, которые были приняты за норму.

Статистическая обработка данных проводилась путем вычисления среднего значения исследуемых величин (M), 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?0,05.

Результаты и обсуждение. При тяжелом сепсисе тканевая перфузия у больных основной группы была стабильна и снижалась лишь к 5-ым суткам послеоперационного периода, в сравнении контрольной группой. Вариабельность кровотока регистрировалась достоверно сниженной на 5, 7 и 10-е сутки послеоперационного периода, а повышение вклада вазомоторного компонента регуляции микроциркуляции (достоверное повышение Kv на 3-и и 10-ые сутки) не приводило к увеличению перфузии. Происходил дисбаланс механизмов регуляции микроциркуляции. МТ изначально был достоверно повышен, на 5-ые сутки происходило его снижение из-за истощения спонтанной осциляторной активности гладкомышечных элементов сосудистой стенки. Одновременно в 5-ые сутки происходило увеличение НТ, что свидетельствовало об активации α-адренорецепторов прекапиллярных сфинктеров и сужение артериол.

В связи с выявленными нарушениями микроциркуляции в дополнение к комплексу интенсивной терапии была разработана дифференцированная коррекция расстройств микрокровотока. Целью терапии служило увеличение уровня перфузии тканей, снижение гетерогенности капиллярного русла для достижения адекватной доставки кислорода и восстановления клеточного метаболизма, для чего использовались препараты 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.

При тяжелом сепсисе в группе вмешательства не происходило снижения среднего уровня перфузии тканей, ИМ с 5-ых суток был достоверно выше, чем в основной. НТ в группе вмешательства в сравнении с основной группой, начиная с 5-ых суток, был достоверно ниже, следовательно, проводимая коррекция расстройств микроциркуляции не допускала спазма прекапиллярных сфинктеров.

Отсутствие увеличения НТ на фоне стабильного уровня средней перфузии указывало на преобладании местной гуморальной регуляции над активностью симпатической нервной системы. Изменения МТ имели обратный характер, в группе вмешательства с 5-ых суток происходило его

статистически значимое увеличение. Цитопротективное действие перфторана и реамберина путем увеличения доставки кислорода и купирования тканевого ацидоза подтверждалось изменением кислотно-основного состояния.

С 7-ых суток происходило достоверное увеличение SvO_2 в группе вмешательства (SvO_2 группа вмешательства 75,9±2,4%; SvO_2 основная группа 65,7±1,8%). pH венозной крови в группе вмешательства колебался в пределах физиологических значений в течение всего периода исследования, а начиная с 5-ых суток, был достоверно выше, чем в основной группе (pHв группа вмешательства 7,39±0,01; pHв основная группа 7,35±0,01). Избыток оснований в группе вмешательства с 5-ых суток так же был статистически значимо выше, чем в основной группе (BE группа вмешательства 0,37±0,62 ммоль/л; BE основная группа - 2,25±0,77 ммоль/л). Использование дифференцированной коррекции расстройств микроциркуляции в комплексе интенсивной терапии разлитого гнойного перитонита при тяжелом сепсисе привело к улучшению функционального состояния микроциркуляции.

Выводы.

1. Применение реамберина и перфторана в комплексе интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы способствовало улучшению микроциркуляторного кровотока за счет снижения выраженности периферического вазоспазма.

2. Применение реамберина с перфтораном в комплексе интенсивной терапии разлитого гнойного перитонита при тяжелом сепсисе способствовало опосредованному повышению среднего уровня перфузии за счет снижения гетерогенности капиллярного русла. Ведущими звеньями коррекции микроциркуляции были восстановление ауторегуляции и раскрытие спазмированных артериол.

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

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ И ДАЛАРГИНОМ

Цель исследования. Анализ динамики показателей кортизола, глюкозы крови, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в условиях хирургических операций на фоне эпидуральной анестезии с применением стресс-протекции клофелином и даларгином и без нее.

Исследования проводились в трех группах больных (n=40), оперированных под субарахноидальной анестезией (СА). У 1 группы больных СА проводилась без стресс-протекции, во 2 группе интраоперационно, вводился даларгин 30 мг. В 3-й (основной) группе за 30 мин до анестезии внутримышечно вводился клофелин в дозе 0,002 мг/кг. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим данным, сопутствующим заболеваниям, объему и продолжительности оперативного лечения. Определялись следующие параметры: кортизол и глюкоза крови, ЛИИ. Определение параметров проводилось на следующих этапах:

1 - за 30 мин до оперативного вмешательства,
2 - в наиболее травматичный момент операции,
3 - после окончания операции,
4 - через 60 мин после перевода больного в палату.

В ходе анализа результатов исследования ЛИИ было установлено, что на 1 этапе в 3 группе больных этот показатель был на 26,6% меньше, чем в 1 группе и на 21,42% меньше, чем во 2-ой группе ($p<0,05$). На 2 и 3 этапах исследования в 3 группе больных ЛИИ на 52,94% был меньше, чем в 1 группе и на 55,55% меньше, чем во 2 группе ($p<0,05$). К 4 этапу показатель ЛИИ в основной группе был ниже на 66,01%, чем у больных 1 группы и на 63,73% ниже, чем у больных 2-ой группы. Причем лишь в 3-ей группе больных этот показатель последовательно снижался на каждом этапе исследования, в других группах он возрастал. Что свидетельствует о лучшей стресс-протекторной защите у больных на фоне действия клофелина.

Уровень глюкозы крови на 2-ом этапе контроля у больных 1 и 2-ой группы достоверно

повысился на 1,90% и 1,92%. К 3 этапу отмечалось снижение этого показателя у больных 1 группы на 3,02%, а во 2 группе на 5,8%. Спустя час после операции он достоверно возрос на 5,55% и 3,77% соответственно. В 3 группе больных отмечалось достоверное снижение содержания глюкозы крови на 2 и 3 этапе на 8,0% и на 10,0% через час после оперативного вмешательства.

Кортизол плазмы крови на 2, самом травматичном этапе операции, достоверно возрос в 3-ей группе больных на 6,17% по сравнению с исходными данными. И был достоверно выше на 1,16%, чем у больных 1 группы и на 1,45% - чем у больных 2-ой группы. Причем данный показатель не превышал физиологическую норму. Однако на 3 и 4-х этапах исследования у больных основной группы отмечалось снижение уровня кортизола плазмы крови на 0,68% и 11,88% ($p<0,05$) в сравнении с исходными данными.

В 1-ой группе больных, где стресс-протекция не применялась, зарегистрировано достоверное повышение уровня кортизола крови на 3 этапе исследования на 0,21% и на 4-м этапе на - 13,05% от исходных данных.

Во 2 группе больных, где для стресс-протекции использовался даларгин, отмечалось повышение концентрации кортизола в плазме крови на 3 этапе исследования на 0,54%, а на 4-м этапе исследования - на 15,08% от исходного уровня.

Необходимо отметить, что показатели кортизола и глюкозы крови в исследуемых группах больных на всех этапах контроля не превышали предельно допустимых норм. Но наибольшие показатели кортизола и глюкозы крови на этапах периоперационного периода были зарегистрированы у больных 1 группы. Незначительно ниже эти показатели отмечены у больных 2-ой группы, где стресс-протекция выполнялась даларгином. И существенно ниже эти параметры установлены на этапах исследования у больных 3-ей группы, где стресс-протекция обеспечивалась клофелином.

Таким образом, внутримышечное применение клофелина на фоне СА позволило достичь более длительной и качественной антистрессорной защиты.

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

ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ И ДАЛАРГИНОМ

Изменения показателей гемодинамики могут быть обусловлены не только фармакологическим ответом на применяемые препараты для региональной анестезии и седации, но и являются результатом стресс-ответа на операционную травму. В этой связи мы определяли параметры гемодинамики при проведении субарахноидальной анестезии с применением стресс-протекторов: клофелина и даларгина и без использования последних.

Исследования проводились в трех группах больных (n=40 в каждой группе), оперированных под субарахноидальной анестезией в стандартном исполнении. У 1 группы больных субарахноидальная анестезия проведена без стресс-протекции, во 2-ой группе вначале операции дополнительно вводился даларгин 30 мг. В 3-ей (основной) группе за 30 минут до анестезии внутримышечно вводился клофелин в дозе 0,002 мг/кг. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим параметрам, сопутствующим заболеваниям, объему и продолжительности оперативного лечения. На протяжении анестезиологического пособия проводился мониторинг: систолического (сАД), диастолического (дАД), среднего (сАД) артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Определение параметров проводилось на следующих этапах:

1 - за 30 мин до оперативного вмешательства,
2 - в наиболее травматичный момент операции,
3 - после окончания операции
4 - через 60 мин после перевода больного в палату.

В 1 группе больных ко 2-му (наиболее травматичному) этапу операции показатели АДс и сАД снизились соответственно на 22,1%и 9,3% (р 0,05), а к 3 этапу снижение составило АДс на 34,5%, АДд на 19,6%, сАД на 28,9% по сравнению с исходными данными. К 4 этапу контроля (непосредственный послеоперационный период) регистрировалось повышение параметров общей гемодинамики по сравнению с 3 этапом, но в сравнении с исходными данными уменьшение показателей АДс, АДд, сАД сохранялось на 26,1%, 17,7%, 23,8% соответственно (р<0,05). Незначительное учащение ЧСС на 5,14% обнаружено ко 2-у этапу исследования; к 3 этапу - отмечено урежение ЧСС на 12,8% относительно исходных данных и на 17,1% относительно 2-го этапа. На 4 этапе - вновь регистрировалось увеличение ЧСС на 9,05% в сравнении с исходными данными. В группе выявлена динамика показателей гемодинамики характерная для симпатического блока при субарахноидальной анестезии.

В группе 2, где для стресс-протекции использовался даларгин, ко 2-у этапу АДс снизилось на 22,0%, а сАД на 9,3%. К 3 этапу исследования показатели АДс, АДд, сАД уменьшились соответственно на 33,0%, 14,5% и 26,0% в сравнении с исходными данными. На 4 этапе отмечено повышение показателей в сравнении с 3 этапом, но они были ниже исходных: АДс на 27,1%, АДд на 10,1% и сАД на 21,0% (р<0,05) ЧСС ко 2-у этапу учащалась на 4,8%, а к 3-у этапу отмечено урежение этого показателя на 7,2% в сравнении с исходными данными. На 4-м этапе исследования выявлено увеличение ЧСС на 9,7% в сравнении с 1-м этапом (р<0,05).

В группе 3 (основной), где стресс-протекция выполнялась клофелином, АДс ко 2-у этапу снизилось на 12,5%, а к 3 и 4 этапам на 13,1% и 13,8% соответственно исходным данным. АДд ко 2-у этапу снизилось на 8,8%, к 3-у этапу на 14,9%, а к 4 этапу - на 10,3% от исходного показателя, сАД оставался сниженным на 2, 3, 4 этапах исследования на 14,9%, 13,8% и 12,5% соответственно исходным данным. Зарегистрировано также постепенное урежение ЧСС на 8,9%, 11,9%, 12,09% соответственно этапу исследования от исходных данных.

Таким образом, анализируя вышеизложенное, можно отметить, что изменения общей гемодинамики были менее выражены в 3 группе больных в сравнении с показателями в 1-й и 2-й группах, где не использовалась стресс-протекция клофелином.

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

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ

Цель исследования. Оценка качества аналгезии оперирующими хирургами во время операции, а также эффективность и длительность ее в послеоперационном периоде. Учитывалось, что в периоперационном периоде сознание у больных сохранялось.

Исследование проводилось в трех группах больных (n=40), оперированных под субарахноидальной анестезией в классическом исполнении.

В 1 группе больных анестезия проводилась без стресс-протекци.

Во 2 группе каждому больному во время нахождения в операционной (3-4 часа) внутривенно постоянно вводился даларгин в общей дозе 30 мг.

В 3-й группе за 30 мин до операции внутримышечно применялся клофелин в дозе 0,002 мг/кг.

Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим параметрам, сопутствующим заболеваниям, объему и продолжительности оперативного вмешательства. Качество анестезии во время операции оценивали путем опроса хирургической бригады и использовались следующие критерии оценки: отличная, хорошая, удовлетворительная. В послеоперационном периоде нами фиксировалось время появления жалоб на болевые ощущения у больных в исследуемых группах. Кроме того, проводился анализ уровня болевых ощущений по шкале вербальной оценки боли (ШВО) с выставлением баллов от 1 до 4-х.

Анализируя полученные данные путем опроса хирургических бригад о качестве аналгезии,

отмечено, что в 3 группе больных отличная оценка зарегистрирована на 20,97% чаще, чем в 1-ой группе и на 19,9% ($p<0,05$) чаще, чем во 2 группе больных. Выявлено также, что в 3-ей группе больных отмечалось статистически достоверное замедление наступления послеоперационной боли на 58,91% (206,9±6,71 минут) по сравнению с 1 группой больных и на 59,16% (207,8±6,53 минут) в сравнении с больными 2 группы.

Анализируя данные, полученные с помощью ШВО, следует отметить, что слабую боль в покое и умеренную при движении (1 балл) ощутили только 10% больных 3 группы. Умеренная боль в покое и движении (2 балла) наблюдалась у 48% больных 3 группы, 10% - 2 группы и 12% - 1-й группы больных. Умеренная боль в покое и сильная при движении (3 балла) зарегистрирована у 30% больных 3 группы, во 2 и 3 группах больных этот уровень боли был у 50% пациентов. Сильная боль (1 балл) отмечена у оставшихся 12% больных 3 группы, у 40% - во 2 группе и у 38% - в 3 группе больных.

Таким образом можно сделать вывод, что использование клофелина для стресс-протекции при субарахноидальной анестезии создает лучшие условия для операционной бригады, пролонгирует аналгетический эффект и обеспечивает более качественную послеоперационную аналгезию в сравнении с использованием для стресс-протекции даларгина или без ее применения.

Левченко Т.В., Кравцов С.А., Шаталин А.В.

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

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

В начале XXI века лечение пациентов с политравмой по прежнему представляет собой актуальную проблему современной медицины. Наряду с сохраняющейся тенденцией к росту данного вида повреждений, политравма характеризуется еще и отсутствием явного прогресса в улучшении исходов лечения, несмотря на внедрение в практику новых методов диагностики и терапии. Госпитальная летальность остается высокой и колеблется, по данным разных авторов, от 15,9 до 49,5%. Снижение летальности является социально значимой проблемой, тем более что в основном погибают пациенты трудоспособного возраста.

Цель исследования. Изучить уровень, структуру госпитальной летальности при политравме, танатологический профиль в зависимости от доминирующего повреждения и сроков пребывания в стационаре.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 636 историй болезни пострадавших с политравмой, находившихся на лечении в специализированном травматологическом центре, расположенном на базе ФГБЛПУ «НКЦОЗШ», за период 2008-2012 гг. Умерло 102 пациента, летальность составила 16%.

Среди поступивших больных с политравмой мужчин было 433 (68,1%), женщин - 203 (31,9%), среди умерших соответственно 74 (72,5%) и 28 (27,5%).

Все умершие были распределены на группы по возрасту и полу, механизму травмы, локализации основного (доминирующего) повреждения основным причинам, срокам смерти.

Результаты и обсуждения. В основном среди умерших были лица трудоспособного возраста: 88,2% составили пострадавшие моложе 60 лет, средний возраст умерших пациентов составил 43±4,2 года. С увеличением возраста пострадавших показатель госпитальной летальности повышался. Максимальная летальность (40%) наблюдалась среди мужчин в возрастной группе старше 61 года.

При анализе распределения пострадавших по механизму повреждений установлено, что в 79,4% случаев травмы были связаны с ДТП, в 11,8% - с падением с высоты, в 3,9% - травма носила производственный характер, прочие травмы составили 4,9%.

В зависимости от локализации ведущего повреждения наибольшее количество пациентов было с доминирующей черепно-мозговой травмой (38 пациентов или 37,3% от общего числа умерших), наименьшее число умерших пациентов - с доминирующим абдоминальным повреждением

(6 пациентов или 5,9%).

У 27 пациентов (26,5%) имели место конкурирующие доминирующие повреждения, каждое из которых несло угрозу для жизни. В 23 из 27 случаев нами отмечено сочетание торакальной травмы с другой доминирующей травмой.

Для этой категории пострадавших в 70,4% случаев характерны сочетания повреждений 3-х и более анатомических областей, в 77,5% - наличие шока III степени (чаще геморрагического), развитие полиорганной недостаточности.

Для анализа летальности по срокам пребывания в стационаре, пациенты разделены на 3 группы, которые примерно соответствуют острому (1-3 суток), раннему (4-10 суток) и позднему (>10 суток) периодам травматической болезни.

В первые трое суток умерло 24 пациента, что составило 23,5% от общего количества умерших от политравмы. При этом досуточная летальность составила 9,8%. (10 пациентов). На 4-10 сутки умерло 38 пациентов (37,3%). В позднем периоде травматической болезни умерло 40 пациентов, что составило 39,2% от общего количества умерших пациентов с политравмой.

Подобное распределение умерших с политравмой, в зависимости от сроков пребывания в стационаре, в целом соответствует литературным данным, где летальность в остром и раннем периоде соответствует 60-70%, а в период поздних проявлений травматической болезни - 40-30%.

По нашим данным, в сроках наступления смерти в последние годы произошли изменения. Отмечается снижение летальности в остром периоде травматической болезни, в том числе в первые сутки, и относительное увеличение ее в сроках более 10 суток.

По результатам судебно-медицинского исследования, ведущей причиной летального исхода в остром периоде травматической болезни была острая кровопотеря и шок вследствие крайне тяжелого повреждения паренхиматозных органов, головного мозга (14), отек головного мозга с дислокацией ствола (8), восходящий отек спинного мозга (1), ушиб сердца (1).

Показатель летальности в раннем периоде травматической болезни пока не имеет тенденции к существенному снижению. Непосредственной причиной смерти в раннем периоде травматической болезни явились тяжелые реперфузионные осложнения с развитием различных форм органной недостаточности, инфекционные осложнения: полиорганная недостаточность (14), ОРДС III - IV - пневмония (12), отек головного мозга с дислокацией ствола (8), перитонит (2), сепсис (1), восходящий отек спинного мозга (1).

В позднем периоде травматической болезни причинами летального исхода явились: полиорганная недостаточность (18), пневмония (12), сепсис (4), менингит (3), перитонит (2), ТЭЛА (1).

В ходе исследования была также проанализирована структура непосредственной причины смерти при различных доминирующих повреждениях. Установлено, что при доминирующей черепно-мозговой травме (38 наблюдений) основными причинами летального исхода явились отек головного мозга с дислокацией ствола (39,5%) и полиорганная недостаточность (31,6%), в 28,9% у пациентов развивались гнойно-септические осложнения (пневмония, менингит, сепсис).

При доминирующей скелетной травме пневмония была причиной смерти в 62,5%, полиорганная недостаточность - в 37,5% случаев.

При доминирующей торакальной травме среди непосредственных причин смерти первое место занимает острый респираторный дистрес-синдром (ОРДС) III-IV и пневмония - 53,3%, синдром полиорганной недостаточности (СПОН) наблюдался в 20%, сепсис - 13,3%случаев. В единичных наблюдениях в качестве причины летальных исходов зафиксированы травматический шок и тромбоэмболия легочной артерии или ее крупных ветвей (ТЭЛА).

При доминирующей абдоминальной травме причиной летального исхода были: перитонит - в 50%, СПОН - в 33,3% и геморрагический шок - 16,7% случаев.

При доминирующей позвоночно-спинномозговой травме пациенты погибали от восходящего отека спинного мозга, он наблюдался в 28%, и СПОН - в 75% случаев.

Причинами летального исхода при конкурирующих доминирующих повреждениях чаще всего являлись тяжелый травматический и геморрагический шок вследствие повреждения паренхиматозных органов, головного мозга (44,4%), СПОН (22,2%), гнойно-септические осложнения, пневмония, перитонит, сепсис (22,2%). В единичных случаях смерть наступала от ушиба сердца, отека головного мозга.

Причины смерти пациентов с политравмой в зависимости от доминирующих повреждений,

констатированные в нашем исследовании, аналогичны данным различных литературных источников.

В целом танатологический профиль (структура непосредственной причины смерти) за исследуемый период выглядела следующим образом: шок и кровопотеря - 14 (13,7%), отек и дислокация головного мозга - 16 (15,7%), СПОН - 32 (31,4%), инфекционные осложнения - 36 (35,3%), прочие - 4 (3,9%).

Следует отметить, что в раннем и в позднем периодах травматической болезни ведущими, непосредственными причинами смерти в подавляющем большинстве случаев были инфекционные осложнения травматической болезни, развившиеся на фоне вторичного иммунодефицита и СПОН.

Выводы.

1. Госпитальная летальность при политравме составляет в среднем 16%. Этот показатель повышается с увеличением возраста пострадавших. Подавляющее большинство пострадавших (88,2%) - лица трудоспособного возраста, преимущественно мужчины (72,5%), максимальное число летальных исходов (79,4%) связано с ДТП. Ведущими доминирующими повреждениями при политравме являются ЧМТ (37,3%) и конкурирующие доминирующие повреждения (26,5%).

2. В течение последних лет отмечается снижение летальности в остром периоде травматической болезни (в том числе до суточной) с относительным увеличением ее в сроке более 10 суток. Основными причинами летальности в остром периоде травматической болезни являются шок и кровопотеря вследствие крайне тяжелого повреждения паренхиматозных органов, головного мозга, а так же отек головного мозга с дислокацией ствола. В раннем периоде травматической болезни смерть наступает от тяжелых реперфузионных осложнений с развитием различных форм органной недостаточности. В сроках более 10 суток причинами летального исхода являются полиорганная недостаточность и инфекционные осложнения.

3. Результаты, полученные в ходе проведенного ретроспективного анализа госпитальной летальности при политравме, могут быть использованы при разработке мероприятий по совершенствованию медицинской помощи с целью улучшения результатов диагностики и лечения.

Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж., Юсупова Д.М.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛЕЩЕВИНОЙ У ДЕТЕЙ (случай из практики)

Клещевина обыкновенная (Ricinus communis Euphorbiacea) - многолетнее травянистое растение из семейства молочайных. Кусты широкие, раскидистые, до 3 метров высоты. Стебель полный, ветвистый, окрашенный в зеленый, красный, коричневый цвета с голубоватым налетом. Листья расположены на полных черешках, крупные, пальчато-раздельные с 5-10 лопастями. Плод - овальная коробочка, покрытая шипами. Название растения происходит от латинского слова «ricinus» - клещ. Ведь семена растения своей формой похожи на восточного клеща. В Узбекистане это растение сажают почти повсеместно как декоративное растение. В медицинских целях используют для получения касторового масла. Токсичными являются не только семена, но и зеленая часть растений. Токсическое начало клещевины - токсальбумин, рицин и алкалоид рицинин. Попав в пищеварительный тракт, рицин вызывает его воспаление. При попадании в кровь повышает свертываемость крови, вызывает образование тромбов, агглютинацию и гемолиз эритроцитов, нарушает микроциркуляцию. Оказывает токсическое действие на ЦНС, проявляющееся судорогами, параличами и парезами. LD50 для крыс 75 мкг/100 г массы тела, для человека перорально LD50 4 мкг/кг (10-15 шт семян).

12.09.2013 в ПДО ФФРНЦЭМП был переведен больной ребенок Б. 12 лет из инфекционной больницы после консультации хирурга с предварительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость» для оперативного лечения. Из анамнеза: ребенок болеет в течение суток. Болезнь началась с болью в животе, тошноты, рвоты. Была вызвана бригада скорой

помощи. Родители связывали заболевание с употреблением фруктов, айрана. После осмотра врача был поставлен диагноз «острая диарея» и ребенок доставлен в инфекционную больницу. В инфекционной больнице взяты общий анализ крови, мочи и кала, и начата инфузионная терапия. В динамике состояние больной ухудшилось: боли в животе и вздутие живота усилились. Появился кровавый стул. После чего был вызван хирург и ребенока перевели в филиал экстренного центра.

При осмотре состояние больной было тяжелое. Жалобы на сильные боли в животе, тошноту, рвоту, частый, до 8-10 раз в сутки, стул. Сознание заторможенное. Кожные покровы бледные. Температура тела 38^{0}С. Дыхание - 22/мин. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены. АД - 90/60 мм рт.ст. Пульс - 120/мин. Живот вздут, болезненный по всей поверхности. Диурез резко уменьшился. Лабораторные данные: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - 3,3 млн/мм^3, лейкоциты - 12,4 тыс. 10^9/л, Пя - 4% 10^9/л, СЯ - 62% 10^9/л, ЦП - 0,9, эозинофилы - 3% 10^9/л, СОЭ - 14 мм/ч. Общий белок - 60 г/л, билирубин общ - 14, связ - 4, несвяз - 10, мочевина - 6 ммоль/л, креатинин - 0,023 ммоль/л, сахар - 4,0 ммоль/л. ВСК, начало: 2^{10}, конец: 3$^{15.}$

Анализ мочи. Цвет: темно-желтый. Прозрачность - мутная. Удельный вес - 1,019. Белок - 0,234 г/л. РН - 7,5. Эпителий: 1-2. Лейкоциты - 2-4. Эритроциты: 1-2 цлиндрк 2-3 соли мочевой кислоты.

Анализ кала: Консистенция - жидкая, запах - зловонный, цвет - малиновый, лейкоциты - в большом количестве. Эритроциты - 10-15.

На УЗИ: в брюшной полости и в области малого таза определяется незначительное количество свободной жидкости. На R-скопии вздутие кишечника.

После тщательно собранного анамнеза удалось выяснить, что за сутки до поступления ребенок употреблял 4 шт. плодов клещевины. После этого был поставлен диагноз «Острое отравление семенами клещевины» и больная переведена в отделение токсикологии. Были назначены: инфузионно-трансфузионная терапия, дезинтоксикация, антибиотики широкого спектра действия, антиоксиданты, энтеросорбенты, спазмолитики, наркотические анальгетики, мочегонные и витаминотерапия. Несмотря на начатую интенсивную терапию, состояние ребенка постепенно ухудшилось. Отмечалось увеличение креатинина до 0,430 ммоль/л, мочевины до 20 ммоль/л. Диурез уменьшился до 300 мл в сутки. Был поставлен вопрос о проведении сеанса гемодиализа. Активное наблюдение хирургов продолжалось. На 4 сутки состояние больной постепенно улучшилось: отмечалось уменьшение болей в животе, снижение температуры, увеличение суточного диуреза, уменьшение диареи. На 12 сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы.

1.Тщательно собранный анамнез играет большую роль в постановке диагноза при отравлениях клещевиной и дифференциальной диагностике с хирургическими заболеваниями у детей.

2.Своевременно поставленный диагноз и начатая интенсивная терапия способствуют быстрому выздоровлению и устранению таких грозных осложнений как токсический шок, ОПН.

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Эминов Б.Ж.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины
г.Фергана, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС У ДЕТЕЙ

В настоящее время среди отравлений ядохимикатами первое место занимают отравления фосфорорганическими соединениями (ФОС). Впервые ФОС были синтезированы в лаборатории Фарбениндустри Шрадером в 1937 году. ФОС являются жизненно необходимыми для организма веществами, в частности, аденозинтрифосфатная кислота (АТФ) - одно из основных соединений, обеспечивающих энергоресурсы организма. В то же время ФОС являются высокотоксичными веществами нервнопаралитического действия. В настоящее время синтезировано более 12 тысяч ФОС. Многие из них нашли широкое применение в качестве инсектицидов для уничтожения насекомых-вредителей сельскохозяйственных культур и в системе

санитарно-противоэпидемических станций, некоторые эфиры применяются в медицине в качестве лекарств.

Из химических особенностей данных веществ следует обратить внимание на их высокий коэффициент распределения между маслом и водой, что обусловливает их свободное проникновение через неповрежденную кожу, биологические мембраны, гематоэнцефалический барьер.

В повседневной работе токсикологических отделений наиболее часто встречаются бытовые пероральные отравления (случайные или суицидальные) карбофосом, дихлофосом, хлорофосом, а производственные отравления чаще бывают ингаляционными.

ФОС нарушают или блокируют функцию холинэстеразы (ХЭ), образуя устойчивый к гидролизу фосфорилированный фермент, неспособный реагировать с молекулами ацетилхолина (АХ), вследствие чего АХ, являющийся медиатором при передаче возбуждения в синапсах, перестает своевременно разрушаться и накапливается на постсинаптической мембране, вызывая ее стойкую деполяризацию, что клинически проявляется формированием четырех специфических эффектов: мускариноподобного, никотиноподобного, курареподобного и центрального действия.

За 2010-2012 гг. через токсикологическое отделение Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицины прошли 3586 больных с острыми отравлениями. 286 пациентов поступили с отравлением ядом природного происхождения. Из них 26% (76 больных) - с острыми отравлениями ФОС. В основном это были случайные отравления - 80% (61), 20% (15 больных) - с суицидальной целью. Мужчины составили 52% (40), женщины - 27% (21), дети до 18 лет - 20% (15).

В отличие от взрослых, отравление у детей в основном носит случайный характер из-за невнимательности взрослых: хранение ядовитых веществ в доступных детям местах. А у взрослых часто носит суицидальный характер - до 80%. Отравление у детей происходило перорально, при употреблении ФОВ из баклажки. В двух случаях - ингаляционным путем при нахождении детей в местах вспрыскивания яда.

Помощь больным начали оказывать уже на госпитальном этапе: промывание желудка, антидотная терапия. После госпитализации больные получали комплекс антидотной, дезинтоксикационной и реанимационной помощи в зависимости от тяжести состояния. По тяжести состояния больные распределены следующим образом: тяжелые - 14% (11), средней тяжести - 27% (21), легкой степени - 59% (44).

Исходное лечение было таковым: полное выздоровление - 80% (61), с остаточными явлениями (периферические невропатии, энцефалопатии, пневмонии и т.д.) - 18% (14), летальный исход - 1,3% (1). Несмотря на оказанную неотложную реанимационную помощь, у одного больного был летальный исход, что составляет 1,3% от общего количества больных, отравленных фосфорганическими соединениями. Среди больных детского возраста летальный исход был у одного больного, с тяжелой степенью отравления в течение первых часов, от острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Труп отдан судебно-медицинской экспертизе. При макроскопическом и гистологическом исследовании у трупа обнаружены характерные особенности отравления ФОС: расстройства кровообращения и изменения ткани органов: расширение и полнокровие сосудов, плазморагии, периваскулярные отеки, очаговые кровоизлияния и стаз. При химическом исследовании тканей желудка и печени обнаружены фосфорорганические соединения.

Выводы.

1. В основном отравление у детей носит случайный характер.

2. Своевременно оказанная квалифицированная помощь снижает летальность и инвалидность у больных с острыми отравлениями ФОС.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

В настоящее время доказано, что в патогенезе венозных тромбозов ключевую роль играет эндотелиальная дисфункция. К одним из наиболее значимых маркеров эндотелиальной дисфункции (ЭД) на сегодняшний день относят высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ) и гипергомоцистеинемию (ГГЦ), вызывающие повреждение эндотелия и развития ВТЭО.

Было изучено содержание С-реактивного белка и ГЦ в сыворотке крови у больных с ВТЭО. Для изучения взаимосвязи были обследованы 112 пациентов с ВТЭО (основная группа). Среди них было 66 мужчин и 46 женщин. Средний возраст больных составил 43,1±2,2 лет. У 16 пациентов был диагностирован тромбоз подкожных вен нижних конечностей (ТПВ), у 51 больного - тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ), у 13 пациентов тромбоз глубоких вен сочетался с тромбозом в поверхностных венах, а у 32 пациентов тромбоз глубоких вен нижних конечностей осложнился тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Повышенная концентрация СРБ (более 3,0 мг/мл) в сыворотке крови наблюдалась у 95 пациентов с ВТЭО (84,8%). В целом среднее содержание гомоцистеина в сыворотке крови основной группы было на 4,2 мкмоль/л выше, чем в группе контроля ($p<0,001$). При этом среднее содержание СРБ было статистически значимо выше на 1,1 мг/мл ($p<0,01$), чем в группе контроля.

Была прослежена взаимосвязь между концентрацией СРБ и содержанием ГЦ в сыворотке крови у больных с ВТЭО. Обнаружено, что концентрация СРБ в сыворотке крови больных возрастает пропорционально содержанию ГЦ. Так, у больных с нормальным содержанием ГЦ в сыворотке крови (до 11,0 мкмоль/л), концентрация СРБ составила 2,97±0,47 мг/мл, что статистически значимо не отличалось от контроля ($p>0,05$). В группе больных с содержанием ГЦ в сыворотке крови от 11,1 до 15,0 мкммоль/л концентрация СРБ возрастала на 26,0% по сравнению с контролем ($p<0,001$). В группе больных с ВТЭО с содержанием ГЦ в сыворотке крови от 15,1 до 20,0 мкмоль/л концентрация СРБ превышала контрольные значения на 63,0% ($p<0,001$), а у больных ВТЭО с содержанием ГЦ более 20,1 мкмоль/л концентрация СРБ была наивысшей и превышала контроль в 2,3 раза ($p<0,05$).

Была прослежена взаимосвязь между концентрацией СРБ и содержанием ГЦ в сыворотке крови у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, осложненного ТЭЛА (ТГВ и ТЭЛА). Концентрация СРБ в сыворотке крови больных с ТГВ и ТЭЛА возрастает пропорционально содержанию ГЦ, причем при достижении содержания ГЦ более 11,0 мкмоль/л концентрация СРБ отличается от значения в предыдущем уровне ($p<0,01$). Средняя концентрация СРБ в крови больных с ТГВ и ТЭЛА статистически значимо отличается от группы контроля при содержании ГЦ более 11,0 мкмоль/л ($p<0,01$). У больных с содержанием ГЦ в сыворотке крови до 11,0 мкмоль/л концентрация СРБ составила 2,56±0,47 мг/мл, что статистически значимо не отличалось от контроля ($p>0,05$). В группе больных с содержанием ГЦ в сыворотке крови от 11,1 до 15,0 мкммоль/л концентрация СРБ возрастала на 26,9% по сравнению с контролем ($p<0,01$) и составила 4,19±0,55 мг/мл, а в группе с содержанием ГЦ в сыворотке крови более 15,0 мкмоль/л концентрация СРБ составила 6,35±1,36 мг/мл и превышала контрольные значения на 92,4% ($p<0,001$).

При проведении корреляционного анализа было установлено, что у больных с ВТЭО содержание С-реактивного белка было в умеренной прямой связи с гипергомоцистеинемией в сыворотке крови ($r = +0,54$, $p<0,05$).

Таким образом, установлено, что между степенью повышения С-реактивного белка и содержанием ГЦ в сыворотке крови больных с ВТЭО имеется прямая корреляционная связь.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ

В исследование были включены 292 пациента (155 мужчин и 137 женщин) с документально подтвержденными венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) в возрасте от 17 до 69 лет (средний возраст - 40,1±1,5 лет). Диагноз тромбоза вен нижних конечностей (ТВНК) подтверждался данными дуплексного сканирования в В-режиме, а развитие легочной эмболии (ТЭЛА) верифицировали с помощью ангиопульмонографии и эхокардиографии. Среди пациентов основной группы у 27 пациентов был диагностирован тромбоз подкожных вен нижних конечностей (ТПВ), у 120 пациентов отмечался тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ), у 39 пациентов ТГВ сочетался с ТПВ, а у 106 пациентов наряду с ТГВ наблюдалась тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Контрольную группу составили 289 практически здоровых доноров, студентов и сотрудников АГМУ, соответствующие по полу и возрасту исследуемому контингенту больных в возрасте от 20 до 67 лет, проживающих на территории г.Барнаула и Алтайского края, у которых в анамнезе не встречались венозные и артериальные тромбозы. В основной группе ВТЭО в возрасте 45 лет и младше развились у 190 пациентов (65,1%), а в возрасте старше 45 лет - у 102 пациентов (34,9%). Больные отбирались последовательно, слепым методом. Критериями исключения из этой группы служили онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, оперативные вмешательства, острые инфекции, возраст пациентов старше 70 лет.

Установлено, что у больных с ТГВ, осложненного ТЭЛА, отмечается статистически значимое увеличение ЧВ патологического аллеля «287 bp D» гена ACE по сравнению с больными перенесшими однократный или рецидивирующий ТВНК, в 15,4 и 8,9 раза, что было связано с увеличением риска развития ТЭЛА у его носителей с указанными клиническими вариантами заболевания в 24,7 и 14,0 раз. Наличие полиморфизма ACE у больных с однократным или рецидивирующим ТВНК может рассматриваться как фактор риска развития ТЭЛА, тогда как отсутствие этого патологического аллеля характеризуется как благоприятное течение заболевания, т.к. не приводит к увеличению риска развития ТЭЛА.

Установлено, что аллель гена F1 «455 A» ассоциирован с увеличением риска однократного изолированного ТВНК в 2,6 раза, аллель FV «1691 A» - в 6,4 раза, генотип FII «20210 GA» - в 3,1 раза, генотип PAI-1 «675 5G4G» - в 2,0 раза, генотип Gp IIIa «1565 TC» - в 2,2 раза. Аллель гена F1 «455 A» ассоциирован с увеличением риска развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) в 2,6 раза, аллель FV «1691 A» - в 14,4 раза, генотип PAI-1 «675 5G4G» - в 2,4 раза, генотип MTHFR «677 CT» - в 2,1 раза, генотип Gp IIIa «1565 TC» - в 2,6 раза. Аллель гена F1 «455 A» ассоциирован с увеличением риска ТГВНК, осложненного ТЭЛА в 4,5 раза, аллель FV «1691 A» - в 13,4 раза, аллель гена ACE «287 bp D» - в 20,0 раз, генотип FII «20210 GA» - в 4,2 раза, генотип PAI-1 «675 5G4G» - в 2,6 раза, генотип MTHFR «677 CT» - в 2,4 раза, генотип Gp IIIa «1565 TC» - в 3,0 раза.

Таким образом, на развитие тромбоза вен нижних конечностей и ТГВНК, осложненного ТЭЛА, а также на течение патологического процесса значимое влияние оказывает определенный спектр генетических факторов тромбогенного риска.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Дронов С.В., Костюченко Г.И.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И АЛЛЕЛЬНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ФОЛАТНОЙ ГРУППЫ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) является самостоятельным фактором, влияющим на риск возникновения ВТЭО. К повышению содержания гомоцистена ротке крови (Гl одят наследствен кторы - полиморфизм генов MTHFR 677 C ⟶ T, MTR 2756 A ⟶ G и MTRR 66 A ⟶ G, а так же их комбинации, которые являются потенциальными факторами риска развития ВТЭО.

В исследование были включены 122 пациента (69 мужчин и 53 женщин) с подтвержденными ВТЭО в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст 43,3±2,0 лет), (основная группа). Диагноз тромбоза вен нижних конечностей (ТВНК) подтверждался данными дуплексного сканирования в В-режиме, а развитие легочной эмболии верифицировали с помощью ангиопульмонографии и эхокардиографии. Больные для исследования отбирались последовательно, слепым методом. Критериями исключения из этой группы служили онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, оперативные вмешательства, острые инфекции, возраст пациентов старше 70 лет. С ТВНК было обследовано 90 пациентов, а с ТГВ, осложненного ТЭЛА - 32 пациента. Группу контроля составили 156 практически здоровых лиц и доноров (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет, у которых было изучено содержание ГЦ в сыворотке крови.

У больных с ВТЭО носительство мутаций хотя бы одного гена фолатного цикла (первая группа) приводило к развитию «умеренной» ГГЦ в 41,8% случаев. У больных, имеющих патологические аллели гена MTHFR (18,9% больных), увеличивало у среднее содержание ГЦ на 27,6% по сравнению с группой контроля (12,7±0,8 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001). Носительство мутаций гена MTR (9,0%) способствовало увеличению содержанию ГЦ на 26,6% (12,6±0,8 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001), тогда как носителей патологические аллелей гена MTRR (13,9%) приводило к повышению содержания ГЦ на 31,7% по отношению к группе контроля (13,1±0,8 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001).

В 25,4% случаев наблюдалось носительство двух патологических аллелей генов фолатного цикла (вторая группа). Комбинация патологических аллелей генов MTHFR и MTR наблюдалась в 3,3% случаев и сопровождалась повышением среднего содержания ГЦ на 67,8% по сравнению с группой контроля (16,7±4,4 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001). Комбинация патологических генов MTHFR и MTRR отмечалась в 17,2%, что приводило к повышению содержания ГЦ на 48,7% по сравнению с группой контроля (14,8±2,9 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001). Доля носителей полиморфизма генов MTR и MTRR наблюдалась в 4,9% случаев. При этом у них отмечалось увеличение содержания ГЦ на 72,9% по сравнению с группой контроля (17,2±4,9 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001).

Комбинация аллельного полиморфизма трех генов фолатной группы у больных с ВТЭО (третья группа) наблюдалась в 8,2% случаев. У носителей этой комбинации аллельного полиморфизма генов содержание ГЦ в сыворотке крови повышалось на 83,9% по сравнению с группой контроля (18,8±4,9 против 9,95±0,47 мкмоль/л; p<0,001).

Анализ средних значений ГЦ в сыворотке крови показал, что у больных с носительством мутаций одного гена фолатного цикла среднее содержание ГЦ было одинаковым (p>0,05). Одновременное носительство мутаций двух или трех генов фолатного цикла приводило к статистически значимому увеличению средних значений ГЦ у этих больных. У носителей аллельного полиморфизма двух генов фолатного цикла содержание ГЦ было на 2,8 мкмоль/л выше (p<0,05), чем в первой подгруппе и на 2,7 мкмоль выше (p<0,05), чем во второй подгруппе.

Содержание ГЦ при наличии аллельного полиморфизма трех генов фолатного цикла у больных с ВТЭО статистически значимо отличалось от средних значений ГЦ как в первой, так и второй подгруппах на 5,6 мкмоль и 5,5 мкмоль соответственно (p<0,002).

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

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

У пациентов с тяжелой политравмой, находящихся в критическом состоянии, при длительности пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии более 7 суток в 60-70% случаев развиваются нервно-мышечные нарушения. Частота поражения периферических нервов может достигать 100% при присоединении сепсиса, полиорганной недостаточности. Нарушение сознания, использование миорелаксантов маскируют клинические проявления полинейропатии и миопатии, поэтому их выявление на ранних стадиях затруднено. 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. Основное значение в диагностике полинейропатии критических состояний имеет электронейромиографическое исследование, которое позволяет диагностировать начальные проявления этого состояния.

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

Материалы и методы исследования. Было обследовано 34 пациента с политравмой в возрасте от 19 до 45 лет (26,6±9 лет). Срок пребывания в отделении реанимации составил 16,36±2,8 койко-дней. 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 отделение реанимации и в конце каждой недели.

Результаты исследования. При первичном обследовании в первый день нахождения в реанимационном отделении 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 полинейропатии и миопатии критических состояний нейрофизиологически подтверждается у 73% обследуемых пациентов с политравмой, находящихся в отделении реанимации. Признаки этого состояния достоверно выявляются методом электронейромиографии уже на 4 сутки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Электронейромиография является оптимальным методом диагностики полинейропатии и миопатии критических состояний на ранней стадии с возможностью динамического наблюдения.

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

ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА «КАШТАН» ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Актуальность. Транспортировка пострадавших с переломами, без надежной иммобилизации даже на короткие расстояния, недопустима, так как она может привести к увеличению смещения костных отломков, повреждению нервов и сосудов, расположенных рядом с подвижными отломками кости, жировой эмболии, дополнительному кровотечению и т.д. Существует множество различных стандартных транспортных шин для проведения временной иммобилизации костей конечностей. Однако стандартные транспортные шины не обеспечивают надежной иммобилизации костных отломков (особенно костей нижних конечностей и костей таза), что вызывает дополнительный дискомфорт, болевые ощущения и утяжеление степени тяжести состояния пострадавшего при проведении транспортировки. С 1992 г. в России имеется опыт применения противошокового костюма (ПШК) «Каштан», который был разработан в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского совместно с НПП «Звезда». Использование ПШК «Каштан», помимо противошокового эффекта, обеспечивает надежную иммобилизацию костей нижних конечностей и таза. Однако использование ПШК «Каштан» кроме положительных эффектов, имеет и ряд недостатков, что свидетельствует о необходимости совершенствования способов транспортной иммобилизации при проведении межгоспитальной транспортировки данной категории пострадавших.

Цель исследования. Оптимизация режимов пневмокомпрессии ПШК «Каштан» для проведения транспортной иммобилизации у пострадавших с политравмой при межгоспитальной транспортировке.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 35 пострадавших с политравмой. Все они были транспортированы из неспециализированных лечебно-профилактических учреждений Кузбасса в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» г.Ленинска-Кузнецкого. Перевод осуществлялся на 4-5 сутки от момента травмы (ранний период травматической болезни). Все пострадавшие находились в стабильном состоянии. При транспортировке для обеспечения надежной иммобилизации костей нижних конечностей и таза использовался противошоковый костюм «Каштан», с режимом пневмокомпрессии над поврежденными частями тела 50, 40 и 30 мм.рт.ст.

Для оценки качества иммобилизации при межгоспитальной транспортировке использовался рентгенологический метод исследования. Для оценки выраженности болевого синдрома при межгоспитальной транспортировке использовалась 5-бальная вербальная рейтинговая вербальная шкала оценки боли - VRS (Verbal Rating Scale). Эта шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли оценивалась по предварительно согласованной с пациентом, бальной системе в диапозоне от 0 до 4 баллов: 0 - нет боли, 1 - слабая боль, 2 - боль средней интенсивности, 3 - сильная боль, 4 - очень сильная боль.

Результаты исследования. На начальном этапе исследования, после проведения транспортировок 5-ти пострадавших с пневмокомпрессией 30 мм.рт.ст., у 4-х из них, при рентгенологическом исследовании, выявлено дополнительное боковое смещение костных отломков. Также у всех пострадавших при межгоспитальной транспортировке отмечался выраженный болевой синдром (2,8 балла по шкале VRS), что потребовало дополнительного применения наркотических анальгетиков. Учитывая полученные данные, дальнейшее исследование у третей группы пострадавших было прекращено.

При исследовании пневмокомпресии с давлением 50 и 40 мм.рт.ст., при рентгенологическом контроле, после завершения межгоспитальной транспортировки дополнительного смещения костных отломков зарегистрировано не было, что свидетельствовало о качестве проводимой

транспортной иммобилизации.

При сравнительной оценке выраженности болевого синдрома отмечалось, что при компрессии 50 мм.рт.ст. отмечается большая его интенсивность по сравнению с компрессией 40 мм.рт.ст. (2,13±0,16 - 1,53±0,13; $p<0,05$). Кроме того, было выявлено, что режимы компрессии над неповрежденной конечностью равные 50 и 40 мм.рт.ст. через 50±16 мин от начала межгоспитальной транспортировки создают дополнительный дискомфорт для пострадавшего в виде появления парестезий, болевых ощущений, отсутствия возможности сменить вынужденное положение конечности, чувство затруднения дыхания (при компрессии брюшной секции). Снижение компрессии над неповрежденными конечностями и в брюшной секции до 15-20 мм.рт.ст. позволило нивелировать данный дискомфорт.

Выводы.

При межгоспитальной транспортировке пострадавших в компенсированном состоянии необходимо пересмотреть режимы пневмокомпресиии противошокового костюма «Каштан». Оптимальным режимом компрессии над поврежденными частями является давление 40 мм.рт.ст., в остальных секциях оно не должно превышать 15-20 мм.рт.ст.. Данные режимы пневмокомпрессии позволяют обеспечить надежную иммобилизацию при переломах костей нижних конечностей и таза, предотвратить возможное нарушение микроциркуляции в тканях.

Стуканов М.М., Юдакова Т.Н., Максимишин С.В., Гирш А.О., Щетина А.В.
БУЗОО скорая медицинская помощь
БУЗОО городская клиническая больница N1 им. А.Н. Кабанова
ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия
г.Омск, Россия

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ГЕМОСТАЗА И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Применяемые в программе интенсивного лечения у больных с травматическим шоком варианты волемического возмещения должны не только быстро и эффективно восстанавливать системную гемодинамику, но и оказывать минимальное воздействие на гемостаз и электролитный состав.

Цель исследования. Сравнительная оценка параметров центральной гемодинамики, гемостаза и электролитного состава плазмы крови у больных с травматическим шоком 3 степени на фоне использования различных вариантов инфузионной терапии.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты исследования, выполненного у 75 больных (средний возраст 28,6±2,3 лет) с травматическим шоком 3 степени, возникшим вследствие автодорожной травмы, пациенты были распределены на три группы (по 25 человек) в зависимости от варианта инфузионной терапии, проводимой на догоспитальном и госпитальном этапах.

Причиной острой кровопотери являлись закрытые и открытые переломы бедренной и/или малоберцовой и большеберцовой костей в сочетании с переломами костей таза и закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов. Диагноз травматический шок у больных устанавливался на догоспитальном этапе лечения при наличии факта травмы в анамнезе болезни и на основании следующих клинических признаков: отсутствие сознания, бледность и холодность кожных покровов, систолического артериального давления, диастолического артериального давления, среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений и шокового индекса. Все пациенты на догоспитальном этапе лечения получали мультимодальное обезболивание, инфузионную терапию, которая проводилась через катетер установленный в центральной вене, и искусственную вентиляцию легких, которая осуществлялась после интубации трахеи. Инфузионная терапия у пациентов 1 группы проводилась кристаллоидным раствором 0,9% натрия хлорида и коллоидным раствором 6% гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) 200/0,5, у больных 2 группы - кристаллоидным раствором 0,9% натрия хлорида и коллоидным раствором, 4% модифицированного желатина (МЖ), а у пациентов 3 группы - сбалансированным кристаллоидным раствором стерофундин

изотонический и коллоидным раствором 4% МЖ. Заместительная терапия анемии и коагулопатии у всех больных проводилась по общепринятым критериям.

Результаты и обсуждение. Использование у больных 1 группы варианта инфузионной терапии способствовало коррекции системной гемодинамики только через 76,7±2,1 часа, а также негативным изменениям гемостаза и электролитного состава плазмы. Применение программы инфузионной терапии у больных 2 группы позволяло корригировать системную гемодинамику (через 51,2±2,1 часа) и не оказывать влияния на гемостаз. В тот же время у больных регистрировалось увеличение хлора и натрия в плазме. Использование волемической поддержки у больных 3 группы позволяло эффективно восстанавливать системную гемодинамику (50,4±1,2 часа), не влияя на гемостаз, но и не оказывая воздействия на электролитный состав.

Таким образом, использование в программе инфузионной терапии у больных с травматическим шоком 3 степени коллоидного раствора 4% модифицированного желатина и сбалансированного кристаллоидного раствора стерофундина изотонического способствует эффективной коррекции системной гемодинамики и не сопровождается негативным воздействием на параметры гемостаза и электролитного состава плазмы.

Юдакова Т.Н., Максимишин С.В., Стуканов М.М., Гирш А.О.
ГОУ ВПО «ОГМА» Минздравсоцразвития РФ
БУЗОО «ГКБ N1 им. Кабанова А.Н.»
БУЗОО «ССМП»
г.Омск, Россия

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКЕ

Применяемые в программе инфузионной терапии у пострадавших с травматическим шоком кристаллоидные и коллоидные растворы должны не только быстро и эффективно восстанавливать системную гемодинамику, периферическое кровообращение, доставку к тканям кислорода, но и не оказывать отрицательного воздействия на гемостаз и электролитный баланс. Патогенетически целесообразно использовать растворы - эффективные, безопасные, с большой терапевтической широтой действия.

Цель исследования. На основании углубленного изучения данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований выявить наиболее эффективный и безопасный вариант инфузионной терапии, применение которого у пострадавших с шоком позволит улучшить результаты лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 75 пострадавших с травматическим шоком, поступивших в городские клинические больницы г.Омска в период с 2009 по 2013 год. Причинами травматического шока - были закрытые и открытые переломы в сочетании с переломами костей таза и закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов. Средний возраст пациентов - 29,5±3,8 лет. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от программы инфузионной терапии, применяемой как на догоспитальном, так и госпитальном этапах лечения.

Инфузионная терапия у пострадавших 1 подгрупы проводилась с помощью кристаллоидного раствора 0,9% натрия хлорида и 6% коллоидного раствора гидроксиэтилкрахмала 200/0,5; у пациентов 2 подгрупы проводилась с помощью кристаллоидного раствора 0,9% натрия хлорида и 4% коллоидного раствора модифицированного желатина; у пациентов 3 подгрупы проводилась с помощью сбалансированного кристаллоидногораствора стерофундин изотонический и 4% коллоидного раствора модифицированного желатина. При поступлении в стационар на 1-е, 2-е, 3-и сутки исследовали показатели центральной гемодинамики, кислородтранспортной функции крови,систему гемостаза, гематологические и биохимические показатели, проводили оценку степени органных дисфункций по шкале SOFA. Результаты исследований обрабатывали с помощью пакета статистических программ «Statistica-6».

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования не выявили достоверных отличий клинико-лабораторных показателей у всех пострадавших на догоспитальном этапе. Проводимая инфузионная терапия у пострадавших 2-й и 3-й подгрупп способствовала коррекции

острой сердечно-сосудистой недостаточности к концу вторых суток, что позволяло прекратить у них инотропную и сосудистую поддержку, к концу третьих суток регистрировалось статистически значимое увеличение показателей отражающих работу сердца, и более раннея нормализация периферического кровообращения, чем у пациентов 1-й подгруппы, о чем свидетельствовала динамика лактата в венозной крови. В течение всего периода наблюдения у пострадавших 1-й подгруппы регистрировался дефицит общих и внутренних факторов свертывания, что свидетельствовало о нарушении плазменного гемостаза и позволяло говорить о негативном влиянии на него используемого варианта инфузионной терапии.К концу третьих сутоку пострадавших 1-й и 2-й подгрупп регистрировалось статистически значимое повышение содержания хлора и снижению содержания калия в плазме. Все выше перечисленное обусловливало более тяжелую степень выраженности органных дисфункций у пострадавших 1-й подгруппы по сравнению с пациентами 2-й и 3-й подгрупп.

Выводы.

Таким образом, программа сбалансированной инфузионной терапии у пострадавших с травматическим шоком III степени способствует коррекции волемического статуса, улучшению показателей центральной гемодинамики и транспорта кислорода и не оказывает влияния на гомеостаз.

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 уделено 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. Лечение детей / В.В. Агаджанян, А.Х. Агаларян, И.М. Устьянцева, и др. - Новосибирск: Наука, 2014. - 244 с.

В монографию включены результаты многолетних научных исследований и клинического опыта лечения политравмы у детей ФГБЛПУ "НКЦОЗШ".

В книге подробно изложена комплексная система оказания специализированной медицинской помощи при политравме у детей.

Особое внимание уделено современным методам хирургического лечения при повреждениях внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговой травме.

Приведены данные о развитии синдрома полиорганной дисфункции при критических состояниях с учетом особенностей детского организма.

Представлены основные принципы и методы диагностики, профилактики и лечения осложнений у детей с политравмой.

Только у нас

По вопросу приобретения обращаться:
"Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"
Россия, 652509, Кемеровская область, г.Ленинск-Кузнецкий, Лесной тупик, 52/2
Тел.: (384-56) 2-38-88; Факс (384-56) 2-40-50; E-mail: info@gnkc.kuzbass.net, imaust@gnkc.kuzbass.net, www.mire-med.ru

Кому: "Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма. Неотложная помощь и транспортировка"

_____ *экз.*

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

Кому: "Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"

Куда: Лесной городок, 52/2, г.Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область

Прошу выслать книгу
"Политравма. Лечение детей"

_____ *экз.*

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

652509

Пишите индекс предприятия связи места назначения

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Агаджанян В.В., 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

ЛЕЧЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Представлен анализ результатов лечения 101 ребенка с политравмой. Скелетная травма разной степени тяжести имелась у 78 детей. У 52 (51%) детей скелетная травма потребовала оперативного лечения на 69 сегментах. Основными методами лечения являлись: накостный остеосинтез на 17 сегментах, чрескостный остеосинтез на 25 сегментах, гибкий интрамедулярный остеосинтез на 27 сегментах.

Рост детского травматизма, увеличивающийся удельный вес тяжелых дорожных травм, которые нередко приводят к летальным исходам и тяжелым увечьям, наносят большой ущерб обществу.

По данным официальной статистики РФ, за последние годы отмечается значительный рост травматизма в целом и детского травматизма в частности. За последние 5 лет он увеличился в 1,2 раза. Ежегодно регистрируется в среднем до 600000 случаев переломов костей конечностей у детей. Остаются высокими показатели инвалидности вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы у детей и подростков. Таким образом, проблема лечения переломов длинных трубчатых костей у детей остается актуальной и требует дальнейшей разработки оптимальных методов лечения. Тактика лечения повреждений длинных трубчатых костей у пациентов с политравмой определяется адекватным выбором времени и метода остеосинтеза. Первичной целью лечения является спасение жизни пациента.

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

Материалы и методы исследования. Работа основана на лечении 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). 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%). У 78 (77%) детей на фоне множественной или сочетанной травмы присутствовала скелетная травма той или иной степени тяжести.

Результаты исследдования. Всего переломов длинных трубчатых костей имелось на 96 сегментах. Преобладали закрытые переломы, 73 случая (76%) длинных трубчатых костей. По классификации AO/ASIF преобладали переломы типа А. При переломах длинных трубчатых костей у пациентов с политравмой преобладают оперативные методы лечения. У 51 ребенка было проведено 72 операции остеосинтеза. В последнее время наряду с традиционными методами остеосинтеза (накостный, чрескостный) в детской практике стал широко применяться метод остеосинтеза напряженными стержнями, 28 (38,8%) операций. Также было проведено распределение данных пациентов на 3 сравнительные группы в зависимости от времени оперативного лечения скелетной травмы. В 1-ой группе оперативное лечение проведено в 1-ые сутки, 2-ая група - оперативное лечение в срок от 1 до 3-х суток, и 3-я группа - оперативное лечение в сроки позднее 3-х суток.

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

Выводы.

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

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

Агаджанян В.В., Синица Н.С., Обухов С.Ю., Довгаль Д.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Обобщен опыт лечения 178 детей с закрытыми диафизарными переломами бедренной кости. Основными методами хирургического лечения являлись накостный и интрамедуллярный остеосинтез по методике ESIN. Оперативное лечение проведено у 88 больных. Отдаленные результаты изучены у 88 больных в сроки от 2 до 14 лет. Результаты исследования подчеркивают, что проведение хирургического лечения приводит к быстрому и значительному улучшению качества жизни пациентов, с ранним восстановлением функциональных возможностей поврежденного сегмента. Эластично стабильный интрамедуллярный остеосинтез является эффективным и наиболее безопасным видом оперативного лечения.

Ключевые слова: дети, бедренная кость, перелом, остеосинтез.

Переломы диафиза бедра являются частым повреждением длинных трубчатых костей у детей. Остается большой процент осложнений и неудовлетворительных результатов лечения. Переломы бедренной кости резко ухудшают качество жизни и приводят к тяжелой степени нарушения жизнедеятельности ребенка, что определяет поиск новых эффективных и безопасных методик оперативного лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения закрытых диафизарных переломов бедренной кости у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 178 детей с закрытыми диафизарными переломами бедра со смещением отломков, в возрасте от 1 года до 14 лет, из них мальчиков 119, девочек 59. 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 (40%), 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. Оперативное лечение выполнено у 88 детей (52% от всех госпитализированных с диафизарными переломами бедра). Основными методами оперативного лечения при переломах бедра являлись накостный остеосинтез металлическими пластинами при помощи набора АО (42 ребенка) и эластично стабильный интрамедуллярный остеосинтез (46 детей).

Результаты и обсуждение. За критерии оценки результатов лечения взяты: клиническая эффективность, безопасность лечения и качество жизни пациентов, с учетом ограничения жизнедеятельности. Хирургическое лечение обеспечивало достижение хороших анатомо-функциональных результатов у всех детей, сокращение сроков стационарного лечения в 3 раза по сравнению с консервативными методами, в 4 раза сокращение сроков восстановительного лечения. Гнойно-воспалительных осложнений не было.

Сокращение показателя койко-дня отмечено до 25-30% при изолированной и сочетанной травме соответственно, включая проведение ранней реабилитации и обучение ходьбе с дополнительной опорой на костыли, с восстановлением движений в смежных суставах. Эластично стабильный интрамедуллярный остеосинтез позволял выполнять оперативное лечение на нескольких сегментах одномоментно, без проведения длительной предоперационной подготовки при политравме, с необходимостью ранней активизации, обеспечивая проведение полноценных клинических и диагностических мероприятий.

Отдаленные результаты оценены в сроки от 2 до 14 лет. Во всех случаях отмечено достижение сращения переломов с хорошими и отличными функциональными результатами лечения. Движения в суставах восстановлены в полном объеме, остаточной деформации, клинически значимого укорочения, удлинения конечности и нарушения походки не отмечено.

Выводы.

1. Хирургическое лечение при закрытых диафизарных переломах бедренной кости у детей сокращает сроки стационарного лечения, приводит к быстрому и значительному улучшению качества жизни с ранним восстановлением функциональных возможностей поврежденного сегмента.

2. Проведение эластично стабильного интрамедуллярного остеосинтеза может быть отнесено к эффективному и наиболее безопасному виду оперативного лечения ввиду его малоинвазивного характера, при прочих равных условиях.

3. Эластично-стабильный интрамедуллярный остеосинтез, обеспечивая малоинвазивную стабилизацию, является методом выбора при планировании проведения оперативного лечения у детей.

Агафонова Н.В., 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 ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Основным и доступным методом диагностики травматических повреждений органов грудной клетки у пациентов при политравме остается стандартная рентгенография, но она имеет свои ограничения и недостатки. 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, часто сводящееся к выполнению только одной рентгенограммы в прямой проекции, информативность такого исследования зачастую приводит к пропуску многих травматических повреждений. Обзорная рентгенография также не позволяет объективно оценить течение патологического процесса, раннего выявления осложнений в легких.

Компьютерная томография коренным образом изменила диагностику травматических повреждений органов грудной клетки, но многие лечебные учреждения компьютерных томографов не имеют, и многие патологические изменения органов грудной клетки остаются не диагностированными

Цель исследования. Повышение качества диагностического процесса у пациентов с травматическим повреждением органов грудной клетки при политравме с эффективным использованием современных методов лучевой диагностики в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 57 пациентов с политравмой с преобладающей торакальной травмой. Механизм травмы автодорожный. Женщин было 19 (33,3%) и мужчин 38 (66,7%).

Исследования проводили на компьютерном томографе Licht Speed Plus 4-х срезовом и рентгеновских аппаратах стационарных и передвижных (AMX4, Compax, Prestilix 1600).

Результаты исследования. 39 (68,4%) пациентов поступили в клинику из других лечебных учреждений, где им было проведено рентгенологическое обследование и оказана первая медицинская помощь. Остальные 18 пациентов поступили непосредственно с места происшествия. У всех пациентов были диагностированы переломы ребер. Преобладали множественные переломы (более 3) у 55 (96,4%) пациентов, односторонние переломы отмечены у 34 (63%) пациентов и двухсторонние переломы - у 21 (37%) пациента. Дополнительно у переведенных 18 (31,5%) пациентов из других клиник были выявлены не диагностированные переломы. Это переломы 1-2 ребер по паравертебральной линии у 5 пациентов, переломы 11-12 ребер у 9 пациентов передних и задних отрезков. Также дополнительно были диагностированы флотирующие переломы у 11 пациентов (28,2%).

Методом МСКТ ушиб легкого диагностирован у 52 (91,2%) пациентов; подкожная

и межмышечная эмфизема - у 19 (33,3%) пациентов; пневмоторакс - у 36 (63,1%) пациентов; гидроторакс - у 36 (63,1%); пневмомедиастинум - у 4 (7%) пациентов.

У 12 пациентов, переведенных из других клиник, не были диагностированы малый пневмогидроторакс (30,7%): в апикальной части верхушек и в задних базальных отделах легких, которые на обзорной рентгенограмме не были видны. Пневмомедиастинум диагностировать удалось только после проведения МСКТ, который на обзорных рентгенограммах органов грудной клетки не визуализировался за счет наличия подкожной эмфиземы.

Подкожная и межмышечная эмфизема, инфильтративные изменения в легких, вызванные аспирацией в дыхательные пути рвотными массами и кровью, не позволили диагностировать разрыв легочной ткани и пристеночную гематому у 3-х (5,2%) пациентов методом обзорной рентгенографии.

У всех (100%) пациентов с тяжелой торакальной травмой методом МСКТ был диагностирован острый респираторный дистресс-синдром различной степени тяжести.

У 3-х (5,2%) пациентов с повреждениями органов грудной клетки, повреждением костей таза и нижних конечностей была выявлена тромбэмболия ветвей легочных артерий, которая явилась причиной развития инфаркт-пневмонии с последующим развитием абсцесса легкого у одного пациента (1,7%). Только МСКТ ангиопульмонография с болюсным введением рентгеноконтрастных препаратов позволила своевременно диагностировать этот синдром.

Разрыв левого купола диафрагмы у 2-х пациентов (3,5%) удалось диагностировать методом МСКТ только на 2-3 сутки после травмы, который диагностировать методом обзорной рентгенографии не удалось, он был скрыт тенью желудка, селезенкой и гиперпневмотизированными петлями кишечника.

Выводы.

1. Диагностика всех повреждений органов грудной клетки у пациентов имеет определенные трудности в выполнении стандартных укладок у пациентов с тяжелой торакальной травмой методом обзорной рентгенографии.

2. Обзорная рентгенография не позволяет диагностировать все травматические повреждения органов грудной клетки, скрытые высоким стоянием куполов диафрагмы, инфильтративными изменениями, подкожной эмфиземой.

3. Комплексное применение обзорной рентгенографии и компьютерной томографии у пациентов с торакальной травмой в раннем посттравматическом периоде позволяет получить более полное представление о характере всех повреждений.

4. МСКТ является «золотым стандартом» в диагностике повреждений органов грудной клетки, снижает количество диагностических ошибок, способствует раннему выявлению осложнений и определяет тактику лечения.

Александров С.М., Дьячков К.А., Ларионова Т.А.
ФГБУ РНЦ «ВТО» им. ак. Г.А. Илизарова» Минздрава России
г.Курган, Россия

РОЛЬ МСКТ В ОПРЕДЕЛЕНИИ КАЧЕСТВА КОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

Хронический остеомиелит до сих пор остается наиболее тяжелым заболеванием опорно-двигательной системы, со значительными расходами на лечение, которое нередко длится годами, принося, во многих случаях, разочарование, как для больных, так и для врачей. Ключом к успешному лечению является своевременная и качественная лучевая диагностика, позволяющая выявить наличие, протяженность, характер остеомиелитического очага. МСКТ является надежным и объективным методом изучения состояния кости при остеомиелитическом процессе, возможности которого в решении перечисленных проблем до конца не использованы.

Цель исследования. Изучить методом МСКТ качество кости при хроническом остеомиелите костей, образующих голеностопный сустав

Материалы и методы исследования. Рентгенография, компьютерная томография голеностопного сустава произведена 29 больным хроническим остеомиелитом дистального отдела

большеберцовой кости. Исследования проводили на компьютерных томографах GE Lihgt Speed VCT, Toshiba Aquilion-64. Исследование проводили с использованием специального алгоритма реконструкции, повышающего контрастность кости. Изучали особенности рентгеноморфологии и проводили количественную оценку показателей плотности костных структур голеностопного сустава в единицах Хаунсфилда (HU). На третьем этапе проводили анализ топографо-анатомических изменений в режиме 3D-реконструкций. Оценку «качества» кости, исходя из возможностей компьютерной томографии, осуществляли:

1. Проводя измерение плотности кости в различных ее отделах, в том числе, субхондрального слоя (HU); плотности корковой пластинки (общей и локальной, HU).
2. Изучая трабекулярный рисунок кости на аксиальных срезах и MPR
3. Выявляя специфические изменения кости, характерные для конкретного заболевания (форма и протяженность участков остеосклероза, зон резорбции), качественные характеристики кости.

Результаты исследования. Остеомиелитический процесс в дистальной трети большеберцовой кости, достаточно часто распространяется на кости стопы, прежде всего, таранную и пяточную. Воспалительный процесс в дистальном отделе большеберцовой кости сопровождался снижением плотности кости, нарушением органотипической структуры, выраженной периостальной реакцией, формированием остеомиелитических полостей, зон склероза и резорбции, во многих случаях распространялся на голеностопный сустав. В наиболее тяжелых случаях (пять больных) отмечался дефект большеберцовой и таранной костей, анкилоз сустава, ложный сустав. В остальных случаях заинтересованность таранной и пяточной костей проявлялась выраженным остеопорозом, изменением структуры от появления небольших по протяженности зон груботрабекулярного строения в области пяточного бугра до полного исчезновения типичной архитектоники (аркад) на фоне крайне выраженных анатомических изменений таранной и пяточной костей. У трех больных имела место конкресценция таранной и пяточной костей.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о полилокальности и выраженности рентгеноморфологических изменений при хроническом остеомиелите дистального отдела большеберцовой кости, что обусловливает необходимость их тщательного анализа методом МСКТ для обоснования выбора метода лечения.

Гилев Я.Х., Милюков А.Ю., Колтанюк Д.Г.

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 вышеперечисленное 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.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе лечения 216 пациентов с политравмой, имевших переломы длинных трубчатых костей и подвергавшихся интрамедуллярному остеосинтезу штифтами с блокированием. Все пациенты проходили лечение в отделениях ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» в период с 2006-2013 гг. 75% пострадавших составили мужчины. Средний возраст пациентов 36,7±0,62 года. Для остеосинтеза использованы титановые имплантаты производства «Остеомед». Методика выполнения остеосинтеза соответствует хирургической технике, рекомендованной производителем имплантатов.

Результаты исследования. Мы применяем методы интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием с января 2006 года. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием был применен у 216 пациентов с политравмой. У 173 пациентов выполнен интрамедуллярный остеосинтез 1 сегмента. Были использованы следующие методы остеосинтеза: PHNL - 8 пациентов; UHN - 15 пациентов; PFN - 23 пациента; PFNL - 39 пациентов; UFN - 32 пациентов, DFN - 26 пациентов; UTN - 30 пациентов. У 37 пациентов остеосинтез штифтами выполнен на 2 сегментах в различных сочетаниях. Остеосинтез в большинстве случаев выполнялся последовательно во время одной операции. У 5 пациентов выполнен интрамедуллярный синтез 3 сегментов, у одного пациента 4 сегментов. Следует отметить, что 51 пациент имел 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 большей 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 двух 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 отраслевому 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 двенадцати пациентов - тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Данные осложнения удалось купировать консервативными мероприятиями. У четырех пациентов, имевших переломы бедренной кости, и трех пациентов, имевших переломы большеберцовой кости, отмечалась замедленная консолидация переломов, что потребовало выполнения дополнительных оперативных вмешательств. Осложнений со стороны металлоконструкций и раневых осложнений при открытых

переломах зафиксировано не было.

Выводы.

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

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРОЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРА

Строение костной ткани головки бедра напрямую обусловлено ее функциональными особенностями, связанными с тяжелой нагрузкой. Костные балки губчатого вещества расположены в соответствии с направлением сил сжатия и растяжения и имеют строгую геометрическую структуру.

Твердость головки бедренной кости в ее различных участках неравномерна. Максимальная твердость выявлена в ее центральной части (0,6-1,2 кгс/мм^2), менее твердой оказалось губчатое вещество субхондральных отделов (0,42-0,75 кгс/мм^2).

Для поддержания структуры и сохранения возможности выполнять свои функции в костной ткани головки бедра постоянно происходят процессы ремоделирования, складывающиеся из резорбции части «старой» костной ткани и синтеза новой, с учетом функциональной адаптации.

Цель исследования. Определить морфометрические показатели строения костной ткани головки бедра.

Материалы и методы исследования. Нами были включены в исследование 10 умерших пациентов г.Ленинска-Кузнецкого, вскрытие которых проводилось на базе патолого-анатомического отделения ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» за период 2010-2013 гг.. Объектом морфологического исследования служили 10 головок бедренных костей, изъятых у умерших в процессе аутопсии. Средний возраст умерших составил 57±5,6 лет. Распределение по полу было следующим: 5 мужчин и 5 женщин.

Из полученного материала в вертикальном направлении выпиливались три фрагмента костной ткани размерами 1,5х1,0х0,5 см с дальнейшей маркировкой (I - суставная поверхность и субхондральный отдел головки, II - центральный отдел, III - глубокий отдел головки). Затем производилась фиксация материала в 10% растворе формалина и обработка в электролитическом декальцификаторе (Medax, Германия). После 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. Проверку нормальности распределения количественных данных выполняли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. При получении значимых показателей критерия нулевую гипотезу о соответствии анализируемых данных нормальному закону распределения отвергали, и данные были представлены в виде Me (LQ - UQ), где Me - медиана, (LQ - UQ) - интерквартильных разброс. Для выявления различий между группами по количественным показателям использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Во всех трех исследованных отделах головки бедра губчатое вещество состоит из непрерывно соединенных костных балок, образующих замкнутые полости - лакуны.

В лакунах поверхностного и среднего участков определяется костный мозг с небольшим количеством жировой ткани. Лакуны глубокого отдела свободны от костного мозга и лишь частично выполнены небольшим объемом жировой ткани. Патологического разрастания фиброзной ткани не выявлялось.

В результате морфометрического исследования образцов костной ткани головок бедра получены данные, показывающие толщину хрящевой ткани суставной поверхности, толщину костных балок и их площадь во всех трех исследованных нами участках.

Толщина гиалинового хряща суставной поверхности составила в среднем 1156,097 мкм (1094,69-1225,52). Толщина костных балок в I отделе составила 229,391 мкм (227,52-231,71), во II отделе - 226,945 мкм (219,25-237,53), в III - 158,64 мкм (156,41-160,64). Площадь балок в I отделе составила 44,191% (42,62-46,28), во II - 42,368 мкм (39,85-43,47), в III - 33,083% (32,61-34,25). При сравнении вышеуказанных показателей площади костных балок и их толщины во всех трех отделах, выявлены статистически значимые различия между вышеуказанными показателями в I и III участках, а так же во II и в III участках ($p<0,05$). Толщина костных балок в III отделе на 31% меньше, чем в I и во II, а их площадь в III отделе в среднем ниже на 23,5%. Статистически значимых различий между толщиной и площадью костных балок в I и во II участках выявлено не было.

Выводы.

Механическая прочность костной ткани головки бедренной кости обусловлены не только толщиной и площадью костных балок, но и их качественным биохимическим составом, регулируемым в процессе костного метаболизма.

В пользу данного высказывания свидетельствуют два выявленных нами факта:

1. Наблюдается отсутствие статистически значимых различий между толщиной костных балок и их площадью в I и во II участках головки бедренной кости и в то же время отмечена неравномерная твердость губчатого вещества головки бедра в аналогичных участках.

2. При отсутствии патологических процессов, прочности костной ткани головки бедра в глубоком отделе достаточно для поддержания нормального функционирования кости, несмотря на меньшие показатели как толщины, так и площади костных балок.

Зенин В.И., Ардашев И.П., Фокин А.П., Остольская Г.Б., Штернис Т.А.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
Городская клиническая больница N 1 им. М.Н. Горбуновой
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ

Переломы дистального отдела лучевой кости относятся к наиболее частым повреждениям и составляют около 40-50% всех повреждений костей верхних конечностей. Чаще всего страдают люди пожилого возраста, ведущие активный образ жизни.

С января 2012 г. по май 2013 г. на базе МБУЗ ГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой было пролечено 24 пациента по поводу перелома дистального отдела лучевой кости.

Применялись следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, оценка работоспособности кисти через 2-5 дней после прекращения иммобилизации и через месяц после прекращения иммобилизации, мультиспиральная компьютерная томография, ультразвуковая доплерография, электромиография, динамометрия.

Оценка функциональной способности кисти проводилась с помощью опросника DASH через 2-5 дней после снятия гипсовой повязки и через месяц после прекращения иммобилизации.

Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36.

Результаты исследования.

На 3-5 сутки после снятия гипсовой иммобилизации преобладает умеренное и значительное ограничение локтевого отведения и разгибания в лучезапястном суставе и умеренное ограничение сгибания и лучевого отведения, количество нормальных показателей ничтожно мало. Динамометрия показывает отсутствие силы у подавляющего количества пациентов.

Через месяц после снятия гипсовой повязки остаются ограничения лучевого отведения, умеренные и значительные ограничения локтевого отведения.

По УЗДГ оценивались качественные показатели: форма кривой скорости кровотока (КСК) и количественные: пиковая скорость кровотока (Vps), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Ved), индекс пульсации (Pi), усредненная по времени максимальная скорость кровотока (TANx).

Оценка качественных и количественных Vps, Ved, Pi, TMAx показателей гемодинамики не выявила разницы между локтевой и лучевой артериями травмированной и здоровой конечностей.

Функциональная способность кисти при переломах типа С страдает больше, чем при переломах типа А и В, как на 2-5 сутки после снятия гипса, так и через месяц.

При переломе типа С, качество жизни страдало больше чем при переломе типа А и В.

При изучении осложнений установлено, что КРБС развился у 9 (37,5%) человек, неправильно консолидированный перелом имел место у 4 (16,6%) пациентов, нейропатия срединного нерва диагностирована у 5 (20,83%) пациентов.

Выводы.

Консервативный метод лечение переломов дистального отдела лучевой кости у пожилых пациентов приводит к неудовлетворительным результатам и сопровождается высоким процентом осложнений, функциональной недостаточностью и снижением качества жизни пациентов, преимущественно внутрисуставных переломов типа С.

Ишуткин И.В., Конев Е.В., Агафонова Н.В.

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

ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОГО МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Многие годы остеоартроз рассматривался как дегенеративное заболевание суставов, связанное с естественными процессами старения организма человека. Однако в последние годы это мнение подвергнуто серьезному пересмотру. В настоящее время остеоартроз, по международной классификации - остеоартрит, рассматривается как группа заболеваний суставов различной этиологии, приводящих к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава. Наиболее распространен остеоартроз коленных суставов, частота выявляемости которого в возрасте 75 лет достигает 30%. Остеоартроз коленных суставов сопровождается развитием вторичного реактивного воспалительного процесса или синовита, которому принадлежит значительная роль в дегенерации суставного хряща. Прогноз остеоартроза коленных суставов и эффективность лечения определяются своевременной диагностикой не только степени выраженности дегенеративных изменений в суставе, но и выявлением реактивногосиновита сустава.

Длительное время считалось, что хрящ не способен восстанавливаться и обновляться, а изменения при остеоартрозе - это следствие его старения и дегенерации. Однако ряд исследований, проведенных в последние годы, показали, что хрящ при остеоартрозе способен к восстановлению.

Ведущую роль в диагностике различных заболеваний коленных суставов сохраняет за собой рентгенологический метод, являющийся простым и доступным в исполнении, но для ранней диагностики ДОА разработаны и используются методы, с помощью которых можно установить начальные проявления патологии суставного хряща. К таковым относится артроскопия, позволяющая визуально оценить состояние хряща и внутрисуставных структур и распознать

начальные изменения хряща на дорентгенологической стадии проявления ДОА, а также метод магнитно-резонансной томографии (МРТ), с помощью которого возможна диагностика ДОА на стадии развития патологических изменений в структуре матрикса суставного хряща, когда он внешне представляется интактным и не определяется на обычном рентгеновском снимке, а также позволяет увидеть повреждения менисков и связочного аппарата коленного сустава.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности низкопольного МРТ на ранних стадиях деформирующего артроза коленного сустава.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 68-ми пациентов, обратившихся с жалобами на боли в коленных суставах за период 2012-2013 гг., у которых отсутствовали явные признаки воспалительного процесса в суставе и не было выявлено каких-либо видимых патологических изменений при проведении рутинного рентгенологического обследования.

Женщины составили 26 человек (38,2%), мужчины - 42 человека (61,8%). Возраст обследованных составил от 21 до 50 лет. У 39 пациентов в анамнезе отмечалась травма коленного сустава. Всем пациентам была проведена магнитно-резонансная томография, которая выполнялась на аппарате «Signa Profile» фирмы General Electric с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл, в режимах Т1, Т2 и Т2 с подавлением сигнала от жировой ткани, Т2*ВИ, в аксиальной, сагиттальной и коронарной плоскостях.

Результаты исследования. Среди выявленных изменений доминирующими были уменьшение толщины, неоднородность структуры гиалинового хряща суставных поверхностей, выявлено у 68 (100%) пациентов, поверхностная деструкция суставного хряща мыщелков, а также суставных поверхностей надколенника у 34 (50%) пациентов. Уплотнение костной структуры в субхондральных отделах суставных поверхностей у 49 (72%) пациентов.

Вторичный экссудативный синовит, сопровождающийся участками отека синовальной оболочки и костного мозга в субхондральных отделах кости, был выявлен у 51 (75%) пациента.

У 34 (50%) пациентов было выявлено наличие умеренного количества выпота в супрапателлярной синовиальной сумке. Щелевидное скопление жидкости в медиальных отделах подколенной ямки (кисты Бейкера) выявлены у 16 (23,5%) пациентов.

Дегенеративные изменения в структуре менисков наблюдались в виде неоднородного повышения интенсивности мр-сигнала центральных отделов у 56 пациентов (83,4%). Дегенеративные изменения внутрисуставных связочных структур (крестообразных связок) - у 14 пациентов (20,6%). Краевые костные разрастания в 9 (13,2%) случаях наблюдений. Остеохондральная эрозия с признаками активных воспалительных изменений кости - у 37 (54,4%) пациентов, субхондральный фиброз у 10 (14,7%).

Выводы.

Таким образом, при подозрении на дегенеративно-дистрофические изменения коленного сустава, на начальных этапах развития заболевания, целесообразнее использовать магнитно-резонансную томографию коленного сустава.

Низкопольная МРТ позволяет выявить ранние признаки развития дегенеративных изменений в коленном суставе: реактивные воспалительные изменения в суставных сумках, изменения синовиальной оболочки, суставного хряща, изменения внутрисуставного связочного аппарата, провести дифференциальную диагностику выявленных изменений.

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

НЕОБХОДИМОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Современная медицина добивается хороших результатов при лечении большинства травм и заболеваний конечностей. Однако при некоторых тяжелых повреждениях и ряде заболеваний (облитерирующие заболевания артерий конечностей, тяжелые формы онкологических заболеваний

и т.д.) сохранить конечность не представляется возможным. В этих случаях хирургами выполняются ампутации.

Одним из важнейших аспектов в системе реабилитации инвалидов с утратой конечности является протезирование. Своевременное и качественное изготовление протезов позволяет добиться более эффективной двигательной реабилитации большей части больных с культями конечностей и более быстрой их интеграции в общество.

Лечебно-тренировочное протезирование - это этапное временное протезирование усеченной конечности для лечебного воздействия на нее и более раннего восстановления стереотипов стояния, ходьбы, самообслуживания. Лечебно-тренировочный протез выдается на 1 год, в течение которого пациент приобретает навыки эксплуатации протеза. В этот период, по медицинским показаниям, может быть выполнено до трех замен приемной гильзы лечебно-тренировочного протеза.

Ходьба на лечебно-тренировочных протезах нижних конечностей не только формирует ткани культи, но и тренирует мышечно-суставное чувство, вырабатывается способность сохранения равновесия, координации движений и вновь осваиваются утраченные навыки ходьбы.

В связи с распространенностью облитерирующих заболеваний артерий конечностей на первичное протезирование значительно чаще обращаются пожилые люди, у которых помимо основной патологии имеются различные сопутствующие заболевания, поэтому приобретение вышеперечисленных навыков для них особенно важно. Кроме того, часть таких пациентов значительно ослаблена. Поэтому, для данного контингента протез должен быть максимально упрощенным и облегченным, легким в управлении, с надежной опороспособностью. Рациональное лечебно-тренировочное протезирование позволяет обеспечить снятие функциональной перегрузки как с сохранившейся нижней, так и с верхних конечностей. Недостаточный же учет сниженных общих функциональных возможностей такого больного при первичном протезировании может служить причиной тяжелых осложнений. Для молодых, активных пациентов возможно изготовление лечебно-тренировочных протезов с использованием более функциональных современных комплектующих.

Для формирования правильного стереотипа ходьбы необходимо использовать при изготовлении лечебно-тренировочного протеза полуфабрикаты, позволяющие собрать протез для конкретного пациента по индивидуальной схеме и при необходимости изменить ее юстировкой по линейным смещениям и угловым наклонам как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях. Также важно наличие возможности регулировки высоты протеза. Все вышеизложенное особенно важно при первичном протезировании детей. Изготовление для ребенка лечебно-тренировочного протеза из современных комплектующих с возможностью тонкой юстировки позволяет подобрать такую индивидуальную схему, которая будет не только формировать навыки ходьбы, но и влиять на правильное развитие формирующегося скелета усеченной конечности.

Преимущество лечебно-тренировочного протеза заключается в относительно коротких сроках его изготовления, возможности достаточно быстрого проведения этапной замены приемной гильзы, что, в свою очередь, позволяет не прерывать процесс формирования культи.

Лечебно-тренировочное протезирование после ампутации конечности на любом уровне, функциональные характеристики протеза, его тип, по существу предопределяют результаты последующего постоянного протезирования. В последнее десятилетие в мировой практике протезирования и протезостроения технологии изготовления протезов постоянно совершенствуются. При изготовлении протезов конечностей все чаще применяются современные материалы и разнообразные модульные конструкции.

Косарев В.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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЯ МРТ-ИССЛЕДОВАНИЯ И АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

На долю коленного сустава приходится до 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижних конечностей. Повреждения менисков составляют 60-85% всех закрытых повреждений коленного сустава (Миронов С.П., Котельников Г.П., 2008 г.).

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является важным диагностическим методом в определении тактики лечения различных повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, однако, по настоящее время, не является ключевым.

Цель исследования. Изучение расхождений диагнозов, основанных на результатах МРТ-исследований и данными, полученными при артроскопических вмешательствах.

Проведен ретроспективный анализ 94 историй болезней пациентов, которым было выполнено артроскопическое вмешательство на коленном суставе в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 01.01.2013 по 31.12.2013 гг.

МРТ-исследование проводилось на базе МБЛПУ «Городская клиническая больница N 29» и Учреждения здравоохранения «4-я городская детская клиническая больница» на аппаратах с напряженностью магнитного поля 1,5 и 0,35 Тесла. Классификация типа разрыва по Stoller применена во всех 32 случаях при исследовании на аппарате мощностью 1,5 Тесла и в 62 случаях - 0,35 Тесла.

Артроскопию проводили с использованием артроскопической стойки KARL STORZ. Выявляли: общее количество несовпадений диагнозов, диагностированное повреждение, ложноописанный разрыв (гипердиагностика). Достоверность различий между группами оценена с помощью критерия X^2.

Общее количество диагностических ошибок при повреждении менисков для аппаратов мощностью 1,5 Тесла составило 6 (18,8%) случаев, 0,35 Тесла - 8 (12,9%) случаев. Недиагностированное повреждение мениска для аппарата 1,5 Тесла встретилось в 2 (6,3%) случаях, 0,35 Тесла - в 4 (6,5%) случаях. Ложноописанный разрыв мениска встретился в 4 (12,5%) и 4 (6,5%) случаях, соответственно. Не выявлено статистически значимого различия во всех группах сравнений, $p>0,05$. Однако отмечена тенденция в пользу «гипердиагностики» при использовании МРТ-аппарата большей мощности магнитного поля. Аппараты мощностью 1,5 Тесла, возможно, представляют картину дегенеративных изменений в мениске, что трактуется как повреждение.

Выводы.

1. МРТ-исследование может быть вспомогательным методом в определении тактики лечения пациентов с повреждениями менисков коленного сустава.
2. Для рутинных исследований достаточны аппараты мощностью 0,35 Тесла.

Кошелев Г.П., Воробьев А.М., Марченкова Н.М., Лютов К.В.
Детская городская клиническая больница N 5
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Известно, что при подозрении на повреждение наружной лодыжки в детском возрасте рентгенологическое исследование, как правило, проводится по классической схеме

с использованием двухпроекционного изображения. Особенностью этих укладок является то, что на снимках в боковой проекции из-за наслоения малоберцовой кости на большеберцовую, не всегда возможна их правильная интерпритация, особенно при субхондральных переломах в нижней трети малоберцовой кости, когда отсутствуют четкие локальные признаки перелома. В связи с этим, особую актуальность приобретает проекционная составляющая, которая при определенной укладке позволяет «вывести» дистальный отдел в ту плоскость, где изображение перелома будет более отчетливым.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики повреждений дистального отдела малоберцовой кости у детей.

В рентгенологическом отделении городской детской клинической больницы N 5 г.Кемерово проведен анализ 35 случаев с подозрением на перелом дистального отдела малоберцовой кости, не имевших четкой локальной симптоматики. Всем больным, кроме стандартных укладок в прямой и боковой проекциях, были сделаны $^3/_4$ проекции.

При анализе рентгенограмм в 5-ти случаях был выявлен субхондральный перелом нижней трети малоберцовой кости, а в 3-х случаях эпифизиолиз наружной лодыжки без смещения. Это позволило назначить адекватное лечение и избежать возможных осложнений. Изучение полученных рентгенограмм показало, что из-за малой информативности, необходимость исследования в стандартной боковой проекции в большинстве случаях практически отсутствует. Становится очевидным, что детям с подозрением на перелом дистального отдела малоберцовой кости целесообразна только прямая и $^3/_4$- ая проекции, особенно в тех случаях, когда отсутствуют четкие локальные признаки перелома.

Таким образом, предложенный принцип рентгендиагностики у больных с подозрением на перелом дистального отдела малоберцовой кости позволяет повысить не только эффективность рентгендиагностики и назначить адекватное лечение, но и снизить лучевую нагрузку пациента, что в целом повышает качество лечения этих больных.

Красавин Г.Н., Головкин С.И., Титов Ф.В., Посохова О.Б.

Детская городская клиническая больница N 5
Кафедра детских хирургических болезней
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Выявление проблемных точек в периоде восстановительного лечения компрессионных переломов позвонков у больных, получавших стандартное лечение.

Работа основана на анализе клинического материала 245 детей с компрессионными переломами позвонков. Большинство детей (половина от общего числа) в возрасте от 9 до 11 лет (151 пациент). Наиболее часто диагностировался перелом шестого грудного позвонка у 37 (15,2%), пятого грудного позвонка - у 34 пациентов (14%), седьмого - 33 (13%), четвертого - у 32 (13%), восьмого - у 24 (9,8%). Частота повреждения в других отделах позвоночника была ощутимо ниже, так девятого грудного позвонка определялся у 17 человек (6,9%) случаев, перелом десятого - у 13 (5,3%), двенадцатого - 10 (4%) случаев, одиннадцатого -у 7 (2,9%), второго поясничного - у 5 человек (2%), первого поясничного - у 4 человек (1,6%). Компрессионных переломов на уровне L3-5 нами зарегистрировано не было. Все случаи компрессии верифицированы проведенными МРТ исследованиями.

Все дети получали стандартное лечение, которое включало в себя строгий постельный режим в течение четырех недель, ЛФК, физиолечение: УВЧ локально в первую неделю травмы, озокерит, кальций-электрофорез, массаж мышц спины. Вертикализацию детей проводили постепенно, в максимально щадящем режиме. В день начала активности и ходьбы надевали индивидуально подобранные корсеты.

Несмотря на комплексное лечение, отмечены неблагоприятные симптомы, связанные с гиподинамией и гипокинезией. Так, по окончании строгого постельного режима, у 56%

больных отмечены клинические симптомы потери кальция (боли в пяточных костях, голеностопных суставах). В течение 1-2 дней отмечалась легкая атаксия в виде нарушения вестибулярных функций (головокружение, неустойчивость и шаткость походки).

Существующая в клинике программа реабилитации включает в себя проведение курсов восстановительного лечения в одноименном отделении. Однократный протокол состоял из 16 дневного курса физиотерапевтического лечения и ЛФК. В восстановительном периоде предусмотрено амбулаторное лечение три раза в год.

Спустя 4-5 месяцев после выписки из стационара всем проведено МРТ обследование с целью выявления остаточных явлений отека в области компримированных позвонков, а в конце года КТ. Аналогичное МРТ и КТ обследование проведено на втором году наблюдения. Через четыре-пять месяцев с момента выписки, в зависимости от уровня повреждений, их количества и степени компрессии решали вопрос о расширении режима (возможность сидеть). В случае отека по данным МРТ расширение режима отодвигали на месяц.

Установлено, что у 12% детей в первые 4-5 месяцев сохранялось нарушение микроциркуляции в области компримированных позвонков. Анализ показал, что все эти дети нарушали ортопедический режим: не носили или носили не регулярно корсеты, самовольно расширяли режим. Что было обусловлено отсутствием должного контроля со стороны родителей. КТ исследования показали полное восстановление формы компримированных позвонков у 41 больного (16,7%) с компрессией 1 ст. У 118 пациентов (48,2%) произошло частичное восстановление формы позвонков, особенно при множественных повреждениях. На втором году отмечено восстановление формы позвонков еще у 13 (5,3%) травмированных.

Таким образом, у 172 в 70,2% случаев произошло полное или частичное восстановление нормальной формы позвонков, что составило более половины от всех пролеченных. Полученные результаты обязывают по-иному проанализировать лечение острой фазы переломов позвонков. Необходимо проводить сопроводительное лечение с учетом коррекции остеопении и остеопороза. Пересмотреть кратность восстановительного лечения в сторону увеличения до четырех курсовых протоколов лечения.

Особая контролирующая роль соблюдения ортопедического режима должна отводиться родителям. Не приемлем упрощенный взгляд некоторых врачей на проблему лечения компрессионных переломов: научно не обоснованное сокращение сроков постельного режима, уменьшение количества физиопроцедур. Не допустимо расширение ортопедического режима без контроля МРТ признаков.

Круглыхин И.В., Бондаренко А.В., Войтенко А.Н., Жмурков О.А.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

К повреждениям таза относятся переломы костей, разрывы сочленений тазового кольца и переломы вертлужной впадины. В КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2000 по 2013 гг. пролечено 8599 пациентов с ПТ, из них у 1956 (22,7%) были повреждения таза. За этот же период с изолированными повреждениями таза лечились 641 больной (24,7% от общего числа пациентов с травмой таза - 2597).

Цель исследования. Определить особенности лечения повреждений тазового кольца и переломов вертлужной впадины у пациентов с политравмой.

Материалы и методы исследования. Сплошным методом изучали состав и структуру повреждений, летальность и особенности оказания помощи на этапах оказания помощи пациентам с повреждениями таза при ПТ, проходивших лечение в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» за 14 лет, с 2000 по 2013 гг..

Результаты и обсуждение. Из 1956 пострадавших с повреждениями таза при ПТ мужчин было 1095 (56%), женщин - 861 (44%). Возраст пациентов колебался от 1-го года до 92 лет. Медиана (Ме) - 39 лет, интерквартильный размах от 25 до 54. Неработающих лиц трудоспособного возраста было 625 (32%), учащихся, студентов и пенсионеров - 618 (31,6%),

Работающие лица трудоспособного возраста - 697 (35,6%), дошкольников - 16 (0,8%).

Причинами ПТ чаще всего служили дорожно-транспортные происшествия (ДТП) - 1328 (68%), падения с высоты - 405 (20,7%), сдавления таза тяжелыми предметами - 135(6,9%), прочие - 79 (4,4%). Сочетанная травма отмечена у 1717 (87,8%), множественные повреждения опорно-двигательной системы (ОДС) - у 227 (11,6%), комбинированные травмы - у 12(0,6%). Согласно шкале ISS нетяжелая ПТ констатирована у 324 (16,6%) пострадавших, тяжелая ПТ без угрозы для жизни - у 666 (34%), тяжелая ПТ с угрозой для жизни - у 469 (24%), критическая - у 497 (25,4%). В большинстве случаев 1632 (83,4%) преобладала тяжелая ПТ. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) отмечены у 1418 (72,5%) пациентов, повреждения внутренних органов (ВО) - у 709 (36,2%), травмы ОДС других локализаций - у 1160 (59,3%). Повреждения тазового кольца (сегмент 61) отмечены у 1598 (81,7%) пациентов. Стабильных (61-А) - 761 (38,9%), частично стабильных (61-В) - 535 (27,4%), нестабильных (61-С) - 302 (15,4%). Переломов вертлужной впадины (сегмент 62) - 358 (18,3%). Из них, переломов одной колонны (62-А) - 202 (10,3%), обеих колонн с поперечной линией излома (62-В) - 125 (6,4%), полных внутрисуставных переломов (62-С) - 31 (1,6%). Повреждений тазового кольца, ассоциированных с переломами вертлужной впадины (сегменты 61 и 62) всех типов - 77 (3,9%). Закрытые повреждения таза отмечались у 1823 (93,2%), открытые - у 133 (6,8%).

Большинство пациентов - 1541 (78,8%) были доставлены до суток, в сроки от 1 до 7 суток - 225 (11,5%), от 8 до 14 суток - 120 (6,1%), от 15 до 21 суток - 43 (2,2%), свыше 22 суток - 27 (1,4%). На реанимационном этапе лечения у пациентов с тяжелыми нестабильными повреждениями тазового кольца в большинстве случаев применяли временную фиксацию тазовой петлей, у 59 - использованы тазовые щипцы и аппараты наружной фиксации (АНФ). При переломах вертлужной впадины применяли скелетное вытяжение, наличие вывиха бедра являлось показанием к вправлению в экстренном порядке.

При лечении на профильном клиническом этапе применяли консервативные методы и остеосинтез: чрескостный АНФ, внутренний пластинами и винтами, комбинации различных методов. Показанием к проведению остеосинтеза служили нестабильные повреждения тазового кольца и переломы вертлужной впадины со смещением отломков. Остеосинтез выполнен у 580 (29,7%) пациентов. С частично-стабильными повреждениями таза оперировано 219 больных, нестабильными - 195. С повреждениями вертлужной впадины оперировано 136 больных, с повреждениями таза и вертлужной впадины - 30. Наиболее часто использовали внутренний остеосинтез - 303, реже внешний - 199 и их комбинации - 78.

Из поступивших больных летальные исходы наступили у 336 (17,2%). До суток умерло - 215 (11%), от 1 до 3-х суток - 36 (1,8%), от 3-х до 3-х недель - 56 (2,7%), свыше 3-х недель - 29 (1,5%). Непосредственной причиной смерти пациентов служили: острая кровопотеря и шок - 201 (59,8%), ЧМТ - 62 (18,5%), сепсис - 32 (9,5%), сердечно-сосудистая недостаточность - 28 (8,3%), тромбоэмболия легочной артерии - 9 (2,7%), полиорганная недостаточность - 3 (0,9%), острое нарушение мозгового кровообращения - 1 (0,3%).

После проведения остеосинтеза таза умерло 18 (3,1%) человек из 580 оперированных. Причинами смерти служили: острая кровопотеря и шок у 11 (1,9%) больных, тромбоэмболия легочной артерии - 3 (0,5%), сепсис - 4 (0,7%). Ни один случай смерти не был вызван осложнениями, связанными с оперативным вмешательством. Среди консервативно лечившихся пациентов умерло 318 человек (23,1%) из 1376 пролеченных. Основными причинами смерти служили: острая кровопотеря и шок - 190 (59,7%), ЧМТ - 62 (19,5%), сепсис - 28 (8,8%), сердечно-сосудистая недостаточность - 28 (8,8%), тромбоэмболия легочной артерии - 6 (1,9%), полиорганная недостаточность - 3 (0,9%), острое нарушение мозгового кровообращения - 1 (0,3%).

Выводы.

1. Повреждения таза при политравме встречаются у одного из пяти пациентов. Переломы таза в трех случаях из четверых сочетаются с травмами других органов и систем.

2. Основная масса повреждений таза при политравме относится к частично стабильным и нестабильным повреждениям.

3. Девять из десяти пациентов умирает на реанимационном этапе.

4 Оперативное лечение повреждений таза снижает госпитальную летальность среди пострадавших по сравнению с консервативными методами лечения.

Леденева И.В., Солнышко М.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛФК ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА I, II ПЕРИОД

Деформирующий артроз крупных суставов относится к группе дегенеративно-дистрофических поражений опорно-двигательного аппарата. Заболевание характеризуется длительным и упорным течением. На первом месте среди них стоит коксартроз - 49%. В большинстве случаев коксартроз развивается на фоне дисплазии тазобедренного сустава, асептического некроза головки бедра, болезни Пертесса, воспаления сустава. В течение деформирующего артроза различают три стадии:

- Первая стадия - характеризуется незначительными проходящими долями без нарушения функции сустава или незначительным ограничением объема некоторых движений.
- Вторая стадия - носит постоянный характер, усиливается при нагрузке, движение в суставе часто сопровождается грубым хрустом, гипотрофией мышц соответствующего сегмента конечности.
- Третья стадия - деформация сустава с отчетливым утолщением его и выраженной гипотрофией мышц всей конечности, вынужденное положение конечности, все движения резко ограничены.

Среди многочисленных способов оперативного лечения коксартроза все более широкое распространение при дегенеративно-дистрафическом процессе III стадии получает метод тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Рассмотрим два этапа восстановительного лечения после эндопротезирования тазобедренного сустава.

I этап - ранний послеоперационный период. Задачи этого периода - профилактика и борьба с возможными послеоперационными осложнениями (пневмония, атония кишечника и мочевого пузыря, тромбоз и другое). Улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы, активизация периферического кровообращения. Улучшение эмоционального состояния больного. Улучшение подвижности в новом суставе. Активизация больного, обучение прилаживанию и сидению, перевод в положение стоя и обучение передвижению при помощи костылей. Снижение болевого синдрома после операции.

В этом периоде применяют простые статические и динамические дыхательные упражнения, движения пальцев стоп и в голеностопных суставах обеих ног. Упражнения общеразвивающего характера, специальные гимнастические упражнения, изометрическое напряжение мышц бедра оперированной ноги и ягодиц. Упражнения выполняют в щадящем режиме, начиная с малой нагрузки до средней, в медленном темпе с постепенным нарастанием с помощью инструктора, каждое упражнение повторяют 5-10 раз, а весь комплекс 2-3 раза в день, основные исходные упражнения - лежа в постели на спине.

Процедура проводится индивидуальным методом. В этом периоде пациенту рекомендуют упражнения выполнять медленно с помощью или с самопомощью через специальный блок. Упражнения носят облегченный характер. Отведение ноги выполняют только по плоскости постели, а смену положения в коленном суставе проводят пассивно за счет валика. Так же противопоказаны упражнения на укрепление околосуставных мышц, на ротацию и приведение в тазобедренном суставе. Упражнения выполнять, соизмеряя со своими возможностями, не применяя силу. Увеличивать нагрузку на сустав медленно, дробно. Не рекомендуется сидеть более 20 мин. в одной позе. Не вставать на оперированную ногу без дополнительной опоры на костыли. Приводить или скрещивать ноги.

II этап - ближайший послеоперационный период (до 3-х месяцев после операции).

К задачам этого периода относится дальнейшее улучшение подвижности в оперированном суставе, восстановление правильного стереотипа ходьбы и адаптация к вертикальной нагрузке на ноги, освоение спуска и подъема по лестнице, обучение правильным навыкам по самообслуживанию и поведению в повседневной жизни, снижение болевого синдрома. Коррекция

положения таза и позвоночника путем укрепления мышц спины и (таза) брюшного пресса. В этом периоде выполняют специальные гимнастические упражнения:

- упражнения общеразвивающего характера;
- симметричные корригирующие упражнения для мышц спины и брюшного пресса, обучение правильной ходьбе, изометрическое напряжение мышц;
- статические и динамические дыхательные упражнения.

В этом периоде упражнения выполняют щадяще в тренирующем режиме, начиная с малой нагрузки и с постепенным нарастанием. Упражнения выполняются в среднем темпе, интенсивность повтора - 5-8 раз с продолжительностью 20 минут.

Основные исходные положения: лежа на спине, на боку, животе, стоя на здоровой ноге с опорой руками на спинку стула или гимнастическую стенку.

Процедуру проводят индивидуально. В этот период необходимо соблюдать правильный двигательный режим. Постепенно увеличивается продолжительность ходьбы с дополнительной опорой на костыли. В этом периоде рекомендуют упражнения выполнять медленно, без болевых ощущений, принимать правильное исходное положение, упражнения делать соизмеряя свои возможности, не применяя силу. Увеличивать нагрузку постепенно, дробно. Противопоказано приводить или скрещивать ноги в положении сидя, лежа, стоя. При сидении тазобедренные суставы должны быть выше коленных. Ходить несколько раз в день, не более 30 мин.

Лопатин Д.Г., Теплов А.В., Дубовой А.В., Боровикова О.В.
ГБУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн», г. Кемерово
ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии», г.Новосибирск
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей», г.Новокузнецк, Россия

ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ПЕРВЫЙ ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В КУЗБАССЕ

Аденомы гипофиза представляют собой одну из форм доброкачественных новообразований эндокринной системы у человека, проявляющуюся, в основном, признаками гиперсекреции тех или иных гормонов передней доли гипофиза или симптомами, связанными с непосредственным воздействием массы опухоли на окружающие структуры гипоталамо-гипофизарной области. Новообразования гипофиза по частоте занимают третье место среди всех опухолей центральной нервной системы и по данным разных авторов составляют от 6,7% до 18% всех опухолей головного мозга.

Традиционным способом лечения макроаденом является краниотомия с удалением новообразования. Травматичность этого вмешательства, высокий риск осложнений и длительный восстановительный период послужили основанием для поиска новых методов хирургического лечения, обладающих меньшей инвазивностью. В результате появилась методика эндоскопической трансназальной транссфеноидальной аденомэктомии, история которой начинается с 1992 года, когда французский оторинохирург R. Jankowski опубликовал опыт трех эндоскопических транссфеноидальных операций. В 1995 году. американский нейрохирург H.D. Jho описал опыт уже 46 эндоскопических эндоназальных операций. Дальнейшее развитие и продвижение методики связано с именами P. Cappabianca и E. Divitis, работы которых посвящены разработке специфического оборудования и инструментария, новых эндоскопических доступов к основанию черепа, разработке пластики дефектов основания черепа и интраоперационного гемостаза.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность и преимущества трансназального транссфеноидального хирургического доступа к области турецкого седла с целью удаления аденомы гипофиза.

Материалы и методы исследования. Основываясь на накопленном мировом опыте транссфеноидальных вмешательств, на базе нейрохирургического отделения Кемеровского кардиологического центра, нами выполнены 2 операции по поводу эндоселлярной и эндосупраселлярной макроаденом гипофиза. Предварительно больным выполнялись МСКТ и МРТ головного мозга и придаточных пазух носа, эндоскопическое исследование полости носа,

в одном случае - цистернография. Тактика каждого оперативного вмешательства разрабатывалась в тесном сотрудничестве оториноларинголога и нейрохирурга. Технологическое обеспечение операций включало современную эндовидеотехнику, микрохирургический инструментарий и навигационную систему. Назальный и сфеноидальный этапы операций выполнялись хирургом-отоларингологом, селлярный и экстраселлярный этапы проводились нейрохирургом, этап закрытия дефектов основания черепа осуществляли совместно.

Результаты и их обсуждение. В случае с эндоселлярной аденомой операция проведена без каких-либо особенностей и осложнений. На пятые сутки больная выписана на амбулаторное наблюдение без существенных жалоб и неврологического дефицита. В катамнезе 1,5 года отмечено хорошее самочувствие больной, полное отсутствие имевшейся ранее неврологической и офтальмологической симптоматики и признаков рецидива опухоли при МРТ головного мозга.

В случае с эндосупраселлярной макроаденомой у больнго изначально имела место массивная назоликворея, связанная с наличием костного дефекта клиновидной пазухи до 2 см в диаметре, возникшего вследствие механического давления опухолевой массы. Трансназально удалось полностью удалить аденому, однако, спустя семь суток после вмешательства вновь появилась незначительная назоликворея. Данное обстоятельство потребовало проведения повторного трансназального хирургического вмешательства, в результате которого ликворею удалось устранить. В катамнезе 1 год состояние больного хорошее, признаков рецидива опухоли по данным МРТ нет.

Выводы.

Полученный нами первый опыт эндоскопической трансназальной транссфеноидальной аденомэктомии доказывает эффективность данного метода в лечении опухолей гипофиза. Применение интраоперационного эндовидеомониторинга и навигации при транссфеноидальном доступе к гипофизу значительно оптимизирует ход оперативного вмешательства и снижает риск осложнений.

За счет большего регресса зрительных и гормональных нарушений и меньшей травматичности применение данного хирургического доступа позволяет значительно сократить период реабилитации, улучшить качество жизни оперированных больных. Сотрудничество нейрохирургов и отоларингологов по расширению возможностей трансназальных доступов к базальным отделам головного мозга в нашем регионе должно быть продолжено.

Мельник Е.Ю., Сорокин Н.Н., Гайворунских С.С., Есин Д.Ю.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения НСО
«Городская клиническая больница N 34»
г.Новосибирск, России

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ ИМПЛАНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ КИСТИ

Закрытые переломы костей кисти составляют около 35% от всех переломов костей скелета. В 2013 году в отделении было проведено 295 операций остеосинтеза пястных костей.

Цель исследования. Биодеградируемые импланты являются иновационным продуктом и имеют преимущества перед не биодеградируемыми имплантами, главное из которых - отсутствие необходимости во второй операции - удаления металлоконструкций после сращения перелома. Наша задачей поделится положительным опыт применения биодеградируемых имплантов.

Материалы и методы исследования. Всего в отделении выполнено 2645 операций, из них 529, а это 20%, это операции остеосинтеза пястных костей и фаланг пальцев. За этими цифрами скрываются операции, выполненные как при открытых, так и при закрытых переломах, в том числе и при лечении последствий переломов.

Наиболее часто встречающимися фиксаторами, применяемыми при остеосинтезе мелких костей, на данный момент остаются спицы Киршнера.

Преимущества: дешевизна, быстрота установки, возможность закрытого остеосинтеза.

Недостатки: требуются перевязки, иммобилизация на весь период сращения, опасность

гнойных осложнений.

Наряду с вышеуказанным методом, в отделении активно используются и современные металлоконструкции - винты, пластины, в том числе и с угловой стабильностью.

Преимущества: стабильная фиксация, возможность ранней разработки.

Недостаток: дороговизна конструкций, необходимость повторной операции по удалению металлических конструкций.

С января 2013 года в отделении при оперативном лечении переломов стали использоваться биодеградируемые конструкции фирмы BIORETEC, в частности, ActivaPin.

Всего за отчетный период биодеградируемые импланты были установлены 41 пациентам. Из них 40 - при «свежих» переломах и 1 - плановому больному при лечении последствий травмы. Среди пациентов со «свежей» травмой преобладали мужчины с переломами пястных костей - 27 случаев (67,5%), женщинам оперативное лечение переломов пястных костей с использованием биодеградируемых имплантов было выполнено в 7 случаях (17,5%). Операция остеосинтеза фаланг пальцев была выполнена у мужчин в 6 случаях (15%), женщинам с данной травмой установлены другие фиксаторы.

В плановом порядке в 1 случае использовался ActivaPin 3,2-60 для фиксации 1 пястной кости при атродезировании 1 запястно-пястного сустава в случае лечения хронической нестабильности сустава. Оперативное лечение проводилось под местной или проводниковой анестезией из стандартного тыльного доступа. После репозиции, при необходимости, проводился интраоперационный рентген-контроль. В ряде случаев использовалась временная фиксация спицей. После операции накладывалась гипсовая шина. Срок иммобилизации определялся индивидуально, от 1 до 4-х недель. Ограничение физической нагрузки, с возможностью выполнения активных движений, рекомендовалось на период сращения перелома, с рентгенологическим контролем через 5-6 недель в зависимости от характера и локализации перелома и последующим осмотром в отделении. К сожалению, на контрольный осмотр пришли только единицы.

Чаще всего использовались пины диаметром 2,7 и 3,2 мм в качестве интрамедуллярного фиксатора. Пины диаметром 2,0 мм чаще использовались при фиксации отломков с косой плоскостью перелома, в качестве альтернативы остеосинтезу винтами. Для лечения больных с переломами фаланг пальцев применялись 1,5- и 2-милиметровые импланты.

Выводы.

Подводя итог проделанной работе, у нас сложилось определенное мнение о положительных и отрицательных сторонах биодеградируемых имплантов. К положительным мы отнесли быстроту установки, возможность закрытого синтеза, надежность фиксации. Как видно, по этим характеристикам биодеградируемые импланты сочетают в себе положительные стороны спиц и современных металлоконструкций. Отличительной особенностью являются отсутствие рентген-контрастирования (визуализация консолидации) и, что само собой разумеющееся, отпадает необходимость в операции по удалению конструкции.

Мироманов А.М., Гусев К.А., Миронова О.Б.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

ОПЫТ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ И ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТИ

Лечение заболеваний и повреждений кисти связано с немалыми трудностями, особенно в случаях необратимого повреждения суставов пальцев, функциональную значимость которых трудно переоценить. Наиболее тяжелыми последствиями являются контрактуры и выраженные деформации суставов, связанные со значительными дефектами суставных поверхностей.

Традиционные методы лечения данной патологии - такие как, артродез, артропластика и применение дистракционных аппаратов в настоящее время не позволяют добиться радикального улучшения функции кисти. Артродез позволяет устранить нестабильность сустава и грубую деформацию пальца, однако, как правило, приводит к еще большему укорочению

пальца и всегда - к полной утрате движений в поврежденном суставе.

Применение различных видов артропластик с использованием ауто- и аллотрансплантатов, синтетических и биологических прокладок в настоящее время нецелесообразно ввиду неудовлетворительных результатов. Лечение методом дистракции при выраженных деформациях суставов малоэффективно и даже бесполезно. Наиболее современным методом лечения при данной патологии является тотальное эндопротезирование суставов.

Материалы и методы исследования. Нами выполнена установка 18 эндопротезов NeuFlex компании DePuy (США) из которых 9 проксимальных межфаланговых и 8 пястно-фаланговых суставов. 17 эндопротезов установлено пациентам с ревматоидным полиартритом и в 1 случае больному с посттравматическим остеоартрозом проксимального межфалангового сустава. Пациентам выполнялась рентгенография и оценка рентгенологической картины кистей, в прямой и боковой проекциях, до и после оперативного вмешательства, а также через 1 и 3 месяцев после операции. Оперативные вмешательства проводились в положении пациентов лежа на спине, под проводниковой анестезией по Куленкампфу с использованием турникета в дистальной трети предплечья.

В послеоперационном периоде произведена фиксация пальцев кисти гипсовой лангетной (от кончиков пальцев до нижней трети предплечья) повязкой. Консервативное лечение осуществлялось по стандартной методике (антибактериальная, улучшение микроциркуляции, местное лечение растворами антисептиков). К лечебной физкультуре больные приступали на 10 сутки после операции (осторожные активные сгибания-разгибания).

Результат лечения оценивали по 3-х бальной шкале: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. В критерии непосредственных результатов лечения входило:

- ограничение амплитуды движений (не более 10-20°, не более 20-30°, качательные движения);
- снижение силы схвата, в кгс (не более 10-20, не более 20-30);
- болевые ощущения при физической нагрузке (незначительные, умеренные, боли при пассивных движениях);
- косметический дефект (незначительный, умеренный, существенный).

Результаты исследования. Отмечено, что уже в раннем послеоперационном периоде у пациентов отсутствовал болевой синдром. Восстановление активного сгибания и разгибания в суставе завершилось через месяц после операции. Через 3 месяца после оперативного вмешательства оценка по 3-х бальной шкале составила - «хорошо».

Выводы.

Тотальное эндопротезирование пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кисти устраняет болевой синдром, деформацию и восстанавливает функцию кисти, тем самым значительно улучшается качество жизни пациента.

Мироманов А.М.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Лечение осложнений при переломах требует больших экономических затрат, часто приводит к снижению результативности оперативных вмешательств, вследствие чего разработка методов доклинической диагностики приобретает все большую актуальность и является одним из приоритетных направлений развития современной травматологии и ортопедии.

Цель исследования. Разработка прогностических критериев развития осложнений переломов и использование их в индивидуальной тактике лечения больных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 210 пациентов в возрасте от 15 до 56 лет с переломами длинных костей.

I группа представлена 44 больными с неосложненным течением переломов (группа клинического сравнения).

II группа включала 30 пациентов с ВТЭО переломов.

III группа - больные с гнойно-воспалительными осложнениями (n=73). Данная группа разделена на 2 подгруппы - 1 подгруппа - нагноения в раннем послеоперационном периоде (n=42); 2 подгруппа (n=31) - осложнения в позднем посттравматическом периоде (в данной группе отмечалось заживление ран первичным натяжением, однако в позднем послеоперационном периоде зарегистрировано развитие хронического травматического остеомиелита).

IV группа - пациенты с нарушением консолидации переломов (n=31).

V группу составили 32 пациента с риском развития осложнений для проведения превентивных лечебных мероприятий (больным с риском развития ВТЭО дополнительно проводился курс антикоагулянтов прямого действия.

Пациентам с риском развития воспалительных осложнений дополнительно назначался курс иммуномодулирующей терапии, а профилактический курс антибактериальной терапии заменялся на продолжительный - 5-7 дней после оперативного лечения. Пациентам с риском нарушения консолидации переломов дополнительно проводилась стимуляция репаративной регенерации костной ткании назначались препараты кальция). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин и женщин в возрасте от 18 до 35 лет.

Результаты исследования. Систематизируя полученные данные, мы предлагаем внести в классификацию переломов риски развития осложнений в посттравматическом периоде (ВТЭО - риск 1, воспалительные - риск - 2 и нарушения консолидации - риск 3). Установлено, что в группе пациентов с риском развития осложнений (V группа) риск развития ВТЭО выявлен у 9 больных, риск 2 - у 16 пациентов и риск 3 - в 17 случаях, причем в одном случае выставлен риск 2, 3; у двух больных отмечен риск 1, 2; у одного пациента - риск 1, 3 и в трех эпизодах - риск 1, 2, 3.

У пациентов данной группы на фоне стандартной схемы лечения нами дополнительно проводились превентивные лечебно-профилактические мероприятия. При динамическом контроле данной группы больных отмечено, что после проведения индивидуальных превентивных лечебно-профилактических мероприятий у 30 пациентов осложнений не выявлено и только в 2 случаях зарегистрировано нарушение консолидации переломов (замедленная консолидация). Таким образом, применение предлагаемой классификации позволило достичь положительных результатов лечения у 93,8% больных.

Выводы.

1. Классификация переломов длинных костей основана на патогенетическом подходе выявления рисков развития осложнений в послеоперационном периоде путем включения прогностических коэффициентов, где риск 1 - вероятность развития ВТЭО; риск 2 - развитие воспалительных осложнений; риск 3 - нарушений консолидации.

2. Разработанная и внедренная в клиническую практику классификация рисков развития осложнений позволила достичь положительных результатов лечения у 93,8% больных.

Осипов А.А., Козлов А.А.

Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

Цель исследования. Улучшение результатов лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2013 гг. в травматолого-ортопедическом отделении Алтайской краевой клинической детской больницы было пролечено 66 детей от 1 месяца до 1 года с врожденным вывихом бедра.

Результаты исследования. В процессе исследования были выявлены следующие предрасполагающие факторы в развитии данной патологии: ягодичное предлежание плода (38 детей), наследственность (у 20% детей мать страдала врожденным вывихом бедра),

пол: из 66 детей 58 девочек, 8 мальчиков. Симптом щелчка отмечался до 6 месяцев (26 детей). С 2002 по 2007 гг. традиционным методом Оверхета пролечено 50 детей с врожденным вывихом бедра, первично диагностированным в грудном возрасте; при этом у 18 детей (36%) не добились вправления головки бедра.

С 2008 года методика лечения пересмотрена, в настоящее время в нашей клинике применяется тенотомия аддукторов бедер с последующей фиксацией функциональной гипсовой повязкой (ФГП), в которой ребенок находится до тех пор, пока ацетабулярный индекс не будет равен 35%, после чего ФГП заменяется на стремена Павлика. В результате лечения этим методом полностью излечено 60 детей, что составило 91%, и лишь у 6 детей (9%) не удалось добиться вправления головки бедра.

Выводы.

Применение консервативного метода лечения, включающего тенотомию аддукторов бедер с последующей фиксацией функциональной гипсовой повязкой позволяет получить положительные результаты в 91% случаев, что является наиболее эффективным методом лечения врожденного вывиха бедра, первично диагностированного в грудном возрасте.

Посохова О.Б., Красавин Г.Н., Шарыпов С.В.
МБУЗ детская городская клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ ТРАУМЕЛЬ-С У ДЕТЕЙ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРОЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Цель исследования. Улучшить результаты лечения посттравматических контрактур локтевого сустава, используя фармакопунктуру с Траумель С.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 34 больных в возрасте от 2-х до 13-и лет, с посттравматическими контрактурами локтевого сустава. Больные разделены на две группы, опытную и контрольную, идентичные по возрасту, полу, срокам обращения и стадиям развития контрактур.

В первую, опытную группу, вошло 17 пациентов с посттравматическими контрактурами разной степени ограничения движений. Этим пациентам, по мимо стандартного традиционного лечения (массаж, электрофорез калий иода на локтевой сустав, озокеритовые аппликации на локтевой сустав, ЛФК), проведена фармакопунктура с Траумель - С.

Траумель - С обладает противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим действием. Методика была следующей: вводился Траумель - С в микродрозах (0,1 мл на кг веса) в биологически активные точки (БАТ) с помощью инсулинового шприца. Чаще всего использовали БАТ Gi11, Gi12, Gi13, TR11, C3. Курс лечение включает проведение 5 процедур, с периодичностью 2 раза в неделю.

Во второй, контрольной группе (17 пациентов) проводили исключительно стандартную терапию: массаж, электрофорез калий иода на локтевой сустав, озокерит на локтевой сустав, ЛФК.

Результаты исследования. У детей контрольной группы (не получавших фармакопунктуру) после проведенного курса лечения объем движений в локтевом суставе увеличился:

- от 60 до 100° в 9-и случаях (52%),
- от 100 до 130° в 7-и случаях (41%);
- от 130 до 140° в 1 случае (6%).

У детей опытной группы, после проведенного курса лечения объем движений в локтевом суставе увеличился:

- от 85 до 100° в 4-х случаях (24%);
- от 100 до 130° в 9-и случаях (53%);
- от 130 до 140° в 4-х случаях (23%).

Выводы.

Применение фармакопунктуры с Траумель - С в комплексной схеме восстановительного лечения пациентов с посттравматическими контрактурами суставов с давностью травмы от 3-х

до 6-и недель существенно улучшает эффективность лечения.

Восстановление объема движений в поврежденном суставе происходит быстрее в сравнении с пациентами контрольной группы, что влечет за собой уменьшение сроков, необходимых для восстановления функции сустава и улучшения качества жизни.

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

ОСТЕОСИНТЕЗ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

В общей структуре политравмы торакальная травма составляет 23-56,9%. Закрытая травма груди (ЗТГ) составляет 92% от всей торакальной травмы. По сводным данным, у погибших от травмы груди флотирующие переломы ребер встречаются в 52,1-63,6% случаев. Травма груди с нарушением целости реберного каркаса в 80-90% случаев сопровождается внутриплевральными осложнениями, такими как гемоторакс и пневмоторакс, травмам легких и относится к наиболее тяжелым повреждениям.

Цель исследования. Снизить количество респираторных осложнений, улучшить качество лечения больных с ЗТГ при политравме путем оперативного восстановления каркасности грудной клетки.

Материалы и методы исследования. За 2012-2013 гг. В клинике травматологии и ортопедии ФБГ ЛПУ "НКЦОЗШ" находились на лечении 40 пациентов с политравмой, где одним из ведущих повреждений являлась ЗТГ. Тяжесть состояния пациентов по шкале Pape H.C. у 20 пациентов была оценена как субкомпенсированная, у 15 как декомпенсированная, у 5 как агональная. Тяжесть травмы по шкале ISS в составила от 21 до 48 баллов (в среднем 27 баллов). Пациенты были разделены на 2 группы - 20 пациентам проводилась только консервативное лечение, 20 пациентам в первые 2 суток после травмы было проведено оперативное восстановление каркасности грудной клетки путем открытой репозиции, остеосинтеза флотирующих перелом ребер под контролем эндовидеоторакоскопии оригинальными фиксаторами - пластинами с угловой стабильностью, (патент РФ N 126260 от 27.03.2013) (среднее время операции 35 минут, средняя кровопотеря 90 мл.).

Результаты исследования и их обсуждения. В опытной группе летальность составила 10% (умерли 2 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой), продолжительность нахождения в стационаре в среднем составила 25 койко-дня, в отделении реанимации 11 койко-дней, в среднем показатели SpO_2 у пациентов достигали 91% на 7 сутки после травмы, что позволило перевести пациентов на самостоятельное дыхание. В контрольной группе летальность составила 20%, средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 37 койко-дней, в отделении реанимации 20 койко-дней, а показатели SpO_2 позволили перевести пациентов на самостоятельное дыхание в среднем на 16 сутки. Послеоперационных инфекционных осложнений, миграций металлоконструкций не было. Все пациенты амбулаторно наблюдались в течение 6 месяцев. Из 14 пациентов трудоспособного возраста в опытной группе через 6 месяцев к труду вернулись 4, в контрольной группе из 12 пациентов трудоспособного возраста - 1.

Выводы.

Предложенный метод оперативного восстановления каркасности грудной клетки у пациентов с политравмой, у которых одним из ведущих повреждений является ЗТГ, путем остеосинтеза ребер предложенным фиксатором позволяет сократить продолжительность искусственной вентиляции легких, что уменьшает количество респираторных осложнений, обеспечивает лучшее качество жизни пациентов.

Пушкин С.Ю., Бенян А.С., Корымасов Е.А., Камеев И.Р.
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»
г.Самара, Россия

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФИКСАЦИИ РЕБЕР ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМАХ

Актуальность. Необходимость проведения фиксации ребер при множественных и флотирующих переломах, а особенно, сопровождающихся нестабильностью грудинно-реберного комплекса и острой дыхательной недостаточностью, обусловлена не слишком удовлетворительными результатами методов пневматической стабилизации и внешней неоперативной стабилизации. Сравнительно недавно в арсенале хирургов, занимающихся этой проблемой, появилась новая система анатомических пластин, точкой приложения для которой является именно тяжелая травма груди с множественными и флотирующими переломами ребер.

Цель исследования. Провести оценку результатов хирургического лечения пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер, оперированных с использованием технологии: «Matrix®ribfixationsystem», («Synthes™»).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 23 пострадавших с травматическими переломами ребер, которым за время лечения в отделении торакальной хирургии областной больницы была проведена оперативная фиксация переломов. Мужчины - 16, женщины - 7; возраст 21-73 лет. Изолированная травма грудной клетки была у 13 пациентов, политравма с доминирующей травмой груди - у 10 пациентов.

Показаниями к проведению фиксации были: множественные переломы ребер более 6 с одной стороны или более 8 с двух сторон (n=11), реберный клапан (n=10), клинически значимые деформации грудной клетки (n=1), торакотомия по другим показаниям (n=1). Фиксация переломов ребер осуществлялась с использованием новейшей системы фиксации ребер «Matrix®ribfixationsystem», («Synthes™»). Эта система накостных и внутрикостных анатомических титановых пластин и блокирующих винтов, полностью предназначенная только для фиксации ребер.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов оперированы в сроки от 6 до 72 часов после получения травмы. Накостные пластины применены у 22 пациентов, внутрикостный остеосинтез - у 1 пациента. Количество синтезированных ребер - от 2 до 5. При множественных переломах друг за другом расположенных ребер осуществляли фиксацию каждого второго ребра. Средние сроки искусственной вентиляции легких после проведения фиксации составили 2,5 суток. Объективизация стабилизации костного каркаса груди осуществлялась по улучшению показателей газового состава крови. Необходимость в трахеостомии возникла у 3 пациентов (13,6%). Большинство пациентов отмечали существенное снижение болевого синдрома в сравнении с предоперационным периодом. Осложнения отмечены у 2-х пациентов (9,1%): из них у 1-го - септицемия, у 1-го - послеоперационный плеврит. Раневых осложнений и повторных вмешательств не было. Умерла 1 пациентка (4,5%) от внелегочных причин.

Выводы.

Оперативная фиксация ребер при множественных и флотирующих переломах решает задачи стабилизации грудинно-реберного комплекса клетки, отучения от искусственной вентиляции легких, устранения деформаций грудной клетки.

Эффективность примененной технологии «Matrix®ribfixationsystem» проявляется в таких аспектах как усовершенствование техники оперативного вмешательства, оптимальное соотношение фиксации и гибкости, улучшение непосредственных результатов лечения.

Рогальников Н.Н., Милюков А.Ю., Колтанюк Д.Г.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

У пациентов в отделении интенсивной терапии часто наблюдается мышечная дисфункция по причине неактивности, воспаления, фармакологических препаратов (кортикостероиды, мышечные релаксанты, нейромышечные блокаторы, антибиотики) и наличия нейромышечных синдромов, связанных с критической болезнью. Частота клинической слабости периферических мышц, по сообщениям, наблюдается у 25-33% больных, проходящих искусственную вентиляцию легких в течении 4-7 дней, и к тому же связана с увеличением смертности.

Длительное пребывание в отделении интенсивной терапии связано с нарушенным функциональным статусом и качеством жизни, что наблюдается даже через год после выписки. Потеря мышечной массы наиболее значительна в первые 2-3 недели пребывания в отделении интенсивной терапии. Считается, что приобретенная в отделении интенсивной терапии слабость затрагивает более половины пациентов, хотя это и трудно определить. Мышечная слабость может повысить заболеваемость и вызвать функциональные нарушения после выписки из больницы. Несмотря на то, что в последнее время данному вопросу уделяют немало внимания, специфического лечения нет. Неопределенность выявления и лечения создает идеальную тему для дискуссий.

Следовательно, важно предотвратить или уменьшить мышечную детренированность у больных с длительным постельным режимом. Литература показывает, что возможно проведение ранней подвижной терапии в отделении интенсивной терапии. Постоянное пассивное движение или пассивное растяжение, активные движения показали эффективность в профилактике или уменьшении мышечной атрофии.

Нами обследовано 16 пациентов с политравмой, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» с ноября 2009 г. по май 2010 г., и долечивающихся в отделениях травматологии и ортопедии. Средний возраст 39 лет. 14 мужчин и 2 женщины. В исследование были включены пациенты с ожидаемой продолжительностью пребывания в отделении интенсивной терапии не менее 5-7 дней.

Характеристика политравмы:

- 65% сочетанная травма (из них доминирует скелетная, торакальная, черепно-мозговая).
- 25% множественная травма.
- 10% комбинированная травма.

Тяжесть состояния при поступлении. При поступлении у всех пациентов был диагностирован травматический шок II-III степени, степень тяжести по APACHE-III > 65 баллов. Пациенты с переломами верхних и нижних конечностей, таза, осложненной торакальной травмой.

Виды оперативного лечения: проводились операции на верхних, нижних конечностях, грудной клетке и тазу. Срочные оперативные вмешательства - 5. Отсроченные оперативные вмешательства - 11.

Операции на опорно-двигательном аппарате, n=12: проводился погружной остеосинтез /пластинами, винтами/, чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации, интрамедуллярный остеосинтез /штифтами с блокированием без рассверливания костномозгового канала/. Консервативная стабилизация таза - 2.

Программа реабилитации мышечной функции при политравме:

1. Дыхательная гимнастика.
2. Пассивные и активные движения верхних и нижних конечностей на сгибание, разгибание и отведение.
3. Тренировка кистевым эспандером мышц предплечья.
4. Тренировка мышц верхних конечностей гантелями весом 2-3 кг.

5. Активные движения в суставах нижних конечностей с отягощением.

6. Пассивные движения в суставах верхних и нижних конечностей на растяжение.

Методы исследования:

- клинико-анамнестические данные,
- тяжесть состояния по APACHE III (рассчитывался прогноз продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии /в днях/и вероятность внутрибольничной смерти в %),
- электромиографическое исследование верхних и нижних конечностей,
- дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей,
- биохимическое исследование крови,
- R-графическое исследование,
- лабораторные методы исследования,
- объем движений в суставах измерялся угломером,
- объем мышц конечностей измерялся сантиметровой лентой,
- сила мышц измерялась динамометром.

На вторые и третьи сутки после оперативного лечения пациенты проходили стандартную лечебную физкультуру. Начинали лечебную физкультуру при ЧСС не более 100 в минуту.

В первые сутки один раз в течение 5 минут. Дыхательную гимнастику по 5 минут, два-четыре раза в день. ЛФК, приспособленную к индивидуальным потребностям, стандартный сеанс лечебной физкультуры для верхних и нижних конечностей. Пациентам предлагали активное участие. На следующие сутки интенсивность упражнений увеличивалась, два раза в сутки по 10 минут. Дыхательную гимнастику по 10 минут, пять раз в сутки. Во время пребывания в отделении интенсивной терапии проводился непрерывный мониторинг ЧСС, систолического и диастолического кровяного давления, насыщения крови кислородом. Контролировались биохимические показатели крови. Упражнения прекращали, если пациент показывал патологическую реакцию: ЧСС>140 в минуту, систолическое давление > 160 мм.рт.ст..

При поступлении и при выписке из отделения интенсивной терапии определялись показатели шкалы APACHE III. Измерялись сила четырехглавой мышцы бедра, сила сгибателей пальцев кисти, сила трехглавой и двуглавой мышц плеча с помощью динамометра. Измерялся объем бедра, голени, плеча, предплечья до начала занятий и по окончании занятий. Измерялся объем движений в суставах верхних и нижних конечностей с помощью угломера.

На фоне проведенных занятий ЛФК достоверно увеличилась сила мышц верхних и нижних конечностей.

У пациентов с политравмой после оперативного лечения использовали ранние физические нагрузки. Мы доказали, что ежедневные сеансы физических упражнений эффективны и безопасны в ранний период нахождения в отделении интенсивной терапии.

Использование реабилитационной программы восстановления позволяет восстановить объем движений и силу мышц в поврежденных конечностях на фоне не меняющейся мышечной массы.

Рекомендуется для практического использования у пациентов с политравмой, требует дальнейшего изучения и является актуальным.

Трубин В.В., Хвостов А.Г.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ КУЛЬТИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ЭТАПЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Протезирование утраченной конечности является, несомненно, ключевым вопросом реабилитации инвалидов с ампутационными дефектами верхних конечностей. К факторам, лимитирующим оказание протезно-ортопедической помощи, относятся болезни и пороки культи. Согласно классификации Санина В.Г. (1976 г.) пороки культи или ее дефекты могут быть следствием погрешностей в технике ампутации, неверного выбора уровня и неправильного

послеоперационного ведения.

За период с 2003 по 2013 годы в отделении ортопедии N 2 ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России на лечении и протезировании, в том числе и смене приемной гильзы, находилось 48 пациентов с культями верхних конечностей. Из числа поступивших женщины составили 39% (19 человек), мужчины 61% (29 человек). Средний возраст значительно не отличался по гендерному признаку и составил 38,5 лет.

В хирургической помощи при подготовке к первичному протезированию нуждались 12 пациентов, в том числе: 8 больным (16%) потребовалась хирургическая коррекция пороков культей, а в 4 случаях (8%) проведено оперативное лечение на проксимальных отделах культи верхней конечности.

Больным с пороками культей выполнены следующие операции:

- иссечение порочных рубцов, пластика местными тканями культи плеча - 3 случая;
- иссечение избытка мягких тканей культи плеча - 2 случая;
- иссечение невром срединного, локтевого нервов предплечья - 3 случая.

Во всех случаях достигнуто первичное заживление с последующим протезированием учебно-тренировочным протезом.

Особое место в разделе постампутационных болезней культей верхней конечности составляют ранее недиагностированные, застарелые повреждения костно-мышечной системы, периферических нервов в проксимальном отделе конечности.

Причиной разгибательной контрактуры локтевого сустава в 2-х случаях явился нерепонированный перелом локтевого отростка, больным выполнена операция артролиза локтевого сустава из заднего доступа.

С целью устранения приводящей контрактуры в плечевом суставе, возникшей вследствие поражения током высокого напряжения и сформировавшихся впоследствии коллоидных рубцов в подмышечной области - выполнена пластика перемещенными лоскутами у 2-х больных.

Полноценное лечение пороков и болезней постампутационных дефектов верхних конечностей затруднительно в стационарах протезно-ортопедических предприятий.

Качественное оказание реабилитационной помощи контингенту больных с постампутационными культями верхних конечностей возможно в крупных клинических учреждениях, клиниках научно-исследовательских центров, при условии тесного взаимодействия врачей-протезистов, травматологов-ортопедов и врачей других специальностей.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ

Уравнивание длины врожденно укороченной нижней конечности, в частности, голени - актуальная проблема ортопедии. Несмотря на большое количество методик и способов удлинения голени, основанных на щадящем оперативном вмешательстве и сохранении оптимального уровня кровообращения в большеберцовой кости, в костях голени обнаруживаются признаки деминерализации (А. А. Свешников, 1999, 2000, 2013 гг.). Поэтому актуальным является выяснение причин локальной остеопении, в частности, зависимость ее от уровня остеотомии, темпа удлинения при монолокальном дистракционном остеосинтезе. Данные наблюдения основаны на результатах лечения 156 больных.

Важным является изучение степени снижения минеральной плотности (МПК) в автоматическом режиме удлинения укороченной голени, так как оно максимально приближено к естественному. В условиях применения частичной кортикотомии, то есть сохранения кровоснабжения кости, а также стабильной фиксации, автоматическая высокодробная дистракция позволяет использовать суточный темп удлинения, увеличенный до 2 мм. При этом активность остеогенеза не снижается. Но в таких условиях вследствие интенсивной импульсации из растягиваемых

тканей может меняться гормональный фон и усиливаться деминерализацию костной ткани.

Проявления остеопении во время дистракционного остеосинтеза изучают разными методами: высокоэффективны меченые остеотропные соединения, дающие объективную и полную информацию о состоянии костной ткани на уровне атомов, так как откладываются на местах, не занятых минералами (Свешников А. А. и соавт., 1977-2013 гг.). Радиофармпрепараты (РФП) позволяют с высокой степенью надежности оценить и состояние кровообращения, так как сигнализируют о времени заполнения сосудистого русла на уровне капилляров и его объеме, (Свешников А. А., 1999, 2001, 2013 гг.). Кровоснабжение голени изучается также с помощью окклюзионной плетизмографии, которая характеризуется следующими показателями: объемная скорость кровотока, показатели пикового кровотока.

Наиболее существенное снижение МПК по данным рентгеновской костной денситометрии наблюдалось в удлиняемом сегменте, смежных костях, в частности, в дистальном метафизе бедренной, пяточной костей. Заметные сдвиги происходят в межвертельной области («пространство» Варда), позвоночнике, хирургической шейке плечевой, дистальном метафизе лучевой костей. Снижалась МПК и в противоположной здоровой кости. К концу фиксации изменения уменьшались и были наиболее заметны в области удлиняемого сегмента. Восстановление в костях скелета происходит через 6, в удлиняемом сегменте - через 12 месяцев.

Нами проведено обстоятельное изучение изменений МПК во всех костях скелета. Подобное исследование сделано впервые применительно к задачам чрескостного остеосинтеза.

Хвостова С.А.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛОВ В ЗОНЕ ПРОСВЕТЛЕНИЯ РЕГЕНЕРАТА ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ

Измерения минеральной плотности (МПК) регенерата и других костей скелета выполнены методом рентгеновской денситометрии на костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp.» (США).

Проанализированы МПК регенерата и проявление снижения количества минералов в диафизе, проксимальном и дистальном метафизах большеберцовой кости после ее кортикотомии в верхней трети, отступив 0,4-0,5 см от гребня большеберцовой кости, и малоберцовой - в нижней трети. Данная методика позволяет прочно удерживать отломки костей голени в правильном положении в течение всего периода дистракции и фиксации. Она - основополагающиая на сегодняшний день. Это положение фрагментов помогает выбрать оптимальный уровень остеотомии большеберцовой кости, сократить период фиксации, а, значит, и сроки лечения больных. Но подробного исследования снижения МПК, в сочетании с изучением сроков фиксации и зависимости от взаимного расположения остеотомии и уровня вхождения a.nutricia, до сих пор не проводилось.

При длине регенерата 22 мм МПК всего регенерата составляла 0,283 г/см^2. В отдельных участках его она оказалась разной: в проксимальном участке регенерата наибольшей - 0,360 г/см^2, в средней части регенерата - 0,167 г/см^2, у дистального конца регенерата - 0,320 г/см^2. У концов костных фрагментов - 0,707 г/см^2.

На 54-й день дистракции (длина регенерата 54 мм) МПК у концов регенерата продолжала возрастать, а в зоне просветления оказалась очень низкой (на 8,3% меньше, чем на 22-й день дистракции в центре регенерата).

В конце первого месяца фиксации высота зоны просветления уменьшалась, МПК в ней возрастала в 2,3 раза по сравнению с периодом дистракции. МПК регенерата в целом увеличивалась в 1,6 раза.

Через 3 месяца фиксации МПК была равна 0,944 г/см^2 - 59% от величины в симметричном участке здоровой конечности. Для суждения о возможности снятия аппарата и исключения последующих искривлений мы просматривали распределение минералов и по всему

поперечнику большеберцовой кости.

Через 2 месяца после снятия аппарата МПК не отличалась от данных в противоположной здоровой кости. Таковы данные при длине регенерата 54 мм.

При большей длине регенерата (80-120 мм) увеличивался размер зоны просветления и уменьшалась ее МПК: при длине 85-90 мм - она составляла 7% от величины МПК в здоровой кости, при 120 мм - до 1%.

Наиболее существенное снижение МПК наблюдалось в удлиняемом сегменте, а также в смежных сегментах, в частности, в дистальном метафизе бедренной и пяточной костей. Заметные сдвиги происходили в межвертельной области («пространстве» Варда), позвоночнике, хирургической шейке плечевой и дистальном метафизе лучевой костей. Снижалась МПК и в противоположной здоровой кости. К концу фиксации проявления деминерализации уменьшались. Самые заметные значения МПК были в области удлиняемого сегмента. Восстановление МПК в других костях скелета происходит через 6 месяцев, а в удлиняемом сегменте - через 12 месяцев.

Нами проведено обстоятельное изучение изменений МПК во всех костях скелета в процессе формирования регенерата. Подобное исследование сделано впервые применительно к задачам чрескостного остеосинтеза.

Шушарин А.Г., Половинка М.П., Прохоренко В.М.
ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН
ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии»
г.Новосибирск, Россия

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) представляет собой тяжелое дегенеративно-дистрофическое поражение тазобедренного сустава (ТБС), наблюдаемое в наиболее трудоспособном возрасте. Традиционно применяемая консервативная терапия больных с АНГБК, по мнению многих специалистов, недостаточно эффективна и обеспечивает лишь кратковременное улучшение на ранних стадиях процесса.

Авторами разработаны эффективные подходы к лечению АНГБК, включающие на ключевой стадии внутрисуставное введение препаратов.

Цель исследования. Разработка системы лечебных мероприятий, направленных на улучшение результатов консервативного лечения ранних стадий АНГБК, на основе создания технологий, направленных на эффективное снятие болевого синдрома, воспалительных явлений и улучшения микроциркуляции в суставе.

Материалы и методы исследования. В общей сложности с 2009 по 2014 гг. в исследование было включено 689 пациентов, проживающих на территории Западной и Восточной Сибири, которым было проведено лечение ранних стадий АНГБК по новым авторским технологиям с применением внутрисуставных инъекций перфторана (производитель ОАО «НП Перфторан», Россия) и/или смеси перфторана с димексидом под контролем УЗИ, в сочетании с сопутствующей физио- и фармакотерапией. Возраст больных составил 32-72 года (средний возраст 49,8 лет); пациенты с идиопатическим АНГБК, с АНГБК на фоне коксартроза (391 чел.), ревматоидных заболеваний (286 чел.), остеопении и остеопороза (132 чел.), хронизированных инфекций (40 чел.).

Оценка эффективности лечения производилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки боли. Клинико-функциональное состояние ТБС оценивалось по шкале Харриса (Harris Hip Score). Объективизация морфологических изменений ТБС до и после лечения проводилась по данным МРТ пораженного сустава.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ результатов лечения АНГБК перфтораном показал, что эффективность лечения значительно возрастает при переходе к инъекциям смесью перфторана с димексидом. Проведение курсов инъекций, совместно с лазеро-, магнито- и ударно-волновой терапией стимулирует регенеративные процессы в ТБС. После проведения

двух курсов инъекций средний показатель выраженности боли в покое и интенсивность боли при движении значительно снижается (>20, ВАШ). Динамика функционального состояния суставов по шкале Харриса позволяет оценить результаты лечения как хорошие. У более, чем 80% пациентов через шесть месяцев от начала лечения по данным МРТ деструктивный процесс был купирован.

Выводы.

Разработанная технология решает задачу повышения эффективности консервативного лечения ранних стадий АНГБК. Проведение курсов внутрисуставных инъекций под контролем УЗИ и сеансов физиотерапии стимулирует газообмен в ишемизированных тканях, способствует восстановлению головки бедренной кости, подвергшейся некрозу, в значительной степени снижает болевой синдром, что позволяет пациентам обходиться без анальгетиков и НПВП.

Шушарин А.Г., Половинка М.П., Прохоренко В.М.
ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН
ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии»
г.Новосибирск, Россия

ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИТОВ И СИНОВИАЛЬНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ

Проблема эффективного лечения синовитов крупных суставов неизменно актуальна. Лечение синовита должно быть комплексным, направленным в первую очередь, на купирование воспаления и избавление от боли, далее на устранение патологического состояния сустава. При медикаментозном лечении инфекционных форм заболеваний суставов назначается лечение антибиотиками. Проблемой последнего является устойчивость к антибиотикам обычных возбудителей самых распространенных заболеваний. Эффективность фагов в качестве антиинфекционных агентов связана с их прямым, высокоспецифичным действием на бактериальные патогенны.

Цель исследования. Выявить влияние Бактериофагов на воспаление в суставах, обусловленном различными оппортунистическими инфекциями у пациентов с ревматологическими заболеваниями в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 198 пациентов в возрасте от 13 до 62 лет; пациентов с остеоартрозом (67 чел.), подагрой (32 чел.), ревматоидным артритом (РА) (26 чел.), системными васкулитами (5 чел.), псориатическим артритом (16 чел.) и в комплексной методике лечения асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК, 52 чел.).

Поставленная задача решалась тем, что проводилось лечение синовитов и/или синовальных кист, включающее пункцию суставной полости и/или полости кисты под контролем УЗИ, аспирацию ее содержимого и введение в нее лечебного препарата, при этом в полость вводили биологический препарат пиобактериофаг поливалентный очищенный или секстафаг. В течение двух-трех недель, в зависимости от исходного состояния пациента, для закрепления противовоспалительной терапии, проводят сеансы аспирации суставного выпота или содержимого кисты с введением бактериофага.

Интраартикулярное лечение дополняли тем, что в течение трех недель пациенту назначают пиобактериофаг поливалентный очищенный или секстафаг перорально. В осложненных случаях (хронический синовит, киста Бейкера с объемом содержимого более 10 мл) дополнительно назначают антибиотики коротким курсом в соответствии с данными посева на микрофлору синовиального выпота.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных микробиологических данных показал, что у пациентов наиболее часто высеваются Staphylococcus aureus, Streptococcus spp., в большинстве случаев возбудителем являлась смешанная микрофлора. В представляемой работе нами проводилось лечение синовитов и кист Бейкера внутрисуставным введением бактериофагов. У 130 пациентов (66%) из 198 полное купирование синовита и кисты Бейкера (без дополнительного склерозирования) было достигнуто после двух введений бактериофагов в полость сустава или кисты, у остальных пациентов - после трех-пяти внутрисуставных инъекций.

Внутрисуставная терапия бактериофагами приводит к стойкому положительному эффекту лечения. В сроки наблюдения около года (6 мес. для каждого пациента) наблюдали рецидив синовита у двух пациентов с РА и двух пациентов с подагрой, однако, воспалительный процесс проявился незначительно и был купирован после однократного введения бактериофага.

Выводы.

Разработанный метод лечения позволяет купировать воспалительный процесс проведением незначительного количества внутрисуставных иньекций при синовите и кисте Бейкера у пациентов с ревматологическими заболеваниями, снизить дозу используемых антибиотиков, приводит к быстрому купированию болевого синдрома и долгосрочному сохранению положительного эффекта лечения.

Юрчук С.М., Ахмедова Г.Ш., Башкирова А.И., Мироманов А.М.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Разработка новых систем реабилитации в настоящее время является одним из приоритетных направлений медицины. Реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление функции конечности, как правило, выполняются разнопланово и только после проведенного оперативного лечения, что значительно увеличивает сроки восстановительного периода.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к реабилитации больных методом кинезитерапии после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Проведенообследование 100 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет с идиопатическими коксартрозами III-IV стадии, с нарушением функции суставов II степени.

Первую группу составили 30 больных, проходивших реабилитацию методом кинезитерапии только в послеоперационном периоде.

Вторая группа (n=30) - пациенты, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде.

Третья группа (n=40) - больные, проходившие реабилитацию методом кинезитерапии и аквакинезитерапии в пред - и послеоперационном периоде.

Всем больным выполнено оперативное лечение - тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру патологического процесса, проводимому оперативному лечению и сопутствующей патологии. Критерием исключения явилось наличие тяжелой сопутствующей патологии и выраженные нарушения функции конечности. Оперативное пособие выполнялось в ГУЗ «ГКБ N 1», а реабилитационное лечение осуществлялось в медицинском центре «Академия здоровья». Оценка функции тазобедренного сустава по шкале W.H. Harris и оценка психологического состояния больных с помощью опросника Спилбергера-Ханина осуществлялась до операции, через 1 и 6 месяцев после операционного вмешательства. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы BIOSTAT и Microsoft Office Exell 2010. Для сравнения количественных показателей между исследуемыми группами пациентов использовали критерий Манна-Уитни, качественных - $ч^2$.

Результаты исследования. При оценке по шкале W.H. Harris средний балл до реабилитации у больных первой группы составил 36,2±4,5, второй группы 40,4±4,2, а у пациентов третьей группы - 47±3,8 баллов. После проведения курса кинезитерапии в послеоперационном периоде этот показатель увеличивался во второй группе до 67±3,7 баллов, а в третьей группе до 88±5,3 баллов ($p<0,05$).

В ходе анализа анкет по опроснику Спилбергера-Ханина в послеоперационном периоде, установлено, что в первой группе очень высокая тревожность (ОВТ) зарегистрирована в 10,3%, высокая тревожность (ВТ) в 72,4% и средняя тревожность (СТ) в 17,2%. Во второй и третьей группе зафиксированы статистически значимые изменения в раннем предоперационном периоде по сопоставлению с первой группой (ВТ - у 25,8%, СТ - у 54,8%, НТ - у 9,7% и

очень низкая - у 9,7%). В позднем послеоперационном периоде отмечено, что в третьей группе изучаемые параметры значимо различались в сравнении с первой и второй группами (ВТ - у 10,5%, СТ - у 27,2%, НТ - у 52,6% и очень низкая - у 8,5%) $p<0,05$.

Выводы.

Проведение комплексных реабилитационных мероприятий различными методами кинезитерапии у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет достигнуть наиболее эффективных показателей не только в восстановлении функции конечности, но и в повышении качества жизни пациентов.

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 НЕЙРОХИРУРГИИ

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

АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

На основании двадцатилетнего практического опыта работы Центра охраны здоровья шахтеров нами проведен анализ за последние 10 лет черепно-мозговых повреждений у детей при политравме. Находилось на лечении 106 пострадавших детей. Среди больных преобладали мальчики - 67,9%. В основную группу вошли дети от 7 до 14 лет (60,4%).

Все больные в зависимости от исхода были разделены на две группы: умершие и выжившие. Выживших было 98 человек, что составило 92,5%, летальный исход наблюдался у 8 больных (7,5%).

Закрытая черепно-мозговая травма отмечалась в 58,3% случаев.

Сроки госпитализации больных с момента получения травмы варьировали от 30 минут до 3-х суток.

Большинство больных было доставлено в стационар до 3-х часов с момента травмы 49 (46,2%). До 1 часа после травмы госпитализировано 42 (39,6%) больных.

Всего было выполнено 28 хирургических вмешательств. Наибольшая часть больных была прооперирована в сроки до 2-х часов с момента поступления - 25 (89,3%). Преобладали малоинвазивные хирургические вмешательства с использованием эндокраниоскопической техники.

Наряду с хирургическим лечением больных проводилась патогенетическая терапия. Проводимая терапия была направлена на снижение внутричерепного давления, уменьшения вторичного отека головного мозга, предупреждение гипоксии головного мозга, нормализацию метаболических процессов мозга.

Наиболее частым механизмом повреждения был наезд транспортного средства на ребенка (58,5%), ускорение или замедление в транспорте наблюдался в 24,5% случаев.

Большинство детей с политравмой поступили в тяжелом - 94,3% и крайне тяжелом состоянии - 5,7%.

Различные варианты угнетения сознания были выявлены у всех больных. Выраженные расстройства сознания отмечались в 48,2%.

Тяжелая черепно-мозговая травма, как основной компонент политравмы, имела место в 43,6% у пострадавших детей.

Политравма, сопровождающаяся шоком различной степени была выявлена у всех больных. Преобладающее количество выживших больных поступило с шоком II степени.

Большинство детей были выписаны с признаками легкой нервно-психической дисфункции - 58 (54,7%). Выздоровление наблюдалось у 25 (23,5%) больных. Умерло 8 больных, что составило 7,5%.

Таким образом, черепно-мозговые повреждения у детей являются одной из важнейших проблем травматологии детского возраста и занимают первое место среди травм, требующих госпитализации. Клиническую картину черепно-мозговой травмы у детей, как правило, обусловливают анатомо-физиологические особенности раннего возраста. Травма головного мозга, полученная в детском возрасте, когда еще идет процесс формирования организма, отрицательно сказывается через много лет уже во взрослом периоде жизни человека.

Волчков Е.М., Тихонюк А.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

К МЕТОДИКЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Из повреждений костей лицевого скелета нижняя челюсть наиболее часто подвергается

переломам. Переломы мыщелкового отростка достигают 45%. В диагностике большое значение имеет рентгенологическое исследование, позволяющее определить локализацию щели перелома, характер смещения, взаимоотношение суставной головки и суставной впадины, что исключительно важно при планировании лечения пациента.

Анатомические особенности строения нижней челюсти предопределяют излюбленную локализацию переломов, так называемые слабые зоны: на уровне клыка, в области угла и шейки мышелкового отростка. При ударе по подбородку спереди назад ломается мыщелковый отросток нижней челюсти в области шейки, а в случае приложения силы к боковому отделу тела, ветви или подбородка (в сагиттальной плоскости) наиболее уязвимым оказывается основание мыщелкового отростка наряду с углом нижней челюсти.

Обзорные снимки в прямой и боковой проекциях выявляют достаточно хорошо только низкие повреждения шейки мыщелкового отростка. Другие виды переломов, включая высокие повреждения шейки, а также головки со смещением ее в подвисочную ямку обнаруживаются с трудом или вовсе не видны. Так, по данным Рабухиной Н.А. (1991 г.), повреждения мыщелкового отростка не распознаются по обзорным снимкам почти у 25% больных.

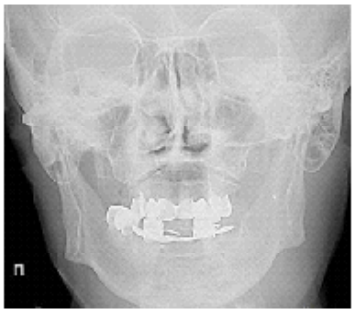
В нашей практике вместо традиционной рентгенографии нижней челюсти в прямой проекции мы используем лобную укладку.

Пациент лежит на животе, лицом вниз. Руки вытянуты вдоль туловища или сомкнуты над головой. Срединную сагиттальную плоскость головы устанавливают строго перпендикулярно снимочному столу, соответственно средней линии деки. Подбородок максимально прижат к передней поверхности груди и шеи. Голова сильно наклонена кпереди с таким расчетом, чтобы стола касался только лоб, а кончик носа отстоял от стола на 3-4 см. Центральный луч направлен на затылочный выступ.

По этой методике обследовано 87 пациентов с различными переломами нижней челюсти. Из них 36 (41%) с переломом мыщелкового отростка. У одного пациента выявлена посттравматическая деформация мыщелкового отростка справа (снимок 4), не определяющаяся на рентгенограмме нижней челюсти в прямой проекции (снимок 3), у остальных уточнена величина и степень смещения отломков.

снимок 1

снимок 2



снимок 3

снимок 4

На рентгенограмме нижней челюсти в прямой проекции (снимок 1) перелом между 4.2 и 4.1 без смещения, перелом по основанию мыщелкового отростка слева со смещением. Но степень захождения отломков не достаточно ясна.

На рентгенограмме 2 в дополнительной проекции определяется смещение кнаружи на диаметр и захождение по оси до 0,8 см.

Таким образом, данная методика способствует облегчению диагностики высоких переломов мыщелковых отростков.

Жукова И.А., Агашева А.Е., Жукова Н.Г.
Кафедра неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России
г.Томск, Россия

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Непосредственной причиной болезни Паркинсона (БП) - хронического прогрессирующего заболевания головного мозга - является дисрегуляция апоптоза нигростриарных нейронов, что сопровождается дефицитом нейространсмиттера дофамина и приводит как к моторным (гипокинезия, мышечная ригидность, тремор), так и немоторным (когнитивные, поведенческие, вегетативные) проявлениям болезни. Термин нейропротекция при БП подразумевает использование таких терапевтических средств, которые могли бы замедлить или полностью предотвратить преждевременный апоптоз клеток черной субстанции. В этой связи необходим поиск препаратов, которые эффективно препятствовали бы процессу развития нежелательного апоптоза.

В последние годы в неврологической практике широко применяется ноотропный препарат нового поколения фонтурацетам (фенотропил), фармакологический спектр которого представлен ноотропным, антигипоксантным, антиоксидантным, антитоксическим и анксиолитическим действием без последующей истощаемости когнитивных функций, астенизации, а также без синдрома отмены.

Целью работы явилось изучение клинической эффективности и безопасности препарата Фенотропил® в дозе 100-200 мг в сутки у больных с БП.

Материалы и методы исследования. 90 пациентов с БП были разделены случайным образом на три группы, получающие Фенотропил® в дозе 100 мг и 200 мг, а также плацебо в течение 3 месяцев. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст составил 63,2±7,8 лет. Из 90 пациентов, включенных в исследование, 79 пациентов прошли предусмотренный Протоколом курс лечения. 11 пациентов прекратили участие в исследовании преждевременно (после первого визита) в связи с ухудшением состояния (наросла головная боль, появилось двигательное возбуждение, агрессивность, головокружение, плаксивость, раздражительность). Было выявлено среднее нежелательное явление, причиняющее дискомфорт, мешающее повседневной деятельности. Дальнейшая статистическая обработка результатов проводилась на 26, 25 и 28 человек, соответственно в I, II и в III группах. Оставшимся пациентам было проведено клиническое и нейропсихологическое обследование (краткая шкала психического состояния, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Батарея лобной дисфункции; тест рисования часов с оценкой по десятибальной шкале. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника «Краткий вопросник оценки статуса здоровья»).

Результаты. Проведенное «Двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Фенотропил в дозе 100 и 200 мг в сутки у больных с установленным диагнозом БП» выявило положительное влияние на проявления болезни, привело к достоверному улучшению как субъективных, так объективных показателей. Отмечено статистически достоверное ($p<0,05$) улучшение выраженности когнитивных (концентрации внимания, памяти, пространственных функций) и тревожно-депрессивных (настроение, раздражительность, напряженность) расстройств.

Выводы.

У больных с БП применение препарата Фенотропил® в дозе 100 мг и 200 мг в сутки оказало положительное влияние как на субъективные, так объективные показатели пациентов и в целом улучшило их качество жизни. Однако доза 100 мг выявила несколько более выраженное влияние на ориентацию пациентов, их концептуализацию, способность концентрировать внимание, беглость речи и другие нейродинамические функции. Кроме того, отмечено и более существенное антидепрессивное воздействие и значительная динамика показателей качества жизни среди обследуемых, принимавших Фенотропил в дозе 100 мг. Учитывая сопоставимое положительное влияние на другие когнитивные функции (память, пространственные функции), можно в целом говорить о целесообразном приеме препарата в дозе 100 мг в сутки и его положительном влиянии на когнитивные и поведенческие функции.

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Филатов Е.В.

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

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ В ПНЕВМОКОСТЮМЕ «АТЛАНТ» НА ПОСТРУЛЬНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С НИЖНЕЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИЕЙ

Актуальность исследования. В настоящее время существует устойчивая тенденция накопления контингента инвалидов с патологией спинного мозга, как вследствие увеличения травматизма, так и вследствие роста продолжительности жизни спинальных пациентов. Патология спинного мозга - сложное, трудно поддающееся лечению страдание, которое проявляется нарушением деятельности различных органов и систем организма, но основной инвалидизирующий фактор - утрата функций опоры и движения. Восстановление вертикальной позы и вертикальной локомоции - значимая составляющая восстановительного процесса.

Использование пневмокостюма «Атлант» обеспечивает мягкую фиксацию в суставах, коррекцию положения позвоночника. Дозированная компрессия тела меняет объем и структуру афферентного притока в центральную нервную систему, что может сопровождаться изменением постуральных и локомоторных программ.

Цель исследования. Изучить динамику постуральной регуляции пациентов с нижней спастической параплегией под влиянием занятий лечебной гимнастикой в костюме «Атлант».

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В изучаемую группу вошли пациенты обоего пола в позднем периоде травматической болезни спинного мозга с повреждением на уровне грудных сегментов, нижней спастической параплегией с неврологическим дефицитом типа A, B, C, D по шкале ASIA/ISCSCI. Критерием невключения служило наличие противопоказаний к лечебной физкультуре.

Наблюдали 9 пациентов. Все они получали курс из 8 занятий лечебной гимнастикой в костюме «Атлант» продолжительностью 10-30 минут на фоне стандартного восстановительного лечения, исключая электростимуляцию мышц.

Гимнастика в костюме «Атлант» включала выполнение ряда упражнений возрастающей сложности, направленных на поддержание вертикальной позы. Затем переходили к упражнениям, подготавливающим пациента к ходьбе. Наиболее нагрузочной частью занятия являлись упражнения в ходьбе с устойчивой дополнительной опорой. В заключительной части занятия пациенты стояли на неустойчивой опоре типа пресс-папье, выполняли упражнения с произвольным вытяжением позвоночника и последующим расслаблением.

Обследование до и после курса лечения включало: клиническую оценку неврологического статуса, стабилометрию на компьютерном стабилографе МБН. Сравнение среднегрупповых результатов до и после курса лечения проводили по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Во время занятия в костюме «Атлант» все обследованные отмечали, что они лучше чувствуют парализованные конечности, ощущают опору на стопы. Им удавалось выполнять активные движения парализованными конечностями, объем движений был

больше, чем до начала занятия, устойчивость выше. Пациенты выполняли двигательные задания, которые до начала занятия они выполнить не могли или выполняли с большим затруднением. Занятия воспринимались как нагрузочные, и после их окончания был необходим отдых в течение 30 минут. Затем в течение 2-3-х часов у занимавшихся сохранялось ощущение парализованных конечностей, они могли повторить часть упражнений без костюма.

По результатам исследования выявлено, что средние показатели длины (L) статокинезиограммы с открытыми глазами до проведенного курса лечения составили 1264 мм, после лечения - 836 мм; средние показатели площади (S) статокинезиограммы до занятий лечебной гимнастикой были 1097 мм^2, после курса занятий - 959 мм^2. Средние показатели длины (L) статокинезиограммы с закрытыми глазами до проведенного курса занятий в пневмокостюме « Атлант» составили 2155 мм, после курса занятий - 1910 мм, средние показатели площади (S) статокинезиограммы до занятия лечебной гимнастикой - 3342 мм^2, после курса занятий - 2848 мм^2.

За период занятий лечебной гимнастики в пнемокостюме «Атлант» показатели длины (L) статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшились, так же выявлено уменьшение площади (S) статокинезиограммы, данные статистически не достоверны, ($p>0,1$).

В результате курса лечения у всех пациентов сформировалось чувство опоры на стопы при стоянии и ходьбе, появились ощущения сгибания и разгибания в суставах нижних конечностей.

Обсуждение. Использование костюма «Атлант» позволяет сочетать занятия лечебной гимнастикой с дополнительной стимуляцией проприоцептивной чувствительности, обеспечить мягкую внешнюю фиксацию суставов конечностей и позвоночника, что обеспечивает биомеханические условия для оптимизации вертикальной позы и освоения либо коррекции двуногой локомоции.

Костюм позволяет дать дозированную нагрузку на опорно-двигательный аппарат. Создавая компрессию в области туловища и конечностей, он стимулирует тактильные и барорецепторы, способствует усилению проприорецептивного потока в центральную нервную систему. В результате формируется мышечно-суставное чувство, упорядочивается реакция мотонейронов, что обеспечивает нейрофизиологические условия для удержания позы и выполнения движений, с перестройкой систем супраспинального двигательного контроля на более близкое к норме физиологическое состояние. В результате улучшаются постуральные и локомоторные стереотипы.

В нашем исследовании пациенты начали чувствовать опору на стопы, движения в суставах парализованных конечностей, научились сохранять вертикальную позу при движениях верхними конечностями различной амплитуды, движениях головы, глаз, корпуса. Все занимавшиеся научились произвольно менять амплитуду движений при ходьбе, научились удерживать позу в положении неустойчивого равновесия. Все это позволило им эффективнее строить постуральные и локомоторные стереотипы.

Улучшение постуральной регуляции нашло отражение в уменьшении длины и площади статокинезиограммы после курса лечения при стоянии с закрытыми глазами. При стоянии с открытыми глазами наблюдали достоверное уменьшение длины статокинезиограммы, данные по уменьшению площади при стоянии с открытыми глазами недостоверны. Вероятно, пациенты при поддержании вертикальной позы используют информацию проприоцепторов, но еще не могут адекватно отрабатывать помехи, которые вносит зрительный анализатор.

Выводы.

1. Включение занятий лечебной гимнастикой в пневмокостюме «Атлант» в курс восстановительного лечения пациентов с нижней спастической параплегией способствует формированию неспецифической чувствительности парализованных конечностей; способствует уменьшению площади и длины статокинезиограммы, что свидетельствует о формировании оптимального постурального стереотипа.

2. Применение пневмокостюма «Атлант» в сочетании со стандартными методиками лечебной гимнастики у пациентов с нижней спастической параплегией делает реабилитацию более эффективной.

Могучая О.В., Щедренок В.В., Аникеев Н.В.
ФБГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России
г.Санкт-Петербург, Россия

ТАКТИКА ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОТРАВМЫ В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Проблема нейротравмы актуальна в связи с ее тяжестью, значительной распространенностью и высоким уровнем стойкой нетрудоспособности. Обеспечение доступной и качественной медицинской помощи пострадавшим в отдаленных районах регионов с низкой плотностью населения, подавляющее большинство ЛПУ которых по своей оснащенности и кадровому составу относятся к травмоцентрам II и III уровня, представляет определенные трудности.

В настоящее время при оказании неотложной помощи в хирургии и травматологии применяют тактику запрограммированного многоэтапного хирургического лечения в виде трех этапов. Первый ограничивают жизнеспасительными мероприятиями. На втором - осуществляют интенсивную терапию, направленную на восстановление витальных функций до уровня субкомпенсации. На третьем этапе выполняют полный объем оперативных вмешательств.

Цель исследования. Применить запрограммированное многоэтапное нейрохирургическое лечение (ЗМНХЛ) при оказании медицинской помощи пострадавшим с нейротравмой в регионе с низкой плотностью населения.

Материалы и методы исследования. Республика Коми является регионом с низкой плотностью населения (2,17 чел. на 1 м^2), 90% ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь при нейротравме, составляют ЦРБ и районные больницы, которые являются травмоцентрами II-III уровня. Для адекватной межгоспитальной транспортировки пострадавшего с переводом в травмоцентр I уровня возникала необходимость применения тактики ЗМНХЛ.

Результаты и обсуждение. Предложен принцип ЗМНХЛ, заключавшийся в том, что этапы хирургического лечения выполняли в травмоцентрах разного уровня, с последующей эвакуацией в травмоцентр I уровня. При черепно-мозговой травме (ЧМТ) осуществляли трефинацию (наложение одного или двух фрезевых отверстий) с частичным опорожнением внутричерепной гематомы с целью уменьшения дислокации головного мозга.

Принцип ЗМНХЛ был использован при лечении 127 пострадавших с изолированной (43 наблюдения) и сочетанной (84 наблюдения) ЧМТ. При позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ) тактика ЗМНХЛ заключалась в выполнении первым этапом фиксации заднего опорного комплекса позвоночника, вторым - дополнительно переднего, третьим этапом при необходимости выполняли вмешательства, способствующие восстановлению нарушенных функций.

Тактика использована при лечении 67 пострадавших с осложненной и неосложненной травмой позвоночника. При травме периферической нервной тактика ЗМНХЛ применена при сочетанных повреждениях периферических нервов и магистральных сосудов верхних и нижних конечностей у 2 пострадавших, она заключалась в выполнении первым этапом остановки кровотечения из поврежденного крупного сосуда и восстановления его функционирования, вторым этапом - восстановления целостности нерва, третьим этапом при необходимости - различных реконструктивных вмешательств.

При ЧМТ применение тактики ЗМНХЛ позволило снизить летальность на 14,8% и повысить социальную адаптацию на 12,5% относительно аналогичной по полу, возрасту и тяжести повреждений группы сравнения. При ПСМТ отмечено снижение летальности на 3,2%, повышение социальной адаптации на 4,8%.

Выводы.

Применение тактики запрограммированного многоэтапного нейрохирургического лечения в условиях региона с низкой плотностью населения способствовала улучшению исходов у пострадавших с нейротравмой.

Могучая О.В., Щедренок В.В., Аникеев Н.В.
ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России
г.Санкт-Петербург, Россия

ДОСТУПНОСТЬ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕЙРОТРАВМЕ В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

В современных условиях особой проблемой здравоохранения является обеспечение доступной и качественной медицинской помощи жителям сельской местности и отдаленных районов в регионах с низкой плотностью населения. При этом проблема оказания специализированной помощи при нейротравме определяется не только ее тяжестью, значительной распространенностью и высоким уровнем стойкой нетрудоспособности, но и потребностью в экстренном медицинском пособии.

Цель исследования. Оценка доступности нейрохирургической помощи при нейротравме в регионе с низкой плотностью населения - Республике Коми.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели разработана классификация регионов Российской Федерации по плотности населения: регионы с низкой плотностью - до 4 человек на км^2, с умеренной плотностью - от 4,1 до 16 человек на км^2, с высокой плотностью - выше 16,1 человека на км^2. Известно, что, климатогеографические особенности, наряду с постоянной или сезонной труднодоступностью, определяют неравномерность заселения территории страны.

Территории с низкой плотностью населения характеризуются сложными климатическими условиями, постоянной или сезонной труднодоступностью, неблагоприятным влиянием на здоровье человека. В связи с этим в основу методики оценки доступности нейрохирургической помощи при нейротравме в регионе с низкой плотностью населения положены следующие признаки: удаленность от места базирования нейрохирургической службы, состояние связи и дорог между местом базирования и нахождением пострадавшего, а также сезонная доступность места нахождения пострадавшего. Признакам присваивали определенное число баллов, которые суммировали, получая показатель доступности медицинской помощи. Доступность выше 10 баллов считали низкой, от 9 до 6 баллов - удовлетворительной, ниже 5 баллов - хорошей.

Изучена также предотвратимость летальных исходов у городского и сельского населения республики, которую оценивали на основе комплексной экспертизы случая смерти. Каждый такой случай был отнесен к одной из трех категорий исходов: предотвратимый, условно предотвратимый и непредотвратимый. В процессе экспертизы непредотвратимым считали летальный исход, определявшийся нерегулируемым фактором - тяжестью полученного повреждения; при условно предотвратимом имело место сочетание нерегулируемых и регулируемых факторов (в виде дефектов лечебно-диагностического процесса и его организации); предотвратимый исход был обусловлен регулируемыми факторами.

Результаты и их обсуждение. На основе балльной оценки (4 балла - наилучший показатель, 15 - наихудший) все районы Республики Коми сгруппированы в 3 кластера. Наибольшим оказался кластер с низкой доступностью нейрохирургической помощи населению. На районы с низкой доступностью нейрохирургической помощи (от 10 до 15 баллов) пришлось 76,4%. Средний показатель доступности нейрохирургической помощи составил 10,5 балла. Низкая доступность нейрохирургической помощи в значительной мере обусловила более высокую долю предотвратимых летальных исходов у сельского населения по сравнению с городским (15,1% и 21,4% соответственно).

Выводы.

В регионе с низкой плотностью населения, каким является Республика Коми, доступность нейрохирургической помощи при нейротравме следует считать низкой. Предложенная методика оценки доступности нейрохирургической помощи при нейротравме позволяет конкретизировать и сделать адресными мероприятия по совершенствованию медицинской помощи пациентам с нейротравмой в различных регионах. Снижение доли предотвратимых летальных

исходов является резервом совершенствования медицинской помощи при нейротравме.

Ступак В.В., Митюков А.Е., Пендюрин И.В., Мишинов С.В.
ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздрава РФ им. Я.Л. Цивьяна»
г.Новосибирск, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ БОЛЬНОГО И ОБЪЕМА УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ

Одной из актуальных проблем нейрохирургии в настоящее время является разработка оптимального комплексного лечения глиом головного мозга, которые составляют 45,6-58% от всех интракраниальных опухолей. Фаза клинического течения глиом мозга и их объем значительно влияет на тактику лечения, а также прогноз заболевания. Основное место в комплексной терапии этой патологии головного мозга отводится хирургическому методу.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов с глиальными опухолями больших полушарий в зависимости от стадии клинической компенсации и радикальности удаления объема опухоли.

Материалы и методы исследования. Изучены архивные данные 307 больных, оперированных по поводу глиом больших полушарий в нейрохирургическом отделении Новосибирского НИИТО за последние пять лет. В исследование включены больные, диагноз которых подтвержден клинически и гистологически. В дооперационном периоде применяли клинико-неврологическое, нейроофтальмологическое, нейровизуализационное исследование. В качестве критерия клинической компенсации использовалась шкала общего статуса Карновского (ШК).

Результаты и обсуждение. В структуре больных с опухолями головного мозга, оперированных в НХО НИИТО, глиомы составляют 36%. Возраст больных от 18 до 82 лет. Женщин было 167 (54,3%), мужчин 140 (45,7%). Пациенты были распределены на 2 группы: в первую группу (I группа) вошли больные в стадии клинической компенсации и субкомпенсации (60-100 баллов по ШК); во вторую группу (группа II) - больные с декомпенсацией внутричерепных объемных процессов (10-50 баллов по ШК).

Первую группу составили 115 (37,3%) больных со средним баллом 69 по ШК. В данной группе средний объем опухоли был 42,3±8,8см. При первичной операции тотальное удаление опухоли проведено в 48 (41,7%) наблюдениях, субтотальное - в 52 (45,2%), частичное - 12 (10,5%), биопсия опухоли выполнена в 3 (2,6%) случаев.

Получены следующие ближайшие результаты оперативного лечения: улучшение - в 83 (72,2%) случаях, без перемен - 18 (15,6%), ухудшение - в 11 (9,6%).

Вторая группа больных с глиальными опухолями в стадии клинической декомпенсации составила 192 (62,7%) пациента. Во второй группе состояние по ШК составило в среднем 37 баллов, средний объем опухоли - 93,5±11,9 см. Тотальное удаление опухоли выполнено во время операции в 136 (71%) случаях, субтотальное - 38 (19,7%), частичное - в 15 (7,8%), биопсия - 3 (1,5%).

У всех пациентов в этих группах выполнена гистологическая верификация опухоли, в ряде случаев с использованием гистохимических методов. Из них, у 102 (33,2%) пациентов диагностированы глиомы 1-2 степени анаплазии, у 136 (44,2%) - 3 степени, у 69 (22,6%) - 4 степени. В 21 (6,8%) случае, из всех пациентов, выполнено повторное оперативное лечение: 2 (9,5%) больным выполнена декомпрессивная трепанация черепа в связи развившимся отеком головного мозга и дислокацией, 2 (9,5%) - выполнена декомпрессивная трепанация в связи удалением внутримозговой гематомы, 3 (14,3%) ликвородренирующей операцией по поводу интравентрикулярной геморрагией, 14 (66,7%) пациентам выполнялось повторное удаление опухоли на этапе госпитализации.

Ближайшие результаты оперативного лечения в двух группах оказались следующими: улучшение - 269 (87,6%) наблюдений, без перемен - 17 (6,8%), ухудшение - 21 (5,6%). Послеоперационная летальность в этой группе составила - 1,6% (5 больных). Общее состояние по ШК в среднем 58 баллов.

Выводы.

При определении прогноза и выбора тактики хирургического лечения глиом больших полушарий целесообразно распределять больных на две группы в зависимости от клинических проявлений компенсации или декомпенсации внутричерепных объемных соотношений. Критерием отбора должна быть шкала оценки общего состояния Карновского.

Щедренок В.В., Могучая О.В., Себелев К.И., Попова М.Ю.
ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России
г.Санкт-Петербург, Россия

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ МОРФОМЕТРИИ ДИСЛОКАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Цель исследования. Оптимизация протокола мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с количественной оценкой степени выраженности поперечной и продольной дислокации головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ).

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 120 пострадавших с тяжелой ЧМТ. Преобладающее большинство составили лица мужского пола, средний возраст - 39,5±6,4 лет. Наиболее часто травма получена в результате ДТП (72%). Лучевое исследование выполнено на МСКТ Aquilion 64 и Aquilion 16 фирмы Toshiba.

Результаты и их обсуждение. Для вычисления индекса поперечной дислокации головного мозга оценивали уровень нарушения сознания (G) по шкале комы Глазго в баллах, объем (V) патологического образования в см^3, величину смещения срединных структур (D) в мм и поперечный размер обоих боковых желудочков (L) на уровне середины прозрачной перегородки в мм. Затем вычисляли индекс поперечной дислокации I_d по формуле:

I_d=(V:3+3xD):(G+L).

При значении индекса I_d менее 0,6 операция не была показана (19 наблюдений - 15,8%). При I_d от 0,7 до 1,2 выполняли в экстренном порядке малоинвазивную операцию с удалением компримирующего субстрата (14 наблюдений - 11,7%). При I_d от 1,3 до 3,5 предпринимали экстренную операцию с удалением субстрата, вызывающего поперечную дислокацию, в сочетании с костной декомпрессией и размерами трепанационного окна не менее 7x7 см (38 наблюдений - 31,7%). При I_d более 3,5 производили экстренную операцию с удалением субстрата, вызывающего поперечную дислокацию, в сочетании с расширенной костной декомпрессией и размерами костного окна размерами не менее 7x10 см с подвисочной декомпрессией и расширенной пластикой твердой мозговой оболочки (49 наблюдений - 40,8%).

Среди вариантов продольной дислокации выделяли височно-тенториальную и аксиальную дислокацию с ущемлением ствола в большом затылочном отверстии (БЗО). Визуализация вклинения на уровне вырезки мозжечкового намета наиболее информативна во фронтальной проекции и определяется путем отношения крючка гиппокампа и парагиппокампальной извилины к свободному краю вырезки мозжечкового намета (патент на изобретение РФ N 2503410). При смещении крючка гиппокампа и парагиппокампальной извилины медиально под свободный край вырезки мозжечкового намета на 1-2 мм степень височно-тенториального ущемления ствола головного мозга считали умеренной, при вклинении обоих медиальных отделов височных долей на глубину 3-4 мм - выраженной и при вклинении на глубину более 5 мм - значительной.

Для определения степени аксиальной дислокации измеряли площадь БЗО S1, которое у каждого взрослого человека имеет свои неизменные индивидуальные костные размеры. Затем измеряли площадь сместившихся в БЗО миндалин мозжечка S2 с обеих сторон и суммировали их. Вычисляли коэффициент ущемления ствола головного мозга (K) в БЗО по формуле:

K = S2:S1x100%.

При значении K до 20% степень ущемления считали умеренной, от 21 до 30% - значительной и более 30% - выраженной (патент на изобретение РФ N 2508047).

Выводы.

Включение в протокол МСКТ-исследования морфометрического количественного определения дислокации головного мозга у пострадавших с тяжелой ЧМТ позволяет выделить три степени: умеренную, значительную и выраженную. Это представляет возможность определить сроки и объем хирургического вмешательства, целесообразность использования мероприятий по созданию внутренней декомпрессии и размеры костной наружной декомпрессии в ходе операции, а также необходимость и интенсивность противоотечной терапии.

Якимова М.В.

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

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Большинство заболеваний, повреждений или дисфункций головного мозга сопровождается нарушением высших психических функций (ВПФ), выраженных в той или иной степени. Наличие нарушений ВПФ часто увеличивает тяжесть функциональных нарушений, приводит к эмоциональному дистрессу, мешает способности больного участвовать в реабилитации и повышает риск травматизации.

Знание нейропсихологических нарушений у больного весьма актуально для планирования и проведения реабилитационных мероприятий, прогноза возможности возобновления самообслуживания и профессиональной деятельности. Одной из самых востребованных областей нейропсихологической практики является реабилитационное направление, в рамках которого разрабатывается широкий спектр программ и методов восстановительного обучения, решаются вопросы скорейшего возвращения больных с повреждениями мозга к нормальной жизнедеятельности.

Цель исследования. Провести анализ нарушений ВПФ у пациентов с болезнью и повреждением головного мозга и оценить перспективы нейропсихологической реабилитации.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 60 пациентов, проходивших реабилитацию в ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России в отделении нейрохирургии. Из них: пациенты с травматической болезнью головного мозга составили 27 человек, в том числе 10 женщин и 17 мужчин, средний возраст - 34,1 (95% ДИ 30,3-37,9) года; пациенты с последствиями перенесенных инсультов - 27 человек, в том числе 9 женщин и 17 мужчин, средний возраст - 47,5 (95% ДИ 38,7-56,3) лет; пациенты с последствиями острых нейроинфекций - 6 человек, в том числе 4 женщины и 2 мужчин, средний возраст - 25,8 (95% ДИ 22,0-29,6) лет.

При обследовании использовали: нейропсихологическое блиц-обследование (Визель Т.Г.), которое охватывает наиболее значимые для нейропсихологического статуса фрагменты высших психических функций человека и обеспечивает интерпретацию полученных результатов со значительной степенью достоверности. Оценка результатов обследования проводилась по 4-х бальной системе (0 - нет нарушений; 1 - легкие нарушения; 2 - умеренные нарушения; 3 - выраженные нарушения).

Результаты исследования. Установили, что у 83% больных отмечены нарушения движений и действий, средний балл которых составил - 2,5 (95% ДИ 2,3-2,7). Выраженные речевые нарушения имеют - 69%, из них: 33% - дизартрия, 36% - моторная и сенсо-моторная афазия, где средний балл нарушений составил 2,7 (95% ДИ 2,3-3,0). Выраженные нарушения памяти - 65%, где средний балл нарушений составил 2,4 (95% ДИ 1,8-3,0). Гностические нарушения у 12% пациентов, где средний балл нарушений составил 2,6 (95% ДИ 2,2-3,0) и почти 90% составляют нарушения эмоционально-волевой сферы различной полярности: 28% (эйфория, мория) и 62% (дистимия, дисфория, эмоциональная лабильность и т.д.) - 2,1 (95% ДИ 1,5-2,7).

Выводы.

Патология высших психических функций затрудняет реализацию социальных связей, что приносит страдания пациентам. Требуется особое внимание уделять вопросу коррекции этих расстройств и нейрореабилитации данных больных. Содержание нейропсихологической реабилитации больного представляет собой комплекс психологических методов, направленных на расторможение инактивированных функций, а также на обеспечение ориентировки больного в средствах восстановления нарушенных ВПФ.

Якушин О.А., Новокшонов А.В.

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

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ

Травма позвоночника и спинного мозга является одной из сложнейших и актуальнейших проблем современной травматологии и нейрохирургии. Нарушения функций спинного мозга, вызванные частичным или полным разрушением анатомических структур в результате травмы, необратимы и ведут к тяжелой инвалидизации пациентов. Безусловно, только комплексное лечение с применением современных высокотехнологичных операций и своевременное оказание реабилитационной помощи пациентам с травмой позвоночника и спинного мозга существенно улучшает исход травмы и повышает качество жизни пострадавшего.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения больных с травмой позвоночника и спинного мозга в остром и отдаленном периодах.

За период 2008-2011 гг. в центре нейрохирургии ФГБ ЛПУ «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 двух и более этапов хирургического лечения. В 75,2% оперативное лечение проводилось с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники.

Поэтапное восстановительное лечение оперированным пациентам начинали проводить с 3-5 суток после стихания болевого синдрома в отделении реанимации и интенсивной терапии, и продолжал до окончания этапа стационарного лечения по индивидуально разработанным программам.

Ближайшие результаты комплексного лечения 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 (24,7%) пациентов, полное отсутствие динамики в неврологическом статусе, средний индекс по шкале Карновского - 37±6,3. У 58% 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.

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.presscafe.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Повреждения органов мочевыделительной системы среди травм других органов встречается в 1-3% случаев, характеризуются общим тяжелым состоянием пострадавших, выраженным болевым синдромом, обильным кровотечением, расстройством функции внутренних органов, расстройством мочеиспускания, что ведет к развитию осложнений, полиорганной недостаточности.

Работа основана на опыте лечения 177 пострадавших с повреждениями мочевыделительной системы при политравме, которые находились на лечении в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ». Пострадавшие были разделены на две группы. Первая группа (n=119) - пострадавшие с повреждением органов мочевыделительной системы при политравме. Вторая группа (n=58) - с вторичным повреждением почек вследствие тяжелого декомпенсированного шока. Эта группа пациентов была дополнительно разделена на 2-е подгруппы: исследуемую (n=28) и контрольную (n=30). Анализ контрольной подгруппы проводился ретроспективно.

Пациентам первой группы диагностические и лечебные манипуляции проводились в зависимости от оценки тяжести состояния, что позволило 28 (23,5%) пострадавшим ограничиться консервативными методами лечения, а у 4 (3,4%) пострадавших оперативное лечение проведено в срочном порядке после стабилизации состояния. Данный дифференцированный подход позволил оптимизировать хирургическую тактику лечения повреждений органов мочевыделительной системы.

Во второй группе у 28 (48,3%) пострадавших с вторичным повреждением почек с учетом дополнительных критериев заместительная почечная терапия проводилась в ранние сроки. Это позволило в данной группе пациентов уменьшить количество сеансов заместительной почечной терапии на 36,4%, сроков лечения в отделении реанимации на 21,4%.

Таким образом, лечение повреждений органов мочевыделительной системы при политравме, основанное на оценке тяжести состояния пострадавших и использование дополнительных критериев для проведения заместительной почечной терапии у пациентов с политравмой, позволяет улучшить результаты хирургического лечения, уменьшить частоту развития полиорганной недостаточности и снижению летальности более чем на 8,6%.

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

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИТРАВМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

Динамичное развитие хирургии постоянно предъявляет строгие требования к эффективному лечению послеоперационных гнойных ран. Результаты лечения гнойной инфекции зависят от системы комплексного лечения, включающего оперативное вмешательство (местное лечение), детоксикацию, антибактериальную терапию, стимуляцию естественной и иммунологической сопротивляемости организма и коррекцию морфофункциональных нарушений органов и систем (общее лечение).

Вакуум-терапия - это дополнительный метод лечения, использующий отрицательное давление для удаления экссудата из раны через герметичную повязку и специальную трубку, соединенную с контейнером. Главный эффект использования вакуум-терапии в гнойной хирургии - очищение раневой поверхности и стимуляция развития грануляций.

Цель исследования. Описать клинический случай использования вакуум-терапии (отрицательного давления) посредством специальных вакуумных повязок в комплексном лечении пациентки с политравмой, гнойно-некротическими ранами правой нижней конечности.

Материалы и методы исследования. Больная Г., 63-х лет, находилась на лечении в отделении хирургии пост N 2 ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» с 12.08.2013-30.09.13 гг.

Травма автодорожная за 13 суток до поступления, была сбита автомобилем. Первая помощь оказана в ГБ N 8 г.Белово, где проводилась первичная хирургическая обработка ран, скелетное вытяжение, пластика подколенной и бедренной артерий ксенотрансплантатом. На 8-ые сутки после травмы сформировались участки некрозов на голени, бедре и в подколенной области. Для дальнейшего лечения транспортирована на реанимобиле в противошоковом костюме «Каштан» в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ».

Диагноз при поступлении: Политравма. Гнойно-некротические раны правой голени. Открытый, оскольчатый, внутрисуставной перелом проксимальной трети большеберцовой кости со смещением, перелом большеберцовой кости в средней трети со смещением. Состояние после пластики подколеннобедренного сегмента справа ксенопротезом.

Поступила в тяжелом состоянии, которое было обусловлено последствиями перенесенной травмы, болевым, интоксикационным синдромом, наличием гнойно-некротических ран в области перелома.

После стабилизации состояния больной выполнена операция - хирургическая обработка гнойной раны правой нижней конечности с наложением вакуум-повязки.

Участки некроза кожи в области подколенной ямки и проксимальной трети голени иссечены в пределах здоровых тканей. Нежизнеспособные участки жировой ткани, фасции и мышц голени также иссечены. При ревизии дополнительных гнойных затеков не выявлено. Сосудистый протез окружен тканями, функционирует удовлетворительно. Рана обильно промыта раствором перекиси водорода, водным раствором хлоргексидина.

Метод наложения вакуумной повязки: по размеру раневого дефекта (25х15 см) была выкроена полипропиленовая губка толщиной 2 см, через которую проведены две дренажные перфорированные трубки, каждая из которой была присоединена к механическому низковакуумному отсосу (типа Редон) для создания активного дренирования. Губка была уложена на раневой дефект и укрыта герметизирующей повязкой.

Для создания дозированного отрицательного давления дренажные трубки с помощью стерильных наконечников соединяли с электрическим вакуумным отсосом. Оптимальным разрежением считали отрицательное давление в пределах 0,1-0,15 атм. (76-115 мм рт.ст.). Экспозиция воздействия вакуумом на поверхность раны составляла 5-7 мин. Этого было достаточно, чтобы, не форсируя события, санировать дефект мягких тканей, удалить некротизированные фрагменты, фибрин и гнойный экссудат через полипропиленовую губку. Проводилась активная вакуум аспирация каждые 3 часа по 7-10 мин в течение 72-х часов. Во время процедуры пациентка не испытывала болевых ощущений. Нежелательных эффектов таких, как избыточное врастание грануляций в гидрофильную губку, кровоточивость тканей при снятии повязки, пересыхание и некротизация тканей, реинфицирования не наблюдалось.

Результаты исследовани. На момент выписки размеры раневого дефекта уменьшились на 30% за счет краевой эпителизации. Рана чистая, активно гранулирует, перифокально отека и гиперемии нет. Сроки лечения гнойной раны составили 10 дней. Общий срок стационарного лечения составил 49 койко-дней. После проведенной комплексной терапии пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап лечения.

Выводы.

Применение вакуум-терапии в лечении гнойно-некротических ран у пострадавших с политравмой позволяет в минимальные сроки купировать воспалительный процесс, активировать процессы заживления ран и сократить сроки интенсивного этапа лечения.

Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В.
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОПОРОСПОСОБНОСТИ СТОП ПРИ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЯХ ОСТРОВКОВЫМ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Суровые климатические условия Кузбасса определяют особую актуальность проблемы холодовой травмой. В зимние месяцы больные с глубокими отморожениями составляют около 30% больных стационара. При этом на первом месте стоит поражение стоп с гибелью всех опорных ее точек. Эта проблема в неспециализированных отделениях чаще всего решается необоснованно высокой ампутацией конечности в пределах здоровых тканей, и, как следствие, приводит к инвалидизации пациента. Однако, лечение поражений, в области пятки оставаясь сложной задачей для пластического хирурга, вполне может быть решена другими путями. Эта область подвергается постоянно нагрузке, так как является опорной частью, и кроме того довольно часто предрасположена к травматизации. Кожа в этой области тонкая и имеет ограниченное кровоснабжение.

Существует много способов реконструкции утраченного кожного покрова в этой области, куда можно отнести свободную трансплантацию расщепленной кожи, пластику местными тканями, пластику лоскутами из отдаленных участков на временной питающей ножке, но их применение довольно ограничено и проблематично. Отсутствие периферического пульса, сахарный диабет, тромбоз периферических сосудов являются противопоказанием к применению пластики местными тканями. Концепция использования кожно-фасциальных лоскутов кровоснабжаемых за счет артериальной сети кожных нервов впервые была предложена Masquelet A.C. в 1992 году.

Одним из таких лоскутов является суральный лоскут на дистальной сосудистой ножке, включающей n.suralis, v.saphena parva. Кровоснабжение лоскута происходит за счет артериальной сети n.suralis от кожно-перегородочных перфорантов, которые идут от мало- и большеберцовой артерий в дистальной части голени. Кроме того, суральный нерв имеет внутреннюю артериальную систему, которая обильно анастомозирует с поверхностным сплетением, что обеспечивает надежное питание островкового лоскута на поверхностной суральной артерии с дистальным основанием. Доказанное аналогичное анатомическое строение питающей артериальной сети n.saphenus и v.saphena позволяет использовать этот сосудисто- нервный пучек в качестве сосудистой ножки для островковых лоскутов на дистальном основании.

Мы располагаем опытом использования нейроваскулярных лоскутов на дистальной сосудистой ножке у 8 пациентов с глубокими отморожениями стоп с поражением всех опорных точек в возрасте от 29 до 62 лет, все пациенты были мужчины. Всем пациентам с дефектом мягких тканей в пяточной области выполнялась пластика суральным лоскутом. В качестве предоперационного обследования, проводилась УЗДГ, для оценки артериального кровообращения сегмента, и состояния венозного кровотока в предполагаемом сосудисто-нервном пучке ножки лоскута. В данной методике использовался операционный микроскоп «Карл-Цейс Мовена» и набор микрохирургического инструментария.

Особенностью забора данного вида нейроваскулярных лоскутов является выделение сосудисто-нервного пучка с окружающими тканями. Ширина ножки должна составлять не менее 3 см. Точка ротации ножки «сурального» лоскута 7 см от верхушки наружной лодыжки. Размеры лоскутов варьировали от 4х5 см. до 8х10 см. Донорский дефект закрывали либо местными тканями, либо путем аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом. Все лоскуты прижились и обеспечили хорошие функциональные результаты восстановленного кожного покрова голени. В одном случае имелись признаки венозной недостаточности лоскута, с развитием фликтен. В двух случаях развился краевой некроз лоскута, не потребовавший дополнительного оперативного вмешательства. После заживления послеоперационных ран больные выписывались на амбулаторное лечение, а через 3-4 недели повторно госпитализировались для выполнения моделирования прижившего лоскута.

Предлагаемая методика позволила восстановить опороспособность конечности и сохранить трудоспособность у всех пациентов.

Альтшулер Е.М., Гнедь М.А.
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РАН ЛОКАЛЬНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Основными методами лечения ран, позволяющими создать условия для заживления, является адекватная хирургическая обработка, местное физическое, механическое, медикаментозное лечение, профилактика или купирование инфекционных осложнений. В настоящее время существует много современных решений, позволяющих направить развитие раневого процесса в нужное русло.

В ожоговом отделении МБУЗ «ГКБ N 2» г.Кемерово в течение последних 10 лет проводится лечение пациентов с острыми гнойными процессами и хроническими ранами различной степени бактериальной контаминации. С 2013 г. в арсенал лечебных мероприятий введена методика терапии ран контролируемым отрицательным давлением (NPWT), разработанная компанией «Хартман». В настоящее время научное обоснование получили следующие патогенетические механизмы воздействия пролонгированного отрицательного давления на рану:

1. Активное дренирование раны - постоянное удаление избыточного раневого отделяемого;
2. Эффективное поддержание влажной раневой среды, стимулирующей заживление;
3. Удаление биопленки и предотвращение ее образования на раневой поверхности;
4. Сокращение сроков бактериальной деконтаминации тканей раны;
5. Быстрое купирование локального интерстициального отека тканей;
6. Значительное усиление кровообращения в области раневого ложа;
7. Микро- и макродеформация тканей раневого ложа, стимулирующая пролиферацию тканей;
8. Уменьшение площади и/или объема раны;
9. Стимуляция роста полноценной грануляционной ткани посредством механизма раневой гипоксии;
10. Сокращение затрат на лечение;
11. Надежная профилактика экзогенной раневой инфекции;
12. Усиление эффекта системного медикаментозного лечения.

Метод предполагает использование следующих материалов:

1) источник отрицательного давления - вакуумный насос (Vivano Tek),
2) силиконовый перфорированный раневой дренаж, помещаемый в рану,
3) наполнитель для раны - (пенополиуретановая мелкопетлистая губка),
4) фиксирующая пленка.

Терапия локальным отрицательным давлением проводилась у 9 пациентов с наличием прогрессирующей хирургической инфекции. Патология представлена следующими нозологическими формами: диабетическая флегмона стопы, глубокая межмышечная флегмона голени, гнойно-некротический фасциит голени, вялогранулирующая рана стопы, обширная некротическая посттравматическая рана голени.

Использование метода позволило в первую очередь значительно облегчить пациентам послеоперационный период. Даже при наличии инфекционного процесса перевязки проводились через 2-3 дня, уменьшился болевой синдром

Объективно отмечено быстрое очищение раны, активный рост грануляционной ткани, быстрое замещение раневого дефекта, уменьшение размеров раны Это позволило в конечном итоге значительно сократить сроки стационарного лечения, и уменьшить медицинские расходы. Осложнений во время лечения не отмечено.

Таким образом, этот высокотехнологичный метод ведения раневого процесса позволяет снизить частоту возможных осложнений, значительно сократить сроки заживления раны, добиться оптимальных функциональных результатов, удобен для врача и комфортен для пациента.

Арестов А.В.
СПб ГУЗ Детская поликлиника N 19
г. Санкт-Петербург, Россия

НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ

Воспалительные заболевания параректальной клетчатки по данным литературы встречаются с частотой 0,5-0,7% случаев от общего числа пациентов детских хирургических отделений и составляют 2-7% встречаемости в структуре всех проктологических заболеваний (Басс М.М. с соавт., 1968 г.; Пулатов А.Т. с соавт., 1972 г.; Дульцев Ю.В. с соавт., 1981 г.; Ильин В.А. с соавт., 2005 г.; Никитина О.Н., 2008 г.). Более чем в 50% случаях гнойное заболевание околопрямокишечной клетчатки приходится на возраст от 1 месяца до 6 месяцев.

Типичные клинические проявления свищей при нормально сформированном заднем проходе могут быть различны. В частности, с рождения может наблюдаться точечное зияющее или прикрытое тонкой пленкой отверстие в области ануса, которое при воспалении может полностью открываться. В то же время существует вариант бессимптомного течения заболевания, когда отверстие первоначально отсутствует, а затем, с появлением воспалительной инфильтрации и выделений, проявляется типичная клиника свища. В представленном случае клиническая картинапараректального свища развивалась несколько необычно.

Мальчик от II-й нормально протекавшей беременности, срочных родов в головном предлежании. Вес при рождении 3900 гр., рост 56 см, Апгар 8/9 баллов. Из роддома ребенок выписан на 4 сутки. На грудном вскармливании, с 4-х месяцев прикормы. Прибавка в весе хорошая. Стул до достижения ребенком 1-го месяца был 4-5 раз в день, после месяца 2 раза в день. Стул желтого цвета, самостоятельный, при дефекации ребенок вел себя всегда спокойно. Уход за ребенком адекватный. Кожных и диспепсических жалоб не было. При осмотре ребенка хирургом в поликлинике в 1 месяц и 3 месяца хирургической патологии не выявлено. Хирургический анамнез со стороны родителей не отягощен.

В 4 месяца при проведении гигиенических процедур мама в области ануса ребенка выявила точечное отверстие. Ребенок вскоре после этого был осмотрен хирургом поликлиники. При осмотре выявлено отверстие диаметром не больше 2 мм спереди от ануса по ходу срединного шва промежности.Уплотнения параректальной клетчатки, воспаления кожи, выделений из отверстия свища не было, доступная осмотру глубина свищевого хода не больше 0,5 см. Ребенок направлен на консультацию в стационар к проктологу.

Было рекомендовано наблюдение в динамике. В возрасте 6 месяцев ребенок осмотрен хирургом поликлиники и при осмотре при сдавливании мягких тканей вокруг свища впервые получено не больше 1 мл гнойного содержимого. Инфильтрация мягких тканей вокруг свища была незначительной, воспаления кожи вокруг не было, температура была нормальной, диспепсических явлений не было. Ребенок повторно был направлен в стационар для консультации проктолога, было рекомендовано плановое оперативное лечение.

Басалаева Н.С., Васильева В.Е., Ефимова Т.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Цель исследования. Изучение этиологической структуры возбудителей гнойно-септических инфекций у пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. За период 2013 г. от пациентов с флегмонами, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии, было исследовано 124 образца

раневого отделяемого. В 7% образцов микрофлора не выделена, в 45% - возбудители выделены в монокультуре, в 48% - выделены ассоциации микроорганизмов. Всего идентифицировано 193 штамма аэробных, факультативно-анаэробных и облигатных неспорообразующих анаэробных микроорганизмов. Идентификация проводилась стандартными бактериологическими методами и с помощью бактериологических анализаторов «Multiscan-Ascent»(Финляндия) и «VITEK 2-compact (Биомерье, Франция).

Результаты исследования. Согласно литературным данным, при флегмонах челюстно-лицевой области лидирующее место в этиологической структуре микропейзажа раневого отделяемого принадлежит неспорообразующим анаэробным микроорганизмам. Однако, диагностика анаэробных инфекций в условиях клинических лабораторий имеет определенные трудности, которые связаны как с забором, транспортировкой биоматериала, так и с идентификацией микрофлоры.

В связи с вышесказанным, по результатам нашего исследования, доминирующее положение занимают микроорганизмы рода Streptococcus, в основном, являющиеся представителями резидентной микрофлоры ротовой полости и верхних дыхательных путей составляющие в общем объеме исследования - 61% (95% ДИ=53,88-68,06). Из них 37,5% - β-гемолитические формы, патогенный стрептококк серогруппы А (Str. pyogenes) выделен из 13% образцов. Стрептококки гр.viridans (α-гемолитические формы) были причиной гнойно-септических процессов в 32% случаев. В 30,5% исследуемых образцов были выделены штаммы стрептококков, не обладающие гемолитическими свойствами.

Удельный вес анаэробных микроорганизмов в структуре всех возбудителей составил 22% (95% ДИ=16,16-28,26). Грамположительная анаэробная микрофлора выделялась в 68,5%, грамотрицательная анаэробная микрофлора - 31,5% (Prevotella, Fusobacterium, Bacteroides). Грамположительные анаэробные кокки (Peptostreptococcus, Anaerococcus) составляли 54,1%, грамположительные анаэробные палочки (Propionibacterium, Actinomyces, Eubacterium) - 45,9%.

Удельный вес стафилококков - 13,5% (95% ДИ=8,99-19,11), в т.ч., S. aureus - 3,2%.

На долю представителей семейства Enterobacteriaceae и бактерий рода Enterococcus приходится по 1,5% (95% ДИ=0,32-4,48), P. aeruginosa - 0,5% (95% ДИ=0,01-2,85).

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в структуре возбудителей раневых инфекций у пациентов с флегмонами в отделении ЧЛХ преобладает микрофлора, колонизирующая поверхности слизистых оболочек и кожных покровов челюстно-лицевой области. Наибольшее значение имеют бактерии рода Streptococcus, преимущественно обладающие гемолитическими свойствами, и облигатная неспорообразующая грамположительная анаэробная микрофлора.

Белоконев В.И., Пономарева Ю.В., Насибян А.Б., Вострецов Ю.А., Ковалева З.В., Бабаев А.П., Мелентьева О.Н., Гуляев М.Г.

Кафедра хирургических болезней N 2
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Самара, Россия

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

В настоящее время накоплен достаточно большой опыт лечения больных с грыжами способами протезирующей герниопластики. На основании нашего 17 летнего опыта можно сделать заключение о дальнейших перспективах ее применения. Однако динамическое наблюдение за больными в течение этого периода показало, что и у них возможно развитие рецидива грыжи. Анализ причин их возникновения имеет важное практическое значение для разработки комплекса мер по профилактике и лечению.

Цель исследования. Улучшить результаты протезирующей герниопластики путем анализа причин развития рецидива заболевания у больных после операций с использованием синтетических протезов.

Материалs и методы исследования. Проведен анализ лечения 69 больных с рецидивами грыж после протезирующей герниопластики. Среди них были: 31 пациент с послеоперационной

вентральной грыжей, 24 - с рецидивной паховой, 4 - с рецидивной пупочной, 10 - с рецидивной переднебоковой грыжами. У 58 пациентов техника первичных операций была известна, так как они были выполнены в базовом лечебном учреждении, где при вентральных грыжах использовали способы комбинированной пластики по 1 или 2 варианту. При паховой грыже выполняли пластику по способу Лихтенштейна или его комбинацию комбинированным способом. В анализируемую группу вошли 11 пациентов с вентральными грыжами, которым операции были выполнены в других лечебных учреждениях. Способы пластики у данной категории больных изначально были неизвестны. Возраст больных колебался от 28 до 78 лет. Мужчин было 28, женщин - 41.

Результаты и их обсуждение. У 20 пациентов после операций комбинированным способом рецидив ПВГ возник по нижнему контуру фиксации протеза без каких-либо клинических проявлений и имел ограниченный характер. Все рецидивы заболевания были выявлены при активной диспансеризации. У 4 из них рецидив грыжи обнаружен спустя несколько месяцев после первичного грыжесечения. Во время повторной операции установлено, что его причинами были технические погрешности выполнения комбинированного способа пластики. У 2 - были использованы капроновые нити для фиксации протеза, у 2 (гиперстенического телосложения) - протез был подшит по нижнему контуру край в край, что привело к его отрыва от тканей. У 5 - рецидивы возникли через год после первичного вмешательства вследствие выявленных морфологических изменений в тканях передней брюшной стенки, имевших место еще до первичной операции. Доказательством служили результаты гистологического исследование тканей передней брюшной стенки, забранных из зоны развивщегося рецидива. У 11 больных рецидивы появились спустя 2 года после операции. Подробный анализ причин показал, что они страдали ожирением, сахарным диабетом, получали лучевую и гормональную терапию.

В группе пациентов, оперированных в других клиниках по протоколу комбинированным способом пластики, у 5 возник полный рецидив с миграцией протеза в брюшную полость, с образованием вокруг него инфильтрата и развитием хронической кишечной непроходимости. Это свидетельствует о том, что протез был имплантирован под апоневроз, что является серьезной технической ошибкой. У 3 больных причиной рецидива после протезирования была натяжная пластика при грыжевых воротах около 10 см, укрепленная протезом в позиции on lay, у 3 - в позиции in lay при грыжевых воротах более 10 см.

Из 24 пациентов, оперированных по поводу рецидива паховой грыжи, у 12 - причинами были малые размеры протеза со смещением его по верхнему либо по нижнему контуру. У 8 - рецидив возник в окне синтетического протеза вследствие его больших размеров. У 4 - он был обусловлен реакцией тканей брюшной стенки на имплантируемый материал после многократных вмешательств в этой зоне. Это самая тяжелая категория пациентов, решение вопроса о радикальном лечении которых, дело будущего.

После 4 операций по поводу пупочной грыжи, причиной рецидива, возникающего по верхнему контуру протезирующей пластики, мы считаем неустраненный на первом этапе диастаз прямых мышц живота, так как верхняя граница дефекта была образована апоневрозом белой линии живота, а нижняя - протезом.

У 5 пациентов после операций по поводу переднее-боковой грыжи клинически рецидив был обусловлен только релаксацией мышц передней брюшной стенки без образования грыжевых ворот. У 5 - возник рецидив по типу «запонки», когда апоневроз наружной косой мышцы живота был сохранен, а под ним располагался грыжевой мешок, выходящий через грыжевые ворота, образованными мышцами брюшной стенки.

Таким образом, проведенное исследование показало, что рецидивы после протезирующей пластики у 63,8% больных обусловлены несоблюдением техники операции, у 13,4% - грубыми морфологическими изменениями тканей в зоне грыжевых ворот и реакцией окружающих тканей на протез с развитием вокруг него воспаления, у 15,9% - наличием сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ожирение, предшествующая лучевая и химиотерапия), у 7,2% - имел место ложный рецидив, обусловленный релаксацией боковых мышц живота.

Белоконев В.И., Жаров А.В., Бабаев А.П., Пономарева Ю.В., Вавилов А.В.
Кафедра хирургических болезней N 2
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Самара, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНОЙ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ

Среди многочисленных способов лечения пациентов с бедренной грыжей не выделены варианты операций, применение которых показано при сложных вариантах патологии.

Цель исследования. Разработать способ операции для лечения больных с грыжей при выраженных патологических изменениях в зоне бедренного канала.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 119 больных с бедренной грыжей. Мужчин было 30, женщин - 89. Возраст пациентов колеблется от 20 до 99 лет. Из общего числа 69 (58%) пациентов были оперированы по поводу ущемления в экстренном порядке, 50 (42%) - в плановом порядке. Среди них 17 (14,3%) пациентов оперированы паховым, 88 (73,4%) - бедренным, 14 (11,8%) - лапаротомным (при ущемленной грыже) доступом. При этом применяли следующие способы пластики пахового канала: по Руджи Парлавеччо - у 10 (8,4%), по Бассини - у 88 (73,4%). У 7 (5,9%) пациентов использование традиционных способов было невозможно из-за выраженных патологических изменений в зоне бедренного канала, что потребовало разработки нового способа операции (Патент на изобретение N 2445002. «Способ лечения паховых и бедренных грыж» от 8 июня 2009 г. Авторы Белоконев В.И., Вавилов А.В., Жаров А.В., Пономарева Ю.В., Нагога А.Г.)

Результаты и их обсуждение. Из общего числа больных у 7 (5,9%) применение традиционных подходов, направленных на закрытие бедренного канала, было невозможно из-за выраженных в нем патологических изменений тканей. Это выражалось в больших размерах бедренного канала, в отсутствии вследствие атрофии надкостницы лонной кости, в разволокнении апоневроза наружной косой мышцы живота и пупартовой связки, что делало невозможным закрытие бедренного канала с помощью местных тканей. Попытки их использования приводили к еще большему разволокнению апоневроза и это при том, что вторая точка фиксации - надкостница лонной кости отсутствовала.

Применение нового способа пластики при лечении больных способствовало решению данной проблемы. Суть способа состоит в том, что бедренный канал закрывали синтетическим протезом из полипропилена, который имел не овальную, а сложную форму с дополнительным выступом по нижнему краю медиальной стороны. Операции выполняли паховым доступом. После вскрытия пахового канала и выделения семенного канатика, в медиальном углу над зоной бедренного канала (кнаружи расположена бедренная вена) надсекали поперечную фасцию, что позволяло изнутри оценить состояние надкостницы лонной кости и жимбернатовой связки.

Во время пластики предварительно подготовленный протез помещали вдоль паховой связки, а выступ укладывали за поперечную фасцию и лонную кость, перекрывая при этом изнутри наружное отверстие бедренного канала. Протез по нижнему контуру фиксировали к пупартовой связке, а участок с выступом - к верхней ветви лонной кости с помощью двух-трех обвивных лигатур, при проведении которых использовали специальное устройство (Патент на полезную модель N 95248 «Устройство для проведения лигатуры» от 5 мая 2009 г. Авторы Белоконев В.И., Жаров А.В.), позволяющее обойти верхнегоризонтальную ветвь лонной кости, не прибегая к расширению к ней доступа по нижнему краю. Верхний край протеза, после создания окна для семенного канатика, пришивали к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота изнутри. Над протезом сшивали края апоневроза, при этом семенной канатик располагали в подкожной клетчатке. Операцию завершали установкой дренажа в подкожной клетчатке, сшиванием краев кожи и подключением дренажа по вакуумному аспиратору. Все больные, оперированные данным способом, перенесли операцию, интра- и послеоперационных осложнений не было.

Выводы

Среди больных с бедренной грыжей следует выделять пациентов с выраженными

патологическими изменениями в зоне бедренного канала, у которых выполнение операции традиционными способами не возможно.

Применение предложенного способа пластики бедренного канала позволяет выполнить операцию у больных со сложными бедренными грыжами.

Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Пономарева Ю.В., Вострецов Ю.А., Бабаев А.П., Ларина Т.В., Гуляев М.Г.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»
ГБУ «Самарская городская клиническая больница N 1 им. Н.И.Пирогова»
г.Самара, Россия

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Жидкостные образования после грыжесечения при УЗИ выявляются у 35-100% больных (Белянский Л.С. с соавт., 2007 г.; Ступин В.А. с соавт., 2009 г.). Многие авторы склонны считать их специфическим осложнением операций с использованием синтетических эндопротезов расположенных в позиции «onlay». Другие исследователи не рассматривают их как осложнение до тех пор, пока пациент не предъявляет жалоб. Лечение сером предполагает их пункцию (Галкин В.Н. с соавт., 2008; Ахматов Ж.А. с соавт., 2008 г.) и повторную операцию при их инфицировании с формированием псевдокапсулы (Федоров И.В. с соавт., 2007 г.). Такое осложнение принято называть сформированной кистой или серомой. Однако с патоморфологической точки зрения киста (серома) предполагает наличие в ней эпителиальной выстилки. Противоречия в понятиях потребовали углубленного исследования данного вопроса.

Цель исследования. Изучить патоморфофологию жидкостных образований в послеоперационной ране у больных после грыжесечения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 408 больных с вентральными грыжами. Объектом исследования были ткани брюшной стенки иссеченные во время повторных операций у 12 (2,94%) пациентов, у которых герниопластика местными тканями и с использованием синтетических протезов осложнилась жидкостными образованиями с формированием капсулы четко определяемой при УЗИ. Из стенок полостного образования забирали фрагменты тканей, которые фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. После проводки и заключения в парафин, изготавливали серийные срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивали геатоксилин - эозином, по Ван-Гизон, а затем изучали с помощью светового и конфокального микроскопа.

Результаты и их обсуждение. У больных с осложнениями во время операций макроскопически в подкожной клетчатке послеоперационной раны определяли полостное образование с неровными перегородками, содержащее серозно-геморрагический или серозно-гнойный с фибрином экссудат. Микроскопически стенка полости были представлены плотной фиброзной капсулой без эпителиальной выстилки, покрытой фибриновыми наложениями, которые располагались в том числе и на некотором расстоянии от ее поверхности. В стенке капсулы определялась очаговая, местами диффузная лейкоцитарная инфильтрация, разрастание грануляционной ткани с большим количеством многоядерных гигантских клеток типа инородных тел. Исследование на конфокальном микроскопе в проходящем свете выявило значительные изменения в жировой ткани, прилежащей к капсуле полостного образования. Это выражалось в том, соединительнотканные перегородки между жировыми дольками были неодинаковой толщины, на значительной площади истончены и разрушены, были лишены клеточных элементов. Вокруг них располагались полнокровные сосуды с явлениями стаза крови в них.

Такие же сосуды были и в поверхностных слоях фиброзной капсулы, обращенных к полости, содержащей геморрагический экссудат. На этих участках отмечено геморрагическое пропитывание

тканей в виде скопления эритроцитов, расположенных между элементами соединительной ткани.

Описанные морфологические изменения в полостных образованиях подкожной клетчатки обнаружены у всех пациентов с подобными осложнениями, как при пластике местными тканями, так и с применением синтетических протезов.

Выводы

Результаты морфологических исследований показали, что причиной образования остаточных полостей в подкожной клетчатке со скоплением в них жидкости - экссудата является следствием нарушения кровоснабжения глубоких слоев (ниже поверхностной фасции) подкожной клетчатки, вследствие ее отслойки при мобилизации на значительной площади от поверхности апоневроза при отсутствии ее плотного к нему прилегания после операции. Полостные образования в подкожной клетчатке мы наблюдали как при использовании синтетических протезов, так и после пластики местными тканями, поэтому связать их появление только с эндопротезированием в позиции onlay нет никаких оснований. В этой связи полостные образования в подкожной клетчатке целесообразно называть не сформированной кистой, а псевдокистой, подчеркивая тем самым, что она носит воспалительный, а не истинный характер.

Беляев М.К.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ГЕМАНГИОМЫ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ: ЛЕЧИТЬ ИЛИ НАБЛЮДАТЬ?

Диагностика и лечение гемангиом до сих пор остается актуальной проблемой хирургии детского возраста. Способность к быстрому не контролируемому росту и рецидивированию свидетельствует о том, что гемангиомы являются сложной ангиогенетической проблемой. Несмотря на существенные успехи, связанные с применением различных методов лечения данной патологии, в ряде случаев результат не оправдывает ожидания.

Цель исследования. Определить тактику и выбор более эффективных методов лечения гемангиом в зависимости от клинических форм, размеров, течения и возраста.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 2000 по 2012 гг. пролечено 906 больных с гемангиомами различной локализации в возрасте от 7 дней до 17 лет. Из общего количества больных мальчики составили 326 (36%), девочки - 580 (64%).

По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 месяцев - 71 (7,8%), от 3 до 6 месяцев - 188 (20,8%), от 6 до 9 месяцев - 203 (22,4%), от 9 до 12 месяцев - 187 (20,7%), от 1 года до 2 лет - 107 (11,8%), от 2 до 3 лет - 79 (8,7%), от 3 до 5 лет - 37 (4,1%), от 5 до 10 лет - 23 (2,5%), старше 10 лет - 11 (1,2%). По клиническим формам больные распределились следующим образом: капиллярная гемангиома - 754 (83,2%), кавернозная - 36 (4%), комбинированная - 116 (12,8%).

Опухоль может возникать и развиваться на различных областях тела, но чаще всего гемангиомы локализуются на волосистой части головы, лице, шеи, составляя - 75,8% (687 больных), у 123 (13,6%) пациентов на туловище и у 96 (10,6%) на других участках тела.

В практической работе мы использовали достаточно простую и удобную в обращении классификацию наиболее часто встречающихся гемангиом у детей, предложенную С.Д. Терновским (1959), дополненную формами для детей старшего возраста. Данная классификация весьма удобна для использования в работе, поскольку в достаточной мере определяет лечебную тактику.

Все больные получали криогенное лечение. Криовоздействие осуществляли с помощью аппарата заливного типа с температурой рабочей части - 160°С. Аппликаторы подбирались индивидуально, по форме и размерам приближались к гемангиоме и на 1-2 мм превышали ее диаметр. Экспозиция составляла от 10 до 40 сек для гемангиом кожных покровов, от 5 до 15 сек - для гемангиом слизистых оболочек. При крупных и обширных гемангиомах лечение проводилось в несколько сеансов. Повторные криовоздействия, если была в этом необходимость, проводили через 10-14 дней, после полного заживления. Иногда полного исчезновения

гемангиомы удается добиться через 2-5 сеансов, но при глубоком эндофитном росте опухоли может потребоваться и большее число вмешательств. С целью ограничения роста гемангиомы криовоздействие начинали с ее периферии.

Результаты лечения оценивались следующим образом. Хорошими результатами лечения гемангиом считались те, которые после криогенного воздействия не оставляли на коже заметного рубца, и цвет рубца, практически, не отличался от окружающих тканей. Такой эффект был получен у 93,7% пролеченных больных. К удовлетворительным результатам относятся дети, у которых после криогенного воздействия отмечалась атрофия кожи на месте гемангиомы или этот участок кожи был заметно депигментирован - 4%. Неудовлетворительного результата с отсутствием эффекта от лечения не было ни в одном случае. Однако у 21 (2,3%) пациентов с комбинированными гемангиомами достигнуто удаление только лишь накожной части гемангиомы.

При обширных опухолях, опухолях располагающихся в критических зонах, кавернозных гемангиомах необходимо сочетание различных методов лечения заболевания, включая оперативный, гормональный, рентгенологический и криогенный методы, соблюдая принцип этапности для достижения максимального косметического эффекта.

Использование новых малогабаритных аппликаторов позволило снизить затраты на лечение в 8-10 раз за счет перемещения лечебного процесса из стационара в поликлинику, уменьшить расходы азота в 5-10 раз по сравнению с крупногабаритными аппаратами медицинской промышленности.

Таким образом, криогенный метод лечения сосудистых опухолей у детей является радикальным при небольших и средних гемангиомах, при больших он может сочетаться со склерозирующей, гормональной терапией, оперативной коррекцией.

Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Бердинских А.Ю., Берестенников А.В., Удовиченко А.В.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г.Барнаул, Россия

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Актуальность. Острый панкреатит является тяжелым заболеванием органов брюшной полости и занимает третье место в структуре абдоминальной патологии - около 12,5%. Стабильно высокой остается летальность, а при развитии инфекционных осложнений панкреонекроза летальность достигает 85%. Одной из ключевых проблем является отсутствие точного алгоритма действий и единого подхода к лечению острого панкреатита на разных стадиях заболевания.

Цель исследования. Разработка оптимального диагностического и лечебного подхода при остром панкреатите, позволяющего в кратчайшие сроки и с максимальной достоверностью определить тактический индивидуальный план ведения каждого пациента с острым панкреатитом. Внедрение малоинвазивных технологий в работу хирургического стационара как наиболее достоверных и результативных в лечении острого панкреатита.

Материалы и методы исследования. В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи г.Барнаула в период с 2011 по 2013 гг. находились на лечении 390 пациентов с деструктивным панкреатитом (панкреонекрозом). Возраст пациентов колебался от 19 до 87 лет, из них лица трудоспособного возраста - 276 (70,8%) пациентов. Мужчин было 238 (61,0%), женщин - 152 (39,0%). У 173 (44,4%) пациентов был диагностирован инфицированный панкреонекроз, у 217 (55,6%) - стерильный панкреонекроз, в том числе у 73 (18,9%) пациентов диагноз стерильного панкреонекроза был установлен при диагностической лапароскопии.

При оценке тяжести состояния пациентов по интегральным шкалам (APACHE-II): до 8 баллов было 110 (28,3%) пациентов, от 8 до 13 баллов - 119 (30,4%), более 13 баллов - 161 (41,3%). Все пациенты получали комплексную терапию, включающую: инфузионную, антибактериальную, препараты снижающие секрецию поджелудочной железы, ингибиторы протеиназ, спазмолитики, противовоспалительные препараты.

В случае отсутствия положительного эффекта от проводимой консервативной терапии и по общепринятым показаниям 316 (81,0%) пациентам потребовалось оперативное лечение. 195 (50,0%) пациентов оперированы традиционными методами (лапаротомный доступ), 107 (27,4%) - с использованием малоинвазивных технологий, 14 (3,6%) - комбинированными методами.

Спектр малоинвазивных вмешательств у больных панкреонекрозом был следующий: оментобурсоскопия с дренированием сальниковой сумки - 47 наблюдений, видеолапароскопическая абдоминизация поджелудочной железы - 38, вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон парапанкреатической клетчатки при видеолапароскопии - 45, видеоретроперитонеоскопия с последующим дренированием забрюшинного пространства - 19, чрескожное дренирование острых жидкостных скоплений под УЗ наведением - 27.

По показаниям, в случаях билиарного панкреатита, выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха - 56 наблюдений, чрескожная чреспеченочная холангиостомия под рентгентелевизионным контролем - 12, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ наведением - 18. В последующем, части пациентам потребовались санационные этапные оперативные вмешательства, было выполнено 32 санационных видеооментобурсоскопии с некрсеквестрэктомией.

Результаты исследования. При анализе послеоперационного периода нами было отмечено более благоприятное течение у пациентов в группе оперированных малоинвазивными методами. Также достоверно отмечено снижение среднего койко-дня в данной группе на 14,2 дня. Применение малоинвазивных методик в лечении пациентов с острым панкреатитом позволило снизить летальность с 17,1% (2011 г.) до 14,9% (2013 г.).

Выводы.

Использование малоинвазивных технологий, таких как видеолапароскопия и видеоретроперитонеоскопия делает более достоверной диагностику при остром панкреатите, а также уменьшает количество традиционных («открытых») вмешательств.

Внедрение интервенционных технологий позволяет минимизировать количество осложнений при остром панкреатите и улучшить результаты лечения.

Применение малоинвазивных вмешательств особенно эффективно в ранние сроки течения заболевания.

Использование активной хирургической тактики с созданием адекватного дренажа в забрюшинной клетчатке с применением видеоэндохирургических методик позволяет сократить сроки нахождения пациента в стационаре и уменьшить летальность среди пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

Бомбизо В.А., Бердинских А.Ю., Яцын А.М., Рыжих А.Е., Малыхина Ю.Г.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г.Барнаул, Россия

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Актуальность проблемы. Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений много лет привлекает внимание отечественных и зарубежных исследователей. Важность проблемы возрастает, прежде всего, в связи со старением населения и увеличением мультиморбидности пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, составляющих основную и наиболее тяжело поддающуюся лечению группу. До сих пор не потеряла актуальности проблема определения лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях, включающая способы гемостаза, объема экстренных диагностических методик и определение показаний к оперативному лечению.

Материалы и методы исследования. Опыт краевой клинической больницы скорой медицинской помощи в лечении острых язвенных гастродуоденальных кровотечений является максимальным среди лечебных учреждений Алтайского края. За последние 20 лет количество гастродуоденальных кровотечений уменьшилось с 230 (1992 г.) до 119 (2012 г.), снизилась оперативная активность с 55,2% до 10,9%, но увеличилась летальность с 2,2% до 5,9%. Неудовлетворительный рост последнего показателя послужил поводом к разработке протокола лечения пациентов с данной

нозологией.

Технология оказания экстренной помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях сейчас проводится по комплексной схеме, включающей применение различных способов гемостаза.

Пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями тяжелой степени сразу поступают в операционную, где на операционном столе осуществляется интенсивная терапия, диагностика и оперативное лечение. Пациенты с кровотечением легкой степени доставляются в палату интенсивной терапии. Приоритетным в диагностике является незамедлительная оценка тяжести состояния пациента, оценка тяжести кровопотери по шкале ACS, прогнозирование рецидива кровотечения.

Объем исследований состоит в проведении экстренной лабораторной диагностики, включающей изучение системы гемостаза и выполнении ЭГДС в кратчайшие сроки после поступления пациента для уточнения источника кровотечения и определения дальнейшей тактики.

Приоритетным методом остановки кровотечения считаем эндоскопический гемостаз, осуществляемый различными способами (монометод, комбинированные методы). В настоящее время в краевой клинической больнице скорой медицинской помощи применяем следующие виды эндоскопического гемостаза: инфильтрационный, диатермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, гемоклипирование.

После завершения эндоскопического гемостаза лечение осуществляется ингибиторами протонной помпы, начиная с болюсного введения препарата.

В случае высокого риска рецидива кровотечения по решению консилиума проводится эндоваскулярная эмболизация сосудов.

Эндоскопический мониторинг осуществляется с интервалами 2-4, 6-12, 12-24 часа в зависимости от интенсивности кровотечения, используется классификация J. Forrest (1974). В обязательном порядке устанавливается назо-гастральный зонд до завершения эндоскопического мониторинга.

Экстренные оперативные вмешательства выполняются у пациентов с профузным продолжающимся кровотечением и геморрагическим шоком, с массивным кровотечением, для которого консервативные мероприятия, включая эндоскопический гемостаз, неэффективны, с рецидивом язвенного кровотечения в стационаре.

Объем оперативных вмешательств определяется клинической ситуацией, результатами экстренной лабораторной диагностики, степенью операционного риска и квалификацией хирурга. Пациентам с крайне высокой степенью операционного риска, а также при острых язвенных дефектах выполняется гастротомия или дуоденотомия и прошивание кровоточащего сосуда. При наличии хронической язвы и сравнительно низкой степени операционного риска показана резекция желудка с устранением источника кровотечения.

Результаты и выводы. Работа всех функциональных подразделений больницы скорой медицинской помощи в строгом соответствии с протоколом ведения пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями позволила сократить летальность с 5,9% до 2,4% в 2013 г.

Внедрение единого протокола оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями позволило оптимизировать диагностику и лечение на всех этапах. Своевременная оценка степени тяжести состояния и тяжести кровопотери, а также прогнозирование рецидива кровотечения позволило сократить количество рецидивов и проводить оперативное лечение в оптимальные сроки. Применение современных методов эндоскопического гемостаза и мониторинга минимизировало проведение традиционных расширенных хирургических вмешательств, что в большей степени благоприятно сказалось на ведении больных старческого возраста и с тяжелой сопутствующей патологией. Важно отметить, что использование эндоскопического гемостаза может рассматриваться, как временная мера перед вероятной неотложной операцией в течение 2 ч после поступления пациента.

Использование активной хирургической тактики при неэффективности комбинированных методов гемостаза позволила сократить летальность вследствие рецидивов кровотечения в стационаре.

Считаем целесообразным, разработку и внедрение протоколов ведения пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями в каждом хирургическом отделении, с характерными возможностями данного лечебного учреждения.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ЭКСТРАКЦИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ БРОНХОВ

Мы располагаем опытом лечения 61 пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой, осложненной аспирацией в нижние дыхательные пути инородных тел. Аспирированные субстраты относились к первой (семена), второй (зубные коронки), четвертой (фрагменты пищи и/или сгустки крови больших размеров) и пятой (зубной протез) группам по классификации Киллиана и Брюннингса (Н.Е. Черхяновская, 2004 г.) и локализовались в левой половине трахеобронхиального дерева (ТБД) (n=6 - 9,84%), в его правой половине (n=42 - 68,85%) и билатерально (n=13 - 21,31%).

При использовании фиброэндоскопов у 54 (88,52%) больных удалось удалить инородные тела из ТБД. У 7 (11,48%) для их экстракции выполнили комбинированную бронхоскопию с положительным результатом во всех наблюдениях. У 43 (70,49%) пациентов дистальнее места локализации инородного тела (правый верхнедолевой бронх, промежуточный, оба нижнедолевых и правый нижнезональный бронхи) эндоскопически констатировано нарушение бронхиальной проходимости за счет скопления патологического экспектората и/или жидкого желудочного содержимого.

Эндоскопическая картина изменений ТБД после удаления инородных тел соответствовала одно- или двухстороннему очаговому катаральному эндобронхиту 1-2 степени с положительными результатами хромобронхоскопии у 14 (22,95%) больных, свидетельствующих о поверхностном или глубоком повреждение слизистой бронхов. В 8 (13,11%) наблюдениях извлечение инородных тел (зубные коронки, зубные протезы) осложнилось развитием кровотечения менее 50 мл/сут.

Об эффективности эндоскопической экстракции инородных тел из ТБД, которые не сочетались с обтурацией дистальных бронхов (n=18), свидетельствовали достоверные изменения в клинической картине (изменение «нового» паттерна дыхания, улучшение аускультативной картины в легких) и кислородном статусе (увеличение парциального давления кислорода и насыщения им гемоглобина артериальной крови). У этих больных аспирация инородных тел не сопровождалась рентгенологическими симптомами повреждения легочной ткани.

При восстановлении проходимости дистальных бронхов, обтурированных жидким субстратом (n=43), констатированы достоверные положительные изменения в клиническом статусе (уменьшение хрипов в легких и улучшение проведения дыхания), в динамике показателей кислородного статуса (увеличение парциального давления кислорода и насыщения им гемоглобина артериальной крови), в рентгенологической картине (улучшение пневматизации легочной ткани) и в частоте встречаемости эндоскопических симптомов реобструкции, свидетельствующие о преимуществах использования визуально контролируемой направленной высокочастотной вентиляцией легких в режиме экспульсии (f=300 ц/мин, I:E=3:1, Рраб.=1,5 атм., однократная экспозиция на каждый бронх 3 генерации - не более 1 мин.) перед фиброоптическим трахеобронхиальным лаважем физиологическим раствором (однократная доза - не более 5 мл на каждый сегментарный бронх).

Манифестация аспирационной пневмонии согласно критериям Clinical Pulmonary Infection Score (1991) после проведения трахеобронхиального лаважа констатирована у 14 (66,67%) больных, при использовании высокочастотной вентиляции легких - у 7 (31,82%) ($p<0,05$).

Таким образом, дифференциация подхода к применению методов лечебной бронхоскопии при экстракции инородных тел ТБД обусловлена их эффективностью при деблокации пораженных бронхов и при профилактике аспирационной пневмонии. При этом констатирован приоритет использования визуально контролируемой высокочастотной вентиляции легких перед фиброоптическим трахеобронхиальным лаважем.

Володин В.В., Демидов Д.Г., Коперчак С.В., Шитов В.Г., Косьянов Д.В.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 2»
г.Кемерово, Россия

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

МБУЗ «Городская клиническая больница N 2» г.Кемерово с 1.02.13 г. осуществляет круглосуточный прием и лечение пациентов с хирургической инфекцией. В начале, имеющиеся организационные трудности, связанные с дефицитом площадей, создания изолированных палат для лечения пациентов с анаэробной инфекцией, в процессе работы были решены.

Цель исследования. Провести анализ лечения больных с хирургической инфекцией за 2013 г. для улучшения качества лечения.

Материалы и методы исследования. За истекший период за медицинской помощью, требующей хирургического лечения, обратилось 622 пациента. Из них госпитализировано лишь 303 (48,7%) пациента. Остальные (51,3%) пациенты относились к амбулаторной хирургии и не нуждались в госпитализации. Следует отметить, что большинство из этих пациентов были направлены в отделение хирургами поликлиник. Это создает дополнительную нагрузку на работу отделения (оформление медицинской документации, операции, рекомендации для амбулаторного лечения).

Основные показатели работы отделения следующие: поступило 303 пациента, выписано 287, средний койко-день составил 13, выполнено операций - 263, умерло 16, летальность общая составила 5,2%, послеоперационная - 6,2%.

Наибольшая летальность наблюдается у пациентов после ампутаций нижних конечностей на высоком уровне. Дистальные виды ампутации в группе с атеросклеротическим поражением сосудов выполнено у 13 пациентов, смертельных исходов нет. С высоким уровнем ампутации в этой группе пациентов летальность составила 24% (9 пациентов из 37).

В группе пациентов с диабетической гангреной нижней конечности послеоперационная летальность составила 31% (5 пациентов из 19). У пациентов с дистальными видами ампутации конечности смертельных исходов не наблюдалось. Следует отметить, что из всех пациентов, поступивших по экстренным показаниям, ранее обследовались у сосудистого хирурга лишь 25%.

Определенную сложность в лечении и организации санэпидрежима представляют пациенты с анаэробной, гнилостной инфекцией. Эта группа состоит из 12 пациентов: с некротизирующими флегмонами мошонки Фуринье - 2 пациента; гнилостной флегмоной верхних, нижних конечностей - 4 пациента; анаэробной гангреной конечностей, туловища - 6 пациентов.

Все пациенты из этой группы страдают наркотической зависимостью, вводили себе «соль» и прочие наркотики. Смертельный исход наблюдался нами у одного пациента с анаэробной гангреной бедра, туловища.

Существенную проблему вызывает экономическая составляющая гнойной хирургии. Согласно проведенного анализа экономическим отделом больницы, средняя стоимость лечения одного пациента с флегмоной составляет 17740 рублей, а затраты больницы составили 28350 руб. (-10616 руб.). Ампутация нижней конечности 31368 руб. и 61652 руб. (-30284 руб.) соответственно. Эмпиема плевры 46418 руб. и 54776 руб. (-8350 руб.) соответственно. Финансовые потери больницы по гнойной хирургии за 6 месяцев составили внушительную цифру - 2714002 рублей.

Выводы.

1. Необходимо повышать профессиональный уровень амбулаторных хирургов в разделе гнойной хирургии, это позволит уменьшить поток пациентов в стационар.

2. Широкая диспансеризация пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей, синдромом диабетической стопы с привлечением сосудистого хирурга позволит улучшить результаты лечения.

3. Требуется пересмотреть стоимость медицинской помощи (тарифы) пациентам с гнойными заболеваниями, создать рентабельность этого раздела хирургии.

Галиуллин Р.Н., Петрова О.М., Семенов А.В.
ММОЦ МБУЗ Городская клиническая больница N 13
г. г.Уфа, Россия

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

При перитоните, панкреонекрозе, острой кишечной непроходимости (ОКН) и тяжелой сочетанной травме в 30% случаев происходит значительное повышение внутрибрюшного давления, при этом у 5,5% таких пациентов развивается крайний вариант ИАГ в виде синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) (W. Ertel, O. Trentz - 2001 г.).

Исходя из выше сказанного нами определена цель настоящего исследования: улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом, осложненной интраабдоминальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 78 больных с острой хирургической абдоминальной патологией, находившихся на лечении в клинике с 2008-2010 гг. включительно, ведение которых осуществлялось согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму с учетом показателей ИАД и лактата крови.

В контрольную группу вошли 82 пациента с острой хирургической абдоминальной патологией, находившихся на лечении в клинике с 2008-2010 гг. включительно, ведение которых осуществлялось по стандартной методике.

В основной группе обзорная рентгенография выполнена у 68 (87,2%) пациентов, а в контрольной группе у 73 (89%) пациентов. Ультразвуковое исследование выполнено у 65 (83,3%) и 31 (37,8%) пациентов в основной и контрольной группе соответственно. Компьютерная томография у 34 (43,6%) и у 5 (6,1%) в основной и контрольной группе соответственно. Уровень лактата крови определялось только у 78 (100%) пациентов основной группы. Диагностическа лапроскопия в основной группе выполнено у 56 (71,8%) пациентов, а в контрольной группе так же у 56 пациентов (68,3%).

Широкое использование УЗИ, КТ, диагностической лапароскопии, определение лактата крови у больных основной группы позволило дооперационно установить точный диагноз, избежать неоправданной широкой лапаротомии, закончить оперативное лечение мининвазивными методами. Для определения степени эффективности хирургического лечения больных с панкреонекрозом ИАГ с использованием разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма мы провели анализ послеоперационных осложнений, летальности у больных основной и контрольной группы.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения в основной группе составили 14 (17,9%) пациентов, а в контрольной - 27 (32,9%). Послеоперационные осложнения в контрольной и основной группах имеют статистически значимые различия, $p<0,05$. Послеоперационная летальность в основной группе составило 11 (14,1%) пациентов, а в контрольной - 23 (28,1%). Послеоперационная летальность в контрольной и основной группах имеют статистически значимые различия, $p<0,05$.

Результатом использования разработанного нами лечебно-диагностичес-кого алгоритма ведения больных с панкреонекрозом осложненной ИАГ, явилось сокращение среднего времени прошедшего от момента поступления больного до операции с 36,6±1,75 ч в контрольной группе до 14,57±0,73ч ($p<0,01$) в основной, сокращение среднего количества койко-дней пребывания в стационаре с 17,7±0,25 в контрольной группе до 14±0,2 ($p<0,01$) в основной, а так же снижение показателей послеоперационных осложнений с 32,9% в контрольной группе до 17,9% ($\Phi=2,2$, $p<0,05$) в основной и послеоперационной летальности с 28,1% в контрольной группе до 14,1% ($\Phi=1,181$, $p<0,05$) в основной.

Выводы

Ведение хирургических больных с острой абдоминальной патологией, осложненной ИАГ и ИРС, согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму с учетом показателей ИАД и лактата крови, использование медикаментозных (антиоксидантных) и хирургических

методов коррекции ИАГ позволило сократить предоперационное время в 2,5 раза, среднее количество койко-дней пребывания в стационаре в 1,3 раза, снизить показатели послеоперационных осложнений в 1,9 раза и послеоперационной летальности в 1,7 раза.

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

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей составляет от 1-5% до 20% случаев. До настоящего времени летальность детей с абдоминальной травмой составляет от 10 до 14%. Политравма - наиболее тяжелая разновидность травмы, которая заключается в совокупности двух и более повреждений, одно из которых, либо их сочетание, несет непосредственную угрозу для жизни пострадавшего и является непосредственной причиной развития травматической болезни.

Трудность диагностики тяжести состояния и повреждений при тяжелой сочетанной травме живота 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, в том числе и для повреждения живота.

Важное значение для диагностики у данной категории пациентов имеют инструментальные методы, выполняемые сразу после клинического осмотра пациента. Наиболее информативным методом в настоящее время является видеолапароскопия, которая позволяет выбрать рациональную лечебную тактику, отказавшись иногда от широкой лапаротомии. Неоправданная лапаротомия нередко может привести к срыву компенсаторных возможностей организма и последующему летальному исходу.

Цель исследования. Анализ результатов лечения детей с повреждениями паренхиматозных органов при политравме.

Материалы и методы исследования. Основой нашего исследования является анализ результатов лечения 84 детей с абдоминальными повреждениями при политравме за период с 2000-2012 гг. Среди всех пострадавших мальчики составили 60,7% (51 человек).

Средний возраст пациентов 12,2±2,4лет. По шкале ISS, тяжесть политравмы составила 29,3±14,2. Анализ структуры и характера абдоминальных повреждений выявил, что наиболее часто отмечались повреждения паренхиматозных органов (печени, селезенки) - в 71,4% случаев (у 60 пациентов).

Комплекс проводимого обследования включал клиническую, лабораторную оценку, рентгенологические методы, УЗИ брюшной полости, диагностическую лапароскопию. Стандартная хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии, по показаниям лапаротомии, дренирование плевральной полости, стабилизация костных переломов при скелетной травме, наложение фрезевых отверстий при черепно-мозговой травме. Очередность хирургических вмешательств определяли локализацией доминирующей патологии. Проведен анализ осложнений и госпитальной летальности.

Результаты исследования и обсуждение. По нашим данным, количество больных с политравмой составило 8% от общего числа больных с травмами. Абдоминальные повреждения при политравме отмечались в 43,3%, из них повреждения паренхиматозных органов (печени, селезенки) отмечались - в 71,4% случаев (у 60 пациентов).

Причиной сочетанных повреждений в 14,3% (у 12 человек) случаях была кататравма , в 85,7% (у 72 человек) - дорожно-транспортное происшествие. Для диагностики повреждений использовали бригадный метод с привлечением реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов. По нашим данным, клинические проявления

внутрибрюшного кровотечения отмечались лишь у 17 пациентов (20,2%). Показатели «красной крови» при поступлении соответствовали нормы в 59,5% случаев (50 человек). Наиболее часто отмечалось повышение количества лейкоцитов - в 92,8% случаев (78 человек).

У пострадавших с политравмой, распознавание внутренних повреждений больше основывалось на данных объективных методов диагностики. Методом выбора является УЗИ органов брюшной полости. У 9 пациентов по нашим наблюдениям проводилось УЗИ брюшной полости. Из них у 2-х пациентов выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения, что явилось показанием для оперативного вмешательства, у 7 пациентов - повреждения передней брюшной стенки, что не потребовало оперативного лечения. Информативным методом является компьютерная томография (КТ) брюшной полости. Однако у детей возможности проведения КТ ограничены из-за возраста, так как требует анестезиологического пособия, а также необходимость транспортировки пациента в рентгенологическое отделение затрудняет возможность проведения противошоковой терапии, что невозможно у пациентов с нестабильной гемодинамикой.

По нашим данным КТ было проведено у 1 пациента с политравмой, у которого была выявлена гематома правой доли печени, что определило тактику консервативной терапии. Наиболее информативным методом считаем видеолапароскопию. Диагностическая лапароскопия первым этапом выполнялась у пациентов с доминирующей абдоминальной травмой и при сочетанной травме опорно-двигательного аппарата, а затем травматологами решался вопрос о возможности осуществления одномоментного остеосинтеза.

Диагностическая лапароскопия выполнялась вторым этапом в рамках одномоментных вмешательств после декомпрессионной трепанации черепа или торакоскопии (торакотомии). Лапароскопия нами была проведена у 75 пациентов (89,3%). У 26 (34,7%) пациентов лапароскопия явилась окончательным этапом оперативного вмешательства. При выявлении гематомы печени (1 ребенок) и селезенки (1 ребенок) в дальнейшем проводилось консервативное лечение под динамическим контролем УЗИ. У 1 пациента при проведении лапароскопии выявлен поверхностный разрыв нижнего полюса селезенки, без продолжающегося кровотечения, по поводу чего была проведена электрокоагуляция разрыва, с дренированием брюшной полости. Оперативного лечения в последующем не потребовалось.

Показанием для выполнения лапаротомии явилось наличие крови в малом тазу, в латеральных каналах с обеих сторон. У 49 пациентов (65,3 %) при проведении диагностической лапароскопии, выявлены повреждения паренхиматозных органов с продолжающимся кровотечением, что потребовало выполнения лапаротомии. У 1 пациента отмечалось сочетание повреждения печени с разрывом желчного пузыря , что потребовало дополнительно выполнения холецистэктомии. У 3-х пациентов отмечалось повреждение печени и селезенки. Данным пациентам проводилось ушивания ран печени и спленэктомия. При повреждении селезенки, по нашим данным, органосберегающие операции проведены в 21,0% случаев (у 4-х пациентов). Учитывая тяжесть состояния на момент поступления в стационар, 15 пациентам с политравмой была проведена спленэктомия.

Всем пациентам при повреждении печени и селезенки во время оперативного вмешательства проводилась аппаратная реинфузии крови. По нашим данным осложнения в послеоперационном периоде отмечались у 6 пациентов - развитие пневмонии. Средний койко/день составил - 27,9±2,2, в ОРИТ - 8,8±1,4 к/дней. Госпитальная летальность в анализируемой нами группе отмечалась у 4-х пациентов (4,8%).

Выводы.

Для определения хирургической тактики необходимо использовать комплекс диагностических пособий в зависимости от состояния пострадавшего. Видеолапароскопия дает возможность определить дальнейшую тактику лечения при повреждении паренхиматозных органов, отказавшись в некоторых случаях от выполнения срединной лапаротомии. При повреждении паренхиматозных органов при политравме у детей не исключается возможность выполнения органосберегающих операций.

Елгина С.И., Кронебергер Ю.Н.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ФАКТОРЫ РИСКА

Дисплазия шейки матки - атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы.

Целью исследования явилось выявление факторов, способствующих развитию дисплазии шейки матки.

Ретроспективно обследованы 2614 женщин в возрасте от 21 до 65 лет, у 108 из них обнаружена патология шейки матки; подтвержденная гистологическим исследованием дисплазия шейки матки выявлена у 18. Оценивался клинико-анамнестический статус, проводились: визуальный осмотр шейки матки с помощью зеркал, бимануальное, ультразвуковое, бактериологическое и цитологическое исследования; ПЦР диагностика на хронические инфекции и ВПЧ; кольпоскопия; биопсия шейки матки.

Длительность существования патологии шейки матки у обследованных женщин варьировала от 1 года до 30 лет, в среднем - составила 8,6±1,3 года. Картина жалоб, предъявляемых пациентками, была крайне разнообразна. Пять женщин беспокоили выделения из половых путей различной степени интенсивности, с различными характерологическими свойствами. Двух - контактные кровотечения. У четырех пациенток наблюдались боли во время менструации, одну - беспокоили боли при половой жизни. Две женщины предъявляли жалобы на нерегулярные менструации. Все женщины имели роды в анамнезе. Пятнадцать - медицинские аборты. Среди сопутствующих гинекологических заболеваний чаще других встречалась опухоли яичников (16,7%), миома тела матки (11,1%), воспалительные заболевания органов малого таза (5,6%), эндометриоз (5,6%), Четырем женщинам ранее неоднократно проводилось лечение шейки матки с применением диатермокоагуляции и/или конизации шейки матки. Использовали методы контрацепции 14 женщин, среди которых у 4 - была ВМС. Экстрагенитальную патологию имели 12 женщин, чаще других встречались: хронический гастрит (27,8%), хронический пиелонефрит (16,7%), заболевания щитовидной железы (16,7%).

При осмотре шейки матки в зеркалах выявлялись эктопия, рубцовая деформация и гипертрофия. У 14 (77,8%) больных констатировались признаки кольпита и эндоцервицита. При цитологическом исследовании только у двух женщин цитограмма была с наличием подозрительных на атипию, либо атипических клеток. При проведении пяти женщинам ПЦР диагностики на хронические инфекции у трех выявлены хламидии и уреаплазмы. Шесть женщин прошли исследование на ВПЧ высокоонкогенного риска, которое подтвердило наличие ВПЧ 16-го типа у трех, 18-го - у двух, сочетание 16 и 18 типов - у двух женщин.

Всем пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия. В 16 случаях была зафиксирована абнормальная кольпоскопическая картина, в виде эктопии шейки матки, мозаики, пунктуации, лейкоплакии, полипа цервикального канала, наличия йоднегативных зон, ацетобелого эпителия.

После санации влагалища и проведения курса антибактериальной терапии по поводу хронических инфекций всем женщинам выполнена биопсия шейки матки в сочетании с выскабливанием цервикального канала. Заключение гистологического исследования выявило наличие дисплазии первой степени - у семи, второй - у шести, третьей - у пяти женщин. Все женщины с дисплазией прошли консультацию онкогинеколога с подтверждением диагноза дисплазии в 83,3% случаев. У трех женщин с дисплазией третьей степени при пересмотре стекол диагноз был изменен на c-r coli uteri.

Таким образом, оценка клинико-анамнестических данных, специального, параклинических исследований у женщин с дисплазией шейки матки показала немаловажную роль в ее развитии, как локального воспалительного процесса, так и нарушений гормонального фона.

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ И ПОЛИПОВИДНЫХ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

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 неполиповидных и полиповидных на широком основании колоректальных неоплазиях.

Материалы и методы исследования. С 2007-2012 гг. удалено 367 неоплазий толстой кишки у 318 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 (2002 г.), для гистологической оценки - классификация P.S. Cotran (1995 г.). Степень дисплазии определялась в соответствии с критериями по R.H. Riddell (1990). Удаление неоплазий проводилось методом ЭРС «одним 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. Эндоскопический контроль проводился пациентам в 3, 6, 12 и 24 месяца.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 58,9±11,8 лет (27-89 лет). Мужчин было 145 (45,6%), женщин - 173 (54,4%). Среди 367 удаленных новообразований 119 (32,4%) были 0-Is типа, 201 (54,85%) - 0-IIa типа, 29 (7,9%) - 0-IIb типа и 18 (4,9%) - 0-IIa+IIc типа. Средний размер удаленных опухолей 18,7±14,8 мм (10-95 мм). В слепой кишке располагалось 49 (13,4%) неоплазий, в восходящей ободочной - 55 (15,0%), в поперечной ободочной - 51 (13,9%), нисходящей ободочной - 58 (15,8%), в сигмовидной ободочной - 96 (26,2%), в прямой кишке 58 (15,8%). ЭРС «одним блоком» удалось выполнить в 314 (85,6%, n=367) случаях, а «по частям» - в 53 (14,4%). При гистологическом исследовании удаленных опухолей в 339 (92,3%, n=367) случаях обнаружены аденоматозные полипы, в 23 (6,3%) - внутрислизистые аденокарциномы и в 5 (1,4%) - инвазивный рак. Аденоматозные полипы в 258 (76,1%, n=339) случаях имели низкую степень дисплазии (LGD - low grade dysplasia), а в 81 (23,9%) высокую степень дисплазии (HGD - high grade dysplasia). Среди осложнений ЭРС было 11 (2,9%, n=367) случаев кровотечений, из них 6 случаев при удалении опухоли «по частям» ($ч^2$=5,38, p=0,020). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Рецидив опухоли отмечен в 12 (3,3%, n=367) случаях, в среднем через 7,2±4,8 месяцев.

При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером неоплазии более 20 мм и резекцией «по частям», в то время как кровотечение и все осложнения были связаны с резекцией «по частям», размером опухоли более 20 мм и малигнизацией аденомы. С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером опухоли более 20 мм (ОШ: 5,8; 95% ДИ: 1,7-20,0; p=0,005).

Таким образом, эндоскопическая резекция слизистой при неполиповидных и полиповидных на широком основании новообразованиях слизистой толстой кишки является эффективной, безопасной процедурой с низким процентом осложнений и местных рецидивов. Размер опухоли более 20 мм являются независимым факторам риска развития осложнений.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
«Учалинская центральная городская больница» г.Учалы
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего последипломного
образования «Башкирский государственный медицинский университет»
г.Уфа, Россия

МЕТОД «ТРОЙНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ» СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

В последние годы в патогенезе опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО) все большее внимание уделяется совершенствованию методов ранней диагностики несостоятельности мышц тазового дна особенно у женщин, перенесших роды через естественные родовые пути. Имеющиеся данные о количестве диагностированных и недиагностированных травм мышц тазового дна после родов через естественные родовые пути остаются весьма противоречивыми, хотя в структуре показаний для оперативного лечения ОиВВПО занимают третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза. Диагностика несостоятельности мышц тазового дна (НМТД) затруднена отсутствием технологий ранней диагностикив связи, с чем разработка новых методов диагностики представляет на сегодня одну из актуальных проблем.

Цель исследования. Оценка эффективного тройного исследования состояния запирательной мышцы влагалища(ЗМВ) после родов через естественные родовые пути.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 68 пациенток, 40 рожавших (основная группа) и 28 нерожавших женщин (контрольная группа), анализ клинико-анамнестических данных выявил, указанные группы по возрасту, массе тела были сопоставимы. Критериями для включения в исследование явились: репродуктивный возраст и наличие в основной группе срочных родов через естественные родовые пути (не более двух), соответствующих нормальным родам по критериям ВОЗ; исключения - роды с диагностированными травмамимягких тканей родовых путей.

Обследование включало тройное функциональное исследование ЗМВ: компьютерное вагинотензометрическое исследование (КВТИ) по методу А.М. Зиганшин (2009 г.); электромиографическое (ЭМГ); ультразвуковоеисследования (УЗИ). Полученные результаты ЭМГ ЗМВ оценивались с показателями нормы,полученными исследованиями О. Ю. Фоменко (2007 г.) запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК), эхограммы сравнивались с нормальными данными М. А. Чечнева (2011). Информацияобрабатывалась компьютерной программой «БИОСТАТИКА».

Результаты исследования. В основной группе по результатам КВТИ ЗМВ выявило: отсутствовали изменения силы сокращенийу 30 (75%), снижение I-ой степени наблюдалось у 7 (17,5%), II-ой степени у 3 (7,5%) женщин, в контрольной группе сила соответствовала показателям нормы, характерным для неповрежденной ткани промежности. Данные ЭМГ ЗМВ в основной группе свидетельствовали о снижении фоновой и произвольной электрической активности у всех пациенток, в среднем составила 18,4±2,6 мкВ и 118±23,7 мкВ, в контрольной группе соответственно 25-39 мкВ и 137-189 мкВ, норма ЭМГ ЗАПК составила (31-50 мкВ) и (154-212 мкВ) соответственно. УЗИ ЗМВ женщин основной группы выявило у 28 (70%) женщин несоответствие анатомии мышц тазового дна норме, которое выражалось в уменьшении высоты сухожильного центра промежности у 24 (60%); уменьшении ширины ЗМВ у 22 (55%); появлении диастаза между ножками мышцы у 18 (45%), в контрольной группе картина эхограмм соответствовала нормальной анатомии ткани промежности.

Таким образом, проведение «тройного исследования» позволило выявить наиболее ранние признаки функциональной недостаточности запирательной мышцы нижней трети влагалища, что позволяет рекомендовать данный метод в практику врача акушер-гинеколога при диагностике несостоятельности мышц тазового дна у женщин перенесших роды.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
«Учалинская центральная городская больница», г.Учалы,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего последипломного
образования «Башкирский государственный медицинский университет»
г.Уфа, Россия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Проблема подростковой беременности, родов и послеродового периода у девочек-подростков на сегодня представляют одну из актуальных задач современного акушерства и гинекологии. Несмотря на значительный прогресс в мире достигнутый поснижению материнской и перинатальной смертности, количество беременности у подростков не имеет тенденции к снижению, в некоторых странах даже наблюдается рост. Согласно данным ВОЗво всем мире ежегодно более 15 миллионов родов из 135 миллионов случаев рождения живых детей происходит среди девушек-подростков.

Цель исследования. Выявление медико-социальных факторовриска, способствующих наступлениюподростковой беременности.

Материалом исследования послужили ретроспективные данные 120 историй родов у девочек-подростков в возрасте от 13 до 18 лет, в среднем14,9±1,6 лет. Статистическая обработка проведена с использованием компьютерной программы «БИОСТАТ».

Результаты исследования. Масса тела у девочек по формуле Кетле в среднем составила 46,8±1,1, при этом более чем у половины (53,1%) наблюдался дефицит массы тела. Изучение социального статуса выявило: состояло в зарегистрированном браке 68 (56,6%); в незарегистрированном 42 (35%); были одинокими 10 (8,4%) девушек. Более половины подростков, проживающих в незарегистрированном (гражданском) браке считали данную ситуацию приемлемой, так как оно предоставляло им возможность получать пособие на детей.

Среди вредных привычек более 45% девочек отметили курение, при этом курили периодически (около половины пачки сигарет в день и более) до беременности - 39 (32,5%), продолжали курить в период беременности - 19 (15,9%), не курили - 62 (51,6%) подростков. Пробовали употреблять алкоголь все подростки, употребляли периодически до беременности - 59 (49,1%), продолжали употреблять в период беременности - 29 (24,3%), отрицали употребление в период беременности - 32 (26,6%) девочек-подростков. Предохранялись от нежеланной беременности 102 исследуемых подростков, при этом практиковали прерванный половой акт - 55 (54%), пользовались презервативом - 29 (28,4%), использовали спермициды - 12 (11,7%), гормональную контрацепцию - 6 (5,9%) девушек-подростков. В группе гинекологических заболеваний наиболее часто отмечались расстройства менструального цикла - 38 (31,6%), воспалительные заболевания придатков - 19 (15,8%), эктопия шейки матки - 11 (9,1%), были здоровыми - 52 (43,5%).

В период беременности у подростков выявлена экстрагенитальная патология: заболевания мочевыделительной системы - у 40 (33,3%); воспалительные заболевания органов дыхания - у 32 (26,6%); желудочно-кишечного тракта - у 30 (25%); анемия - у 18 (15,1%). Беременность завершилась во всех случаях срочными, самопроизвольными родами в головном предлежании у 112 (93,3%), в ягодичном предлежании - у 8 (6,7%). Оперативным путем родоразрешены 32 (26,6%) девушек, показаниями явились: нарастающая внутриутробная гипоксия плода - 9 (28,1%), фетоплацентарная недостаточность тяжелой степени - 8 (25%); неэффективная терапия гестоза - 4 (12,5%). В послеродовом периоде наблюдались осложнения - у 25 (20,8%) родильниц: субинволюция матки - 13 (52%); послеродовый эндометрит - 7 (28%); лохиометра - 5 (20%).

Таким образом, устранение неблагоприятного влияния медико-социальных факторов риска на организм подростков позволит снизить развитие осложнений беременности, родов и послеродового периода у девушек-подростков.

Кадимова Ш.Г.
Кафедра акушерства и гинекологии II Азербайджанского Медицинского Университета
г.Баку, Республика Азербайджан

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В последнее время «качество жизни» как совокупный показатель состояния больного привлекает все большее внимание исследователей. Показатели качества жизни позволяют врачу следить за ходом лечения и прогнозировать его исход, оценивать результаты применения новых методов, а также клиническую эффективность различных фармакологических препаратов. Вместе с тем, именно качество жизни определяет успех лечения и прогноз заболевания.

Нами было проведено исследование качества жизни у 250 женщин в возрасте от 17 до 39 лет (средний возраст 27,98±5,3) с почечной патологией, в сроке 16-40 недель беременности, наблюдавшихся на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного дома N 5 им. Ш. Алескеровой. Эти женщины составили основную группу (I группа) обследованных с почечной патологией; дополнительно в качестве группы контроля (II группа) было взято 80 беременных пациенток в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст 24,57±0,7) без почечной патологии и клинических проявлений в анамнезе.

Анализ полученных нами результатов показал, что степень тяжести и контроль над заболеванием в значительной мере оказывают влияние на физическое, психологическое и социальное функционирование беременных. При этом средние показатели качества жизни беременных с почечной патологией (I группа) на основе самооценки были достоверно различны по сравнению с аналогичными средними значениями во II группе беременных ($p<0,05$).

Согласно полученным данным при сравнительном анализе беременных I и II групп также наблюдались статистически значимые различия в отношении всех критериев качества жизни ($p<0,05$). По всем 9 шкалам показатели качества жизни беременных I группы значительно превышали таковые у беременных II группы.

Полученные нами данные свидетельствуют, что все критерии, отражающие физический статус беременных, выявленные с помощью опросника SF-36, имели статистически достоверно более низкие уровни показателей по сравнению с контролем ($p<0,05$). При этом по критериям «физическая активность» (соответственно 89,0% и 47,3%, $p<0,05$), «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» (соответственно 75,6% и 42,8%, $p<0,05$), «телесная боль» (соответственно 90,1% и 45,0%, $p<0,05$), «общее здоровье» (соответственно 63,4% и 36,4%, $p<0,05$) у беременных I группы качество жизни страдает значительно более выражено.

Таким образом, все критерии физического статуса качества жизни достоверно снижены у беременных I группы ($p<0,05$). Эти беременные также демонстрировали высокую чувствительность к болевым ощущениям. Критерии, характеризующие психосоциальный статус беременных I группы, также в большинстве были ниже аналогичных средних контрольных значений ($p<0,05$).

При этом у беременных имело место снижение критериев «жизнеспособность» (соответственно 69,9% и 45,5%, $p<0,05$), «социальная активность» (соответственно 84,1% и 38,9%, $p<0,05$), «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (соответственно 77,3% и 39,5%, $p<0,05$), «психическое здоровье» (соответственно 75,8% и 36,1%, $p<0,05$), «сравнение самочувствия с предыдущим годом» (соответственно 61,0% и 40,1%, $p<0,05$).

Полученные индивидуальные характеристики качества жизни беременных с почечной патологией можно использовать для оценки эффективности проводимого лечения. Полный контроль за ведением беременных с почечной патологией положительно влияет на физические, социальные, психоэмоциональные составляющие качества жизни, приближаясь к качеству жизни здоровых лиц.

Кандауров И.Ф., Лопатин Д.Г., Вахрамеев И.Н., Хасанов А.З.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Хирургическое лечение хронической сочетанной патологии верхних дыхательных путей (ВДП) остается по настоящее время дискутабельным. Одни авторы считают, что необходимо проводить поэтапное лечение сочетанной патологии ВДП с учетом выраженности функциональных нарушений, возрастных особенностей и наличия тех или иных сопутствующих данной патологии общих заболеваний. Другие предлагают операции на околоносовых пазухах выполнять в один этап с реконструкцией перегородки носа и носовых раковин.

Целью исследования явился поиск рационального метода хирургического лечения хронической сочетанной патологии верхних дыхательных путей.

Под нашим наблюдением находилось 130 пациентов с сочетанной патологией ВДП, в возрасте от 16 до 70 лет, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении областного клинического госпиталя для ветеранов войн г. Кемерово. У всех пациентов диагностировано искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит, в сочетании стой или иной формой хронического синусита.

Продолжительность заболевания составляла от 3-х до 15 лет. Сроки наблюдения продолжались до года. Диагностика хронической патологии носа и придаточных пазух носа осуществлялась путем тщательного оториноларингологического обследования, выявления характерных субъективных жалоб, эндовидео-рино и фарингоскопии, рентгенологического обследования, в том числе КТ придаточных пазух носа. Под общим обезболиванием с использованием эндоскопической техники всем пациентам произведено одномоментное хирургическое лечение сочетанной патологии ВДП: коррекция внутриносовых структур (эндоскопическая септопластика с лазерной вазотомией либо радиохирургическойдезинтеграцией нижних носовых раковин), с последующей полисинусотомией в различных вариантах.

После операции проводилась тампонада полости носа. Для этого использовались гелиевые марлевые тампоны с гемостатической губкой, что позволяло легко их устанавливать и удалять, а также моделировать их размеры и форму. Тампоны из полости носа удалялись через сутки, а гемостатическая губка из полостей околоносовых пазух в зависимости от объема оперативного вмешательства на 3-5 сутки. Пациенты нуждались в ежедневном туалете полости носа в раннем постоперационном периоде. Всем больным назначалась антибиотикотерапия на 5-7 дней, антигистаминные препараты, изотонические и гипертонические растворы морской соли в виде спреев или капель, а в последующем местно топические стероиды в стандартных дозировках от 3 до 6 месяцев.

Оценка результатов оперативного вмешательства проводилась по следующим критериям: выздоровление - отсутствие объективных и субъективных симптомов заболевания отмечено у 57 (43,8%) больных, у которых патология носа протекала на фоне хронического гайморита; улучшение - исчезновение субъективных симптомов заболевания при сохранении некоторых объективных симптомов, установлено у 73 (56,2%) больных с хроническим полипозным полисинуитом. Состояние без изменений нами не выявлено ни у одного пациента.

Таким образом, наши результаты одномоментного хирургического лечения сочетанной хронической патологии ВДП позволяют рекомендовать этот способ как наиболее оптимальный, обеспечивающий длительный и стойкий клинический эффект.

Коваль О.А., Батискин С.А., Батраков А.М., Жатько О.В.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центрмедико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов»Минтруда России
г.Новокузнецк, Россия

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМ ДЕФЕКТОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Ежегодно в России выполняется 30-40 тыс. ампутаций конечностей по поводу облитерирующих заболеваний артерий. При этом высокими остаются и показатели летальности. По данным Нидерландского исследования, летальность в 30-дневный срок составила 5,2% у пациентов после транстибиальных ампутаций и 17,8% для трансфеморальных ампутаций. Выживаемость после ампутаций конечности также зависит от уровня ампутации конечности.

Цель исследования. Изучить продолжительность жизни среди умерших больных с облитерирующими заболеваниями артерий и диабетической ангиопатией в отдаленном периоде после ампутаций конечности на уровне бедра и голени.

Материалы и методы исследования. В исследование включены все умершие в отдаленном периоде пациенты (от года до пяти лет), которым в период 1998-2013 годов выполнены ампутации нижней конечности на разных уровнях по поводу критической ишемии. Минимальный период наблюдений составил 6 месяцев, максимальный - 161. Данные о смерти пациентов в отдаленный период были получены из базы данных МУ КМИАЦ и органов ЗАГС о жителях города Новокузнецка. В связи с этим были выделены пациенты, проживающие в г.Новокузнецке. Все пациенты были разделены на группы по основному заболеванию, в которых они также разделены в соответствии с уровнем усечения конечности.

Таким образом, сформированы 2 группы больных: с атеросклеротическим поражением артерий - I группа; диабетической ангиопатией - II группа.

Результаты исследования. Среди пациентов I группы в отдаленном послеоперационном периоде после ампутации голени умерло 96 больных, а после ампутации на уровне бедра - 62. Во II группе: на уровне голени - 78, а на уровне бедра - 15 пациентов.

Установлено, что из числа всех пациентов, страдающих атеросклерозом периферических артерий, после ампутации голени умерло: через один год - 19,8%, через два - 17,7%, через три - 8,1%, через четыре - 4,8%, через пять лет - 4,8%. После ампутации бедра умерло через один год - 27,4%, через два - 19,4%, через три - 18,6%, через четыре - 10,4%, через пять лет - 12,5%.

Из числа пациентов, страдающих диабетической ангиопатией, после ампутации голени умерло: через один год - 17,9%, через два - 20,5%, через три - 6,7%, через четыре - 6,7%. После ампутации бедра умерло через один год - 20,0%, через два - 33,3%, через три - 17,9%, через четыре - 15,4%, через пять лет - 6,4%.

Обсуждение. Показатели летальности в отдаленном периоде достигали максимума через один год и через два года после ампутации конечности во всех группах. При ампутациях на уровне бедра летальность была статистически достоверно выше, чем при ампутациях на уровне голени в обеих группах ($p<0,05$).

Выводы.

Таким образом, среди умерших больных в пятилетний период после ампутации нижней конечности при облитерирующих заболеваниях артерий большая часть умирает в течение первых 2-х лет. При этом после ампутаций на уровне бедра смертность выше почти в 2 раза.

Кожевников В.А., Елькова М.В.
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цель исследования. Улучшить результаты консервативного лечения обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей.

Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении Алтайской краевой клинической детской больницы за период с 2007 по 2013 гг. проведено лечение 162 детей с гемангиомами.

Результаты исследования. С обширной кавернозной гемангиомой пролечено 77 (47,5%) детей, с гемангиомой сложной локализации - 85 (52,5%). В основном заболевание встречалось у девочек: 110 наблюдений, что составило 67,9%. У больных с обширной комбинированной гемангиомой процесс встречался чаще в области головы, шеи - 45 (58,4%), в области грудной клетки, живота - 18 (23,4%), в области спины, на верхних и нижних конечностях - в 6 (7,8%) и 8 (10,4%) случаях соответственно. У больных с гемангиомами сложной анатомической локализации опухоли располагались в основном в области лба - 17 (20,0%), верхней и нижней губы - 15 (17,7%), носа - 11 (12,8%) больных.

С целью лечения патологии нами использовались следующие методы: криогенный, склерозирующий, и сочетание склеротерапии и криодеструкции. У 130 человек (80%) после сеансов криосклерозирующей терапии отмечался хороший клинический и косметический результат.

Выводы.

В лечении обширных комбинированных и гемангиом сложной анатомической локализации методом выбора является сочетание склерозирующей терапии и криодеструкции, что приводит к хорошему косметическому результату, сокращению сроков лечения, уменьшению числа наблюдений продолжающегося роста опухоли.

Колобова О.И., Симонова О.Г., Лещенко В.А.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
Алтайский диагностический центр
г.Барнаул, Россия

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «АНТИСТАКС»

Цель исследования. Уточнение роли эндотелиальной дисфункции в патогенезе варикозной болезни и возможности ее коррекции современным флеботропным препаратом антистакс.

Материалы и методы исследования. Обследованы 69 больных варикозной болезнью. У 35 больных (21 женщины, 14 мужчин 32,5±1,7 лет, с компенсированным и субкомпенсированным нарушением гемодинамики) и 22 клинически здоровых волонтеров в плазме крови проведена оценка показателей оксидантной системы - общей оксидантной активности, концентрации тиобарбитурат-реактивных продуктов спектрофотометрическим методом и антиоксидантной защиты по уровню в гемолизате эритроцитов общей антиоксидантной активности, активности супероксиддисмутазы и каталазы. Еще у 34-х пациентов (20 мужчин и 14 женщин в возрасте 37±1,8 лет, 28 с I-II степень, 6 с III степенью ХВН) определен уровень эндотелиального фактора роста (VEGF-A) плазмы крови, фактора роста фибробластов (FGF basic), эндотелина (endothelin 1-21) методом иммуноферментного анализа при длине волны 450 nm., из них в 33 наблюдениях в системном кровотоке из локтевой вены и в 21 - в регионарной

крови из большой подкожной вены, забранной интраоперационно. Полученные результаты сравнивали с данными из системного кровотока 11 клинически здоровых людей (5 мужчин и 6 женщин, 26,4±1,3 лет).

9 больных ВБ пролечены препаратом «Антистакс» «Boehringer Ingelheim» (средний возраст 31,1±1,5 лет), с оценкой в системном кровотоке показателей функции эндотелия до и после лечения.

Результаты исследования. У больных ВБ установлено повышение в плазме крови суммарного уровня свободных радикалов на 70% и конечных продуктов прекисного окисления липидов на 15%. На этом фоне в эритроцитах существенно снижался уровень общей антиоксидантной активности и внутриклеточной активности основных антиоксидантных ферментов - супероксиддисмутазы на 13% и каталазы на 40%. Приведенные данные характеризуют системный оксидативный стресс при ВБ вследствие недостаточности нейтрализующего эффекта антиоксидантных ферментов.

При исследовании уровня митогенных пептидов сосудистой стенки в системном кровотоке больных варикозной болезнью установлено повышение их плазменного уровня по сравнению с контролем у здоровых людей: фактора роста фибробластов в 2,7 раза ($p<0,01$), эндотелиального фактора роста на 13% ($p>0,05$). В оттекающей крови из большой подкожной вены, по сравнению с системным кровотоком, уровень эндотелиальных цитокинов оказался выше, чем в кубитальной вене: эндотелиального фактора роста на 22% ($p<0,02$), фактора роста фибробластов на 14% ($p>0,05$), эндотелина-1 на 50% ($p<0,02$). В регионарном кровотоке выявленная тенденция прослеживалась в период формирования варикоза вен, что указывает на роль указанных изменений в структурной перестройке венозной стенки.

Таким образом, у больных варикозной болезнью установлена гиперпродукция митогенных факторов сосудистой стенки, характеризующая наличие эндотелиальной дисфункции, обусловленной регионарными ортостатическими изменениями в венах нижних конечностей и представляющей оксирадикалиндуцированную реакцию сосудистой стенки на дистальную флебогипертензию и гипоксию тканей, возникающую у отдельных индивидуумов вследствие нарушения адаптации к физиологическим динамическим нагрузкам на нижние конечности, приводящую к ремоделированию вен и требующую целенаправленной медикаментозной коррекции.

Проведение антиоксидантной флеботропной терапии антистаксом сопровождается трехкратным повышением в системном кровотоке пациентов варикозной болезнью уровня веноконстрикторного пептида эндотелина-1 и уменьшением клинических признаков венозной недостаточности.

Красильников Г.П., Троегубов Д.В., Светикова Г.В.
МБУЗ «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СТРАДАЮЩИХ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

В последние годы отмечается увеличение частоты тяжелых форм острого пиелонефрита причиной которого являются нарушение пассажа мочи, общая генерализованная инфекция на фоне сниженного иммунитета. После однократной катетеризации мочевого пузыря у 26,5% пациентов развивается стойкая бактериурия (А.П. Красильников, 2001).

Целью нашего исследования явилось изучение частоты инфекции мочевыводящих путей у лиц пожилого возраста поступивших в урологическое отделение МБУЗ ГКБ N 2 г. Кемерово.

За период 2008-2013 гг. с нарушением пассажа мочи из нижних мочевых путей обратилось 265 мужчин и 25 женщин, средний возраст которых составил 63±5 лет. У мужчин при обследовании выявлено, что 204 человека страдали ДГПЖ; у 18 выявлена опухоль мочевого пузыря; у 39 больных после проведенной биопсии простаты выявлен рак предстательной железы; у 4 больных - нарушение функции спинного мозга. При обследовании у 8 женщин выявлено прорастание опухоли матки в паравезикальное пространство, мочевой пузырь со сдавлением устьев

мочеточников или шейки мочевого пузыря; у 10 - опухоль мочевого пузыря; у 4 - недержание мочи с явлениями цистита; у 3 женщин выявлены метастазы опухоли в позвоночник с нарушением функции тазовых органов.

Всем больным при поступлении, после курса антибактериальной терапии и перед выпиской проводился посев мочи на микрофлору. Наличие инфицированной мочи выявлено у 62,4% больных. Из посева мочи наиболее часто высевались Staphylococcus epidermidis (32,5%), Staphylococcus aureus (22,5%). В последние годы рост инфекции связан с неферментирующими грамотрицательными бактероидами. Среди представителей этой группы наибольший удельный вес и клиническое значение представляли бактерии Eschirichia coli (38%), Pseudamonas auruginosa (21%), Klebsiella pneumonia (31,4%), Proteus mirabilis (4,6%), Proteus vulgaris (3,8%) и др. Заслуживает пристального внимания выявление в посевах мочи грибковых инфекций. Частота кандидурии составила в среднем около 5%.

С целью создания оттока мочи из мочевого пузыря троакарная эпицистостомия выполнена 205 больным, из них было 199 мужчин и 6 женщин; катетеризация мочевого пузыря выполнена 64 мужчинам и 12 женщинам. С целью создания оттока мочи от почки одно или двухстороннее стентирование выполнено у 2 мужчин и у 5 женщин; перкутанная нефростомия у 15 больных. В основном это больные с прорастанием или сдавлением мочеточников опухолью. У большинства больных эти операции и манипуляции явились одним из этапов подготовки к радикальным операциям и носили роль санирующих операций. В последующем ТУР опухоли мочевого пузыря выполнено у 35 больных; ТУР аденомы простаты - у 117 больных; чрезпузырная аденомэктомия выполнена - у 19 больных.

Антибактериальная терапия включала в себя 2 антимикробных препарата, к которым были чувствительны высеваемые из мочи микробы. Чаще всего использовалась группа цефалоспоринов, группа фторхинолонов и метронидазол. Для усиления детоксикационной терапии и создания неспецифического иммунитета использовали в комплексном лечении квантовые методы гемотерапии - внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) и ультрафиолетовое облучение крови (УФО).

Таким образом, проведенные исследования показали, что у 62,4% больных с обструкцией мочевыводящих путей в посеве мочи высеваются микроорганизмы. Предварительная катетеризация мочевого пузыря увеличивает наличие бактериурии до 85,9%. Наиболее часто встречающимися штаммами микроорганизмов за последние 5 лет, в нашей клинике, стали неферментирующие грамотрицательные бактерии, стафилококки и грибы. Лечение больных с нарушением оттока мочи, осложненных инфекцией мочевыводящих путей должно быть комплексным и включать в себя ликвидацию нарушений оттока, рациональную антибактериальную терапию и современные методы детоксикации.

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Ротькин Е.А.

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

ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛООПАСНЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ

Огромное количество публикации уделяется профилактике развития тромбоза глубоких вен (ТГВ), разработаны схемы ведения больных, оценка риска ТГВ и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при хирургических вмешательствах. В тоже время увеличивается количество выявления ТГВ, верификация эмбологенных тромбов. Как следствие, профилактика ТЭЛА, минимизация последствий перенесенного тромбоза - посттромботической болезни (ПТБ) одни из важных задач хирургии.

Материалы и методы исследования. В центре охраны здоровья шахтеров за период 2000-2013 гг. оперировано по поводу эмболоопасных тромбозов в системе нижней полой вены 163 пациента. Мужчин - 91 (55,8%), женщин - 72 (44,2%).

Возраст больных от 21 до 85 лет, средний возраст 51 год. Левосторонняя локализация отмечена у 56 (34,3%) пациентов, правосторонняя - у 93 (57,1%) и, у 14 (8,6%) пациентов

отмечен двухсторонний тромбоз. Флотирующая верхушка тромба выявлялась в общей бедренной вене - 63 (38,7), в бедренной - у 48 (29,4%) пациентов, в подколенной вене локализация верхушки встретилась у 25 (15,3%) пациентов, в наружной подвздошной - у 9 (5,5%), подкожные вены - у 18 (11,0%).

Факторами риска была травма конечности, остеосинтез или протезирование суставов - 67 (41,1%), из них политравма - у 34 (20,9%), спинальная травма, черепно-мозговая и нарушение мозгового кровообращения - у 13 (7,8%), операции на органах малого таза и брюшной полости - у 13 (8,0%), онкология - у 10 (6,1%), осложнения варикозной болезни - у 26 (15,9%). Предшествующая хроническая венозная недостаточность отмечена у 110 (67,5%) пациентов.

Госпитализированы в стационар с диагнозом ТЭЛА 21 (12,9%) пациент. Диагноз был выставлен на основании клинической картины, лабораторных данных, УЗДС, по результатам ЭХОКГ, ЭКГ, рентгенографии МСКТ органов грудной клетки, Д-димера. Все пациенты оперированы в течение 24 часов с момента выявления тромбоза.

Показания для оперативного лечения пациентов служило:

1. наличие флотирующего тромба, рост тромба проксимально на фоне антикоагулянтной терапии в бассейне нижней полой вены;

2. ТЭЛА, при наличии тромбоза в бассейне нижней полой вены.

Выполнялись следующие операции:

1. при флотирующих тромбах в общей бедренной вене(ОБВ), наружной подвздошной вене (Нар.ПВ) при исходящем из поверхностной бедренной вены (ПБВ) 72 (44,2%) - венотомия, тромбэктомия из ОБВ, Нар ПВ, перевязка 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 - лигирование поверхностной бедренной вены рассасывающейся лигатурой ниже устья глубокой бедренной вены - 73 (44,8%);

3. при сафенофеморальных/сафенопоплитеальных тромбозах - 25 (15,3%) тромбэктомия из общей бедренной/подколенной вены, перевязка или флебэктомия БПВ/МПВ.

В послеоперационном периоде все пациеты получали антикоагулянтную 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-х до 6-и месяцев, флеботонизирующие препараты, компрессионный трикотаж 2 класса компрессии, курс сосудистой, дезагрегантной терапии 1 раз в 6 месяцев, динамика УЗДС через 3, 6, 12 месяцев, далее 1 раз в год.

В динамике на флебологическом приеме отслежены 92 (56,4%) пациента за период от 3 месяцев до 10 лет. Анализ лечения проводили на основании клинической картины по классификации CEAP. У 14 (15,2%) пациентов отмечена реканализация сосудов нижних конечностей с восстановлением клапанов глубоких вен, у 42 (45,6%) облитерация бедренной вены, коллатерализация кровотока. У данной группы пациентов отмечено купирование ХВН, отеков, болевого синдрома за период от 6 месяцев до 2 лет, что позволило ограничиться использованием компрессионного трикотажа и приемом флеботоников и дезагрегантов. У 36 (39,2%) отмечена реканализация с клапанной недостаточностью, клинически соответствовало категории С2-3 по классификации CEAP. У пациентов которым выполнена кроссэктомия, флебэктомия подкожных вен проявлений ХВН, осложнений не было.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 141 (86,5%) пациента. У 15 (9,2%) - осложнения со стороны послеоперационной раны: формирование инфильтрата, гематомы, лимфореи, что не потребовало повторных оперативных вмешательств, проводилось консервативное лечение. Летальных исходов, нагноения послеоперационных ран в послеоперационном периоде не было. Ретромбоз в раннем послеоперационном периоде у 7 (4,2%) пациентов.

Выводы.

1. При наличии флотирующего тромба дистальнее ОБВ показано лигирование бедренной

вены ниже сосустья с глубокой бедренной веной.

2. Тромбэктомия из ОБВ, Нар ПВ при флотирующих тромбах проксимальнее соустья БВ и ГБВ с перевязкой БВ - надежная профилактика ТЭЛА.

3.Активная оперативная тактика позволяет выполнить раннюю активизацию, сократить реабилитационный период.

4. Перевязка БВ рассасывающейся лигатурой позволяет минимизировать последствия посфлебитического синдрома, а в отдаленном периоде не ведет к выраженным явлениям ХВН.

Ларина Д.М., Шляпников М.Е.
ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Миниздрава России
г.Самара, Россия

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТЕЛА МАТКИ, СОЧЕТАННЫМИ С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА

На протяжении последних нескольких лет, проблема этиологии и патогенеза доброкачественных гиперпластических заболеваний тела матки остается в центре внимания специалистов акушеров-гинекологов. Научный поиск в данном направлении привел к тому, что на сегодняшний день, несколько нозологий (миома матки, внутренний генитальный эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия), ввиду достаточно высокой доли сопряженности патогенетических механизмов их развития, рассматриваются многими авторами как варианты клинического течения единого патологического процесса - доброкачественной гиперпластической болезни тела матки (ДГБТМ).

С целью выявления возможных этиологических и патогенетических связей ДГБТМ с инфекционными (как воспалительными, так и дисбиотическими) процессами влагалища, на данном этапе работы нами проведен сравнительный анализ гинекологического анамнеза у пациенток 2 групп:

- первая - сочетанное поражение репродуктивных органов (ДГБТМ+вагинальный дисбиоз, n=100),
- вторая - изолированное течение ДГБТМ (n=50).

В результате исследования выявлено, что в первой группе превалировали больные с внутренним генитальным эндометриозом различной степени выраженности (57%), у 24% женщин - эндометриоз сочетался с миомой матки (локализация и размер узлов варьируют), у 19% пациенток - с полипами эндометрия.

В 13% случаев диагностировано первичное или вторичное бесплодие, у 46% женщин - фиброзно-кистозная мастопатия и фиброаденомы молочной железы (13%), рак молочной железы в 1% случаев. Экстрагенитальная патология представлена ожирением II-III степени - 34%, гипотиреозом - 27%, аутоиммунным тиреоидитом - 5%, раком щитовидной железы - 2%, хроническим холециститом - 13% (в том числе калькуллезным, закончившемся холецистэктомией), хроническим панкреатитом - 17%, хроническим гастритом - 29%, хроническим циститом - 15%, хроническим пиелонефритом - 29%, ВИЧ-инфекцией (3 стадия) - 2%, хроническим вирусным гепатитом С - 4%, астенизацией - у 16%, хроническим тонзиллитом - 24% случаев.

Кроме того, хроническая никотиновая интоксикация отмечена у 56% женщин с ДГБТМ в сочетании с вагинальным дисбиозом, хроническая опиоидная интоксикация - у 2% женщин 1 группы. Анамнестически выявлены инфекционные заболевания половых органов: сифилис - 5%, гонорея - 4%, хламидиоз - 29%, уреаплазмоз - 46%, микоплазмоз - 32%, гарденеллез - 79%, ВПЧ-инфекция - 17%, ВПГ-инфекция - 39% случаев.

Методы контрацепции в данной группе больных представлены: ВМС - в 22%, КОК - 13%, барьерный метод - 23% и «прерванный половой акт» - 27% случаев, 15% - не предохранялись от беременности.

Проспективно выявлены: у 84% пациенток первой группы - Atopobium vaginae в сочетании с различными типичными представителями вагинальных дисбиозов - Ureaplasma urealyticum - у 37 пациенток из 84 (44%), Mycoplasma genitalium - у 17 из 84 (20%), Gardnerella vaginalis - у 19 из 84 (23%), Candida albicans - у 5 из 84 (6%), Trichomonas vaginalis - у 1

из 84 (1%), Chlamydia trachomatis - у 1 из 84 (1%), ВПГ - у 4 из 84 (5%) больных первой группы.

У пациенток с ДГЗТМ без дисбиотических вагинальных нарушений во всех 50 наблюдениях выявлена миома матки (количество, локализация и размер узлов варьируют), причем в 12% случаев в сочетании с полипом цервикального канала, в 32% случаев - хроническим метроэндометритом, в 6% - синдром преждевременного истощения яичников, в 4% - СПКЯ, в 2% - хроническим аднекситом в анамнезе.

Экстрагенитальная патология у больных 2 группы представлена: у 24% пациенток фиброзно-кистозная мастопатия, гипотиреоз - у 6%, НЖО II-III степени - 16%, хронический гастрит - 18%, хронический панкреатит - 14% пациенток. Инфекционная патология половых органов в анамнезе: хламидиоз - у 58% больных, уреаплазмоз - 32%, микоплазмоз - 24%, гарденеллез - 18%, ВПЧ - инфекция - 36% и ВПГ - инфекция - 2% случаев. Методы контрацепции у пациенток с изолировано протекающими ДГЗТМ представлены: ВМС - у 4% женщин, КОК - 22%, барьерный метод - 38%, «прерванный половой акт» практиковали - 64% пациенток.

Таким образом, анализ представленных данных позволяет констатировать различную структуру сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии у больных с ДГЗТМ в зависимости от их сочетания с дисбиотическими влагалищными процессами.

Лещишин Я.М., Плякин С.А., Старовойтов М.С.
МБУЗ «Городская больница N 1»
г.Прокопьевск, Россия

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Колостомия - распространенный хирургический прием завершающий широкий круг оперативных вмешательств на толстой и тонкой кишке, часто встречающийся в экстренной хирургической практике.

Осложнения характерные для данного оперативного вмешательства разнообразны и зависят от многих причин, частота их по данным различных авторов колеблется от 5,3 до 70,6% соответственно.

Наиболее частыми осложнениями являются нагноения парастомальной клетчатки - до 22%, параколостомические грыжи - 37%, эвагинация - 21,6%, рубцовые стриктуры колостом - 17,5%.

Для классификации осложнений используются различные характеризующие признаки, в основном время возникновения осложнений, подразделяя их таким образом на ранние (до 4-5 нед.) и поздние (позже 5 нед.). Отдельные авторы выделяют отсроченные осложнения.

К ранним постстомическим осложнениям, развивающимися в первые 4-5 нед. послеоперационного периода относят парастомические нагноения (абсцессы, флегмоны), дерматит, некроз стенки выведенной кишки, кровотечение, непроходимость, перфорация стенки кишки, эвентерация тонкой кишки у колостомы и т.д. Поздние постстомические осложнения включают в себя хронический параколостомический абсцесс, параколостомический свищ, ретракция колостомы, эвагинация прилежащего отдела кишечника через стому.

Данные осложнения описаны изолированно или, что значительно реже в сочетании друг с другом. Однако в известной нам литературе мы не обнаружили такого осложнения как эвентерация петель тонкой кишки через разрыв в стенке эвагинировавшей толстой кишки.

Приводим краткое описание двух клинических случаев с подобным осложнением.

1 случай:

Больная С. 1941 г.р поступила в санпропускник ГБ N 1 г.Прокопьевска 5.09.2012 г.

Жалобы при поступлении: боли в области кишечной стомы, выпадение кишки, через стому.

Анамнез болезни: около года назад оперирована в экстренном порядке по поводу опухолевой кишечной непроходимости (характер заболевания и объем операции пояснить не может, выписки отсутствуют). Сегодня приблизительно 20 мин назад упала с лестницы на живот. Почувствовала интенсивную боль в области стомы и обнаружила выпавшие на переднюю брюшную стенку петли кишки. Доставлена в сан пропускник бригадой ССМП.

Анамнез жизни: Туберкулез гепатит, венерические заболевания отрицает. Лекарственной аллергии нет. Перенесенные операции, помимо вышеуказанной, аппендектомия более 30 лет назад. Хронические заболевания: ИБС Стенокардия напряжения 2 ф.к. Гипертоническая болезнь 2 ст. риск 3.

Объективно: Общее состояние тяжелое за счет болевого синдрома. В сознании, контактна. Кожные покровы чистые телесного цвета. Питания повышенного. Дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны ясные ритмичные АД 100/60 ЧСС - 82 в мин. Язык влажный.

Живот мягкий, в акте дыхания не участвует. В правой подвздошной области расположен эвагинированный участок толстой кишки а также две петли тонкой кишки, эвентерировавшие на переднюю брюшную стенку. Резкая перифокальная болезненность. Перистальтика ослаблена. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Перитонеальные симптомы отсутствуют (детальный осмотр в условиях сан.пропускника затруднен вследствие беспокойного поведения пациентки).

Диагноз при поступлении: Закрытая травма живота. Эвентерация тонкой и толстой кишки через сформированное колостомическое отверстие.

Через 40 минут от момента госпитализации взята в операционную.

Операция: Устранение эвентерации, эвагинации, ушивание раны толстой кишки. «После дачи эндотрахеального наркоза и обработки операционного поля антисептиками выполнена обработка выпавших петель кишечника физиологическим раствором с добавлением перекиси водорода. Выявлен, что имеется эвагинация илеоцекального угла, разрыв стенки толстой кишки в продольном направлении на протяжении 4,0 см. от границы кожи размер дефекта около 3 см. С эвентерацией через него около 40 см. петель тонкой кишки. После обработки петель тонкой кишки растворами антисептиков и ревизии, повреждений не обнаружено, последние вправлены в брюшную полость. Выпота в брюшной полости нет, ограничена салфеткой через рану кишки. Эвагинированный участок кишки вправлен. Рана толстой кишки ушита однорядными узловыми швами, кетгутом. Контроль гемостаза. Счет материала - совпал. Ас. повязка.»

Диагноз после операции: Закрытая травма живота с эвагинацией илеоцекального угла, разрывом стенки толстой кишки в области верхнего края колостомы и эвентерацией петель тонкой кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Лечение: антибиотики: сультасин 1,5 г. - 2 р/д в/в, амикацин 1.0 в/м 1 р/д (7 сут).; анальгетики: кеторол 1.0х3 р/д в/м. (7 сут.).

Температура за период наблюдения нормальная 36,7-36,8°С. Энтеральное питание со 2 суток, 0 стол с 5 суток - стол N 4.

На 9-е сутки послеоперационного периода выписана в удовлетворительном состоянии, пассаж по стоме удовлетворительный, болей, воспалительных изменений в анализах нет. Рекомендована реконструкция колостомы в плановом порядке.

2 случай:

Больная Л., 1958 г.р. поступила в санпропускник ГБ N 1 г.Прокопьевска 21.01.2013 г.

Жалобы: на выпадение колостомы, волнообразные боли в животе, слабость, сухость во рту, тошноту рвоту.

Анамнез болезни: 6 лет назад оперирована - обструктивная резекция толстой кишки по поводу перфорации дивертикула. В последующем лапаротомия в отделении проктологии но стома не ликвидирована. Сутки назад после тяжелой физической нагрузки (поднимала мешок с картофелем) появились боли в области стомы, также со слов пациентки выпали петли кишечника, чтобы предохранить петли кишечника от загрязнения больная поместила их в стеклянную банку, через час появились волнообразные боли в животе, слабость тошнота рвота. Обратилась в СМП, доставлена в с/п ГБ N 1.

Анамнез жизни: Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Болезнь Боткина в детстве. Аллергии на лекарства нет. Прочих операций и травм не было. Хронические заболевания отрицает.

Объективно: Общее состояние тяжелое. В сознании. Адекватна. Контактна. Кожные покровы бледноваты, сухие, чистые. Питание умеренное. Дыхание везикулярное с обеих сторо, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные АД 130/80 ЧСС - 100 в мин. Язык суховат с серым

налетом. Живот подвздут в дыхании не участвует. В левой боковой области выпавшая в стому толстая кишка, на эвагинат одета стеклянная банка. При пальпации живот мягкий болезненный. Синдром Щеткина отрицателен. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика активная. Шума плеска четко не определяется. Поясничная область не изменена визуально. Синдром поколачивания отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточен.

Диагноз при поступлении: Выпадение колостомы. Острая кишечная непроходимость.

Данные обследования при поступлении:

- ОАК от 21.01.2013 г. Лейк - 18,0х109, Нв - 116 г/л. П-2, С-82, Л-15, М-1.
- Биохимия от 21.01.2013 г. глюкоза - 9,0 ммоль/л, мочевина - 3,8 ммоль/л, билирубин - 19,0 ммоль/л, амилаза - 131,0 Ед/л, АСТ - 48,0 АЛТ - 81,9 (N до 38).
- ОАМ от 21.01.2013 г. сл/желт, прозрачная, белок - 0,175 г/л, Лейк- ед, Пл.эп. - ед-но.

Рентгенография N 745 от 21.01.2013 г. - раздутые газом петли кишечника, уровней жидкости не определяются.

Через 2 часа от момента поступления взята в операционную.

21.01.2013 г. Осмотр в операционной: после дачи наркоза и снятия банки, детальный осмотр. В левой боковой области живота имеется эвагинированный участок толстой кишки около 10 см через ранее наложенную стому, отеком слизистой, участком перфорации, на расстоянии около 5 см от края кожи и размером 2,5 см, через который эвентерируют петли тонкой кишки.

Операция: Лапаротомия, вправление эвентерированного участка тонкой кишки, резекция участка толстой кишки со стомой, реконструкция колостомы.

Под ЭТН средне-срединная лапаротомия, в зоне колостомы выраженный спаечный процесс, разделен. Диаметр колостомического отверстия со стороны брюшной полости - 5 см участок тонкой кишки, 50 см, сдавлен между эвагинированной частью толстой кишки и брюшной стенкой, последовательно вправлен в брюшную полость, санирован растворами антисептиков, новокаиновая блокада - сероза яркая, перистальтика сохранена, перистальтика удовлетворительная. Резецирован участок толстой кишки, как непосредственно эвагинированный, так и прилежащий к стоме на протяжении 10 см. Проксимальный участок выведен в виде одноствольной колостомы. Дополнительно выполнена фиксация кишки внутрибрюшинно, ушит дефект по левому флангу. Санация брюшной полости. Гемостаз - сухо. Счет материала - совпал, Рана послойно ушита наглухо. Ас.повязка.

Дз: Эвентерация толстой кишки с перфорацией и эвентерацией петель тонкой кишки.

Лечение: инфузионная терапия до 2 л/сут кристаллоиды , реополиглюкин 200 мл /сут - 3 сут., антибиотики - Цефтазидим 2.0 в/в 2 р/д + метрогил 500 мг 2 р/сут - 7 сут., анальгетики кеторол 1.0 в/м 3 р/д 3 сут.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

В первые 4 суток субфебрильная температура максимум 37,4°С. Стома вскрыта на 3 сутки послеоперационного периода, функционирует адекватно.

В анализах крови без воспалительных изменений, умеренная амилаземия до 130 Е/л, анемия хроническая Нв - 106 г/л. Выписка на 10 сутки.

При анализе двух этих случаев нами выявлены сходные причины данного осложнения. Предрасполагающими факторами по нашему мнению служат диаметр и технические особенности формирования стомы. В экстренной хирургической практике с целью избежать контакта между стенкой выводимой кишки и подкожно-жировой клетчаткой, как правило, прибегают к наложению швов между кожей и брюшиной, что приводит к образованию узкой зоны фиксации кишки не способной противостоять внутрибрюшному давлению, что предрасполагает к эвагинации стенки кишки. При достаточном большом диаметре стомы, эвагинировавшая стенка кишки фактически формирует подобие грыжевого мешка. Производящим фактором в обоих случаях было резкое повышение внутрибрюшного давления, что по видимому привело к внедрению петли тонкой кишки в сформированный «мешок» и резкому повышению давления в нем и разрыву стенки эвагината.

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

ВЛИЯНИЕ ГЕМОТРАНСФУЗИИ НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

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 г.; Global Lower Extremity Amputation Group 2000 г.; Ephraim P.L., 2003 г.). Послеоперационная летальность при этом достигает 26% (Holdsworth R.J., 1997 г.; Золоев Г.К., 1999 г.; Кузьмин В.В., Бурлева Б.П., 2004 г.).

Усечение конечности на уровне бедра и голени является операцией с возможной значительной кровопотерей, что может потребовать, как в интра-, так и в послеоперационном периоде применения компонентов донорской крови для коррекции постгеморрагической анемии и нарушений свертываемости. Гемотрансфузия несет в себе риск инфекционных осложнений, а также может усугубить проявления сердечной, почечной недостаточности и вызвать синдром острого повреждения легких.

Таким образом, изучение влияния трансфузии компонентов донорской крови на госпитальную летальность при ампутации конечности представляет несомненный интерес.

Цель исследования. Изучить влияние гемотрансфузии на госпитальную летальность при ампутации конечности у пациентов с ЗПА.

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.

Результаты исследования. Гемотрансфузия потребовалась 142 больным (21,6%). После операции в стационаре умерло 56 (8,5%) пациентов.

Выявлено, что госпитальная летальность в группе больных, которым проводилась гемотрансфузия, составила 14,8%, а в группе пациентов без гемотрансфузии 6,8%. Таким образом, летальность у пациентов, которым проводилась гемотрансфузия, была в 2,2 раза выше, чем у больных без гемотрансфузии (p=0,003).

Выводы.

Необходимость в трансфузии компонентов донорской крови достоверно увеличивает госпитальную летальность при ампутации нижней конечности у пациентов с ЗПА.

Меховская Л.Ю.
Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЗАННЫ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА

Аденомиоз - одна из наиболее актуальных проблем в гинекологии, занимает в структуре гинекологической патологии третье место после воспалительных заболеваний органов малого таза и миомы матки. В последние годы аденомиоз все чаще рассматривают как совершенно особое заболевание. По данным ряда авторов, частота его составляет от 12 до 50%. Частота генитального эндометриоза составляет до 10-15% в общей популяции, 80% - у больных с синдромом хронических тазовых болей. Несмотря на многочисленность исследований этиология, патогенез и лечение данного заболевания продолжают оставаться предметом научных дискуссий.

Целью настоящего исследования было изучение ближайших и отдаленных результатов

болевого синдрома аденомиоза гормональным препаратом Диеногест, который относится к прогестинам четвертого поколения, сочетая в себе все свойства как производных норстерона, так и производных прогестерона, что делает его высокоселективным с мощным прогестагенным воздействием на эндометрий.

Обследовано 18 женщин с аденомиозом, возраст которых составил 19-42 лет (31±1,8).

Наиболее характерной жалобой, предъявляемой 18 пациентками, были боли внизу живота и в поясничной области, дисменорею отмечали 11 женщин, у 6 больных имело место бесплодие (первичное - у 4, вторичное - у 2), длительность его составляла от 1 года до 10 лет. Диспареунию отмечали 10 пациенток, у 8 женщин наблюдались межменструальные кровянистые выделения. Аденомиоз подтверждался данными клинической картины, бимануального исследования, УЗИ, гистероскопией и у части больных - лапароскопическим исследованием. Длительность наличия симптомов составляла от 6 месяцев до 13 лет. Ранее получали гормональную терапию прогестинами, аГНРГ, КОК 12 больных, остальные пациентки никогда не лечились по поводу аденомиоза.

Препарат Диеногест назначался в дозе 2 мг в сутки, независимо от фазы менструального цикла. Известно, что данный препарат оказывает мощное антипролиферативное, антиангиогенное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие. Болевой синдром, зарегистрированный у 18 пациенток до начала лечения, через 1 месяц значительно уменьшился. Межменструальные кровянистые выделения на фоне лечения прекратились у 6 женщин.

Ультразвуковое исследование через 3 месяца показало нормализацию структуры миометрия у 14 больных аденомиозом, улучшение отмечено у 16 больных, в 2 случаях существенных изменений не наблюдалось, кроме того у этих же пациенток отмечены кровотечения прорыва. Частота возникновения данного осложнения сопоставима с таковой при лечении другими прогестагенами и снижается по мере увеличения длительности терапии.

Таким образом, терапия препаратом, содержащим 2 мг Диеногеста (Визанна) предупреждает дальнейшее развитие болевого синдрома аденомиоза. Использование Визанны достоверно предотвращает и другие проявления аденомиоза. Данная терапия способствует уменьшению размеров матки и эндометриоидных гетеротопий, уменьшению менструальной кровопотери или аменорее, восстановлению регулярного менструального цикла, приводит к снижению или полному исчезновению болевого синдрома.

Ооржак О.В., Батталов И.М., Краснов О.А., Подолужный В.И., Лесников С.М.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 3 им. М.А. Подгорбунского»
ГУО ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»Минздрава России
г.Кемерово, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Актуальность исследования. Заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4-7%. Паховые грыжи составляют 80% всех грыж живота. Такое грозное и опасное осложнение как ущемление встречается у 10-17% грыженосителей. Среди экстренных операций грыжесечения занимают 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии.

Несмотря на своевременную, высококвалифицированную медицинскую помощь, количество осложнений и рецидивов грыж практически не уменьшается, в связи с преобладанием аутопластических методов без использования ненатяжной герниопластики сетчатыми протезами и видеолапароскопических технологий.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с ущемленными паховыми грыжами.

Материалы и методы исследования. Были изучены результаты ретроспективного исследования лечения 86 больных с ущемленными паховыми грыжами, которые находились на лечении в хирургическом отделении N 1 МБУЗ «ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского» в период с 2008 по 2012 год включительно.

Пациенты были разделены на три группы:

1. Контрольная группа (КГ): больные с ущемленной паховой грыжей, оперированные

с применением местных способов пластики - 48 пациентов (55,8%).

2. Основная группа (ОГ): больные с ущемленной паховой грыжей, оперированных с выполнением грыжесечения с пластикой сетчатыми протезами - 30 пациентов (34,9%).

3. Группа сравнения (ГС): больные с ущемленной паховой грыжей, которым были выполнены видеолапароскопические пластики с использованием герниопротезов - 8 человек (9,3%).

Результаты исследования. Наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось в КГ (n=48) - у 5 пациентов (10,41%). Хроническая боль в отдаленные сроки после операции чаще наблюдалась в ОГ (n=30) - у 4 больных (13,3%), в КГ - у 5 пациентов (10,41%). Наименьшая частота хронической боли отмечена после видеолапароскопического протезирования - 0%.

Рецидив заболевания в сроки до 3 лет, после пластики собственными тканями в КГ был выявлен у 4-х пациентов (8,3%), в ОГ - у 1 больного (3,3%). Рецидивов после видеолапароскопического протезирования не было.

Таким образом, наилучшие результаты оперативного лечения при ущемленных паховых грыжах достигаются при видеолапароскопическом способе протезирования.

Выводы.

1. Методы пластики с использованием местных тканей являются несовершенными и могут использоваться в редких случаях, в виду наибольшего количества послеоперационных осложнений.

2. Использование методов ненатяжной герниопластики с применением сетчатого протеза и метода видеолапароскопического протезирования позволяют добиться снижения частоты возникновения рецидивов.

3. Видеолапароскопический способ протезирования при ущемленных паховых грыжах является наименее травматичным и не сопровождается возникновением хронической боли и рецидивов в отдаленные сроки после оперативного лечения.

Падерин П.Л., Свешников А.А.
Курганская областная больница
г.Курган, Россия

МЕХАНИЗМ ИЗМЕНЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

ДГПЖ - наиболее частое заболевание у мужчин старшего возраста. Слово «доброкачественная» указывает на то, что метастазов не бывает. Термин «гиперплазия» означает, что происходит размножение клеток, в отличие от гипертрофии, то есть увеличения их объема. При этом заболевании в клетках предстательной железы (ПЖ), прилежащих к мочеиспускательному каналу (МК), образуется вначале узелок или узелки из соединительной ткани различных размеров и формы, давящие на него и поэтому вызывающие нарушения мочеиспускания (основной симптом заболевания), а также разнообразные осложнения, которые при больших размерах узлов и отсутствии лечения могут угрожать даже жизни больного.

Первые гистологически определяемые признаки гиперплазии обнаруживаются у 10% мужчин в 30-40 лет, а клинические симптомы появляются - в 40-50 лет. В 51-64 года они отмечаются у 25% мужчин, в 65- 68 лет - у 50%, в 75-80 лет - у 80%, а в более старших группах - у 85-90%. Руководствуясь этим, многие исследователи говорят о неизбежности этого состояния у всех мужчин.

В США от ДГПЖ страдают и обращаются к урологам за помощью ежегодно 8 млн. человек. На лекарства и хирургические операции американцы ежегодно расходуют 3 млрд. долларов.

В Германии в отделениях урологии такими больными занято 40% коек.

В связи с тем, что высокий уровень ДГПЖ приходится на мужчин с большой работоспособностью и огромным жизненным и интеллектуальным багажом, многих ученых интересует обстоятельный ответ на вопрос: какие факторы влияют на возникновение и развитие этого заболевания. Они уже убедились в том, что не влияет половая активность, сексуальная ориентация, употребление

табака и алкоголя, перенесенные воспалительные и венерические заболевания. Поэтому продолжается выяснение причин возникновения ДГПЖ, а также интенсивно изыскиваются новые методы лечения.

На протяжении 39 лет нами на самом современном диагностическом оборудовании изучалась уродинамика у больных ДГПЖ. На основании этих данных мы пришли к следующему суждению о механизме нарушений: ДГПЖ начинает развиваться из периуретральных желез.

Стимулирующим моментом для развития гиперплазии является возникающий в 40-50 лет дисбаланс половых гормонов: уменьшается концентрация общего и свободного тестостерона и увеличивается - эстрогенов за счет реакции ароматизации осколков андростендиона вследствие чего образуются очень активные эстрогены - эстриол и эстрон.

Это приводит к пролиферации клеток стромы, то есть к стромальной гиперплазии, а нарушение метаболических процессов в ткани ПЖ - к возникновению расстройств кровообращения в ПЖ и присоединению асептического воспалительного процесса. Увеличивается число цитоплазматических рецепторов, которые повышают функциональную активность клеток ПЖ. Происходит активация фибробластов, фибропластического фактора роста (bFGF) и пролиферация соединительной ткани ПЖ. Узлы гиперплазии по мере роста вытесняют и даже замещают нормальную ткань. Поэтому МК сдавливается, возникает дискоординация в работе мускулатуры МП и замыкательного механизма его шейки. Возникают функциональные расстройства мочеиспускания,

У пожилых мужчин с ДГПЖ вторичные структурно-функциональные изменения детрузора обструктивного характера усугубляются стрессорными (прямое катехоламиновое воздействие) и ишемическими (спазм сосудов) повреждениями гладкомышечных элементов МП. Эфферентным звеном стресс-реакции являются соответствующие волокна симпатических нервов и адренорецепторов.

Падерин П.Л., Свешников А.А.
Курганская областная больница
г.Курган, Россия

СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Клинические проявления заболевания довольно типичны и соответствуют 3 стадиям.

Первая стадия (компенсированная). Считается, что заболевание начинается в тот момент, когда мочеиспускание, особенно с наполненным мочевым пузырем (МП), перестает доставлять удовольствие. Затем слабее становится струя мочи, но МП опорожняется полностью. Первая стадия длится 1-3 года. В идеале мужчины должны обращаться к врачу именно в этот момент.

Вторая стадия (субкомпенсированная). В утренние часы появляются признаки нарушения мочеиспускания: часто приходится мочиться в 2-3 приема. Впервые появляется необходимость встать ночью 1-2 раза, затем иногда даже до 5-8 раз. Становится невозможным отсрочить мочеиспускание даже на короткое время. Количество мочи, выделяемое за один раз, уменьшается. Присоединяется чувство неполного опорожнения МП. По мере развития сдавления МК струя мочи становится отвесной, выделяется каплями. МП уже не способен адекватно функционировать и полностью не изгоняет мочу. Больной вынужден тужиться, что может привести к образованию грыжи или выпадению прямой кишки.

С течением времени эти симптомы нарастают. Из-за снижения тонуса детрузора в полости МП появляется остаточная моча. Появляется непроизвольное, неконтролируемое истечение мочи по уретре. Затем мышца (детрузор) МП значительно утолщается, образуется грубая складчатость, препятствующая притоку мочи из верхних мочевыводящих путей. Затем моча начинает выделяться непроизвольно вследствие переполнения МП (парадоксальная ишурия), застаивается в мочеточниках и почках. Присоединяются симптомы ХПН. Тонус детрузора настолько снижается, что иногда бывает недержание мочи во время сна вследствие произвольного расслабления наружного сфинктера уретры. Развиваются признаки нарушения функции почек:

сухость во рту, повышенная жажда и другие.

Постепенно наступает и атония мышечных волокон детрузора, они истончаются. Свободная от мышечных волокон часть стенки МП вытягивается, образуя мешки-ложные дивертикулы МП. Остаточная моча составляет 100-200 мл, а иногда до литра и более.

Хронический простатит, по данным разных авторов, сопутствует ДГПЖ в 55,5-70% случаев. Макрогематурия осложняет течение ДГПЖ в 15-18% случаев. Камни мочевого пузыря при ДГПЖ образуются вторично, вследствие нарушения опорожнения МП. Продолжительность второй стадии от 1 до 12 лет. Лечение во второй стадии при отсутствии эффекта от консервативных методов - оперативное.

Третья стадия (декомпенсированная). Из-за большого количества остаточной мочи МП сильно переполнен, растянут, и выступает над лобком. Больные испытывают сильные боли внизу живота. Моча выделяется тонкой струйкой. Это происходит вначале ночью, а затем и круглые сутки. Одновременно с этим появляются явления недержания мочи. Моча мутная или с примесью крови. Существенное изменение оттока мочи ведет к нарушению функции почек (почечной недостаточности).

Ухудшается самочувствие: развивается усталость, приходится делать перерывы для отдыха. Сон все время прерывается из-за необходимости бежать в туалет.

При отсутствии лечения через некоторое время начинают появляться признаки почечной недостаточности в виде головной боли, жажды, сухости во рту, слабости и раздражительности, появляется запах мочи в выдыхаемом воздухе.

Из общих симптомов наблюдаются слабость, плохой аппетит, анемия и запоры.

В третьей стадии лечение только хирургическое.

Падерин П.Л., Свешников А.А.
Курганская областная больница
г.Курган, Россия

СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ. ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ПЖ

Удовлетворение от лечения по методике ТУР. В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов актуальными целями лечения больных с ДГПЖ являются: улучшение качества жизни пациентов, страдающих от расстройств мочеиспускания, предотвращение прогрессирования ДГПЖ, продление или даже спасение жизни больных с осложненными формами.

Анализ отдаленных результатов после операции свидетельствует о том, что до 25% больных не удовлетворены лечением, поскольку многие симптомы проявления заболевания у них остались: почти каждый четвертый больной после ТУР отмечает учащенное мочеиспускание, 15,5% - не удерживают мочу, а остаточная моча определяется у 6,2% больных (Савченко Н. Е. и соавт., 1998 г.).

Естественно у больного возникает вопрос: а почему сохраняются нежелательные симптомы? Это связано с тем, что заболевание развивается многие годы и за это время в связи с препятствием нормальной уродинамике, происходят изменения в мочевом пузыре, в верхних и нижних мочевыводящих путях. В мочевом пузыре появляется складчатость, ложные дивертикулы, и ряд других изменений, в частности, повышается чувствительность нервных окончаний и появляется неадекватность реакций. Состояние мочевого пузыря поэтому характеризуют словом «гиперактивный мочевой пузырь» - клинический синдром, характеризующийся ургентным мочеиспусканием (неожиданно возникающими, трудно подавляемыми позывами).

Изменения возникают и в мочеточниках, изменяется (увеличивается) объем чашечно-лоханочной системы. В силу этого, хотя уже и нет предстательной железы, но вся мочевыделительная система остается серьезно измененной и требуется соответствующее лечение. Поэтому благоприятное ощущение бывает чаще всего у тех, у кого состояние перед операцией было тяжелым.

Профилактика развития ДГПЖ. Рекомендации по образу жизни.

Подтвержденных данных о возможности профилактики ДГПЖ на сегодняшний день не существует. Но отдельные изменения в образе жизни часто могут помочь самому больному контролировать симптомы нарушений уродинамики, а также массу тела, уровень холестерина и этим предотвращать ухудшение своего состояния. Параллельно стремятся предупреждать осложнения: пиелонефрит, простатит и цистит. Рекомендуется в возрасте старше 50 лет каждые полгода проходить осмотр у уролога (Советов М.В., 1998 г.), а также своевременно лечить простатит.

Питание должно быть рациональным (уменьшение жареного, жирного, соленого, острого, копченого, увеличение доли растительной и сырой пищи), отказ от курения и алкоголя. Образ жизни должен быть здоровым и подвижным.

Ни в коем случае нельзя для профилактики принимать те препараты, которые используются для лечения.

Для профилактики можно рекомендовать (Советов М.В.):

За час-два до сна уменьшать приема жидкости, в том числе в виде различных не алкогольных напитков. Это избавит от необходимости посещения туалета ночью.

1. Не пить слишком много кофе, который увеличивает выработку мочи, вызывает раздражение мочевого пузыря (МП) и усугубляет симптомы нарушения мочеиспускания.

2. Если вам рекомендовано принимать диуретики (мочегонные препараты) посоветуйтесь с врачом. Может быть, можно перейти на меньшие дозы и принимать их только утром. Это ослабит проявления нарушений мочеиспускания. Посещайте туалет, как только почувствуете позыв к мочеиспусканию.

Петриков А.С., Шойхет Я.Н., Белых В.И., Костюченко Г.И.
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРЕПАРАТОМ «АНГИОВИТ» У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Ангиовит» при гипергомоцистеинемии (ГГЦ) в комплексном лечении больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) и установить продолжительность гомоцистеинснижающей терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 102 больных (42 женщины и 60 мужчин) с ВТЭО и ГГЦ, средний возраст - 44,0±2,1 лет. Диагноз венозного тромбоза подтверждался данными дуплексного сканирования (В-режим), а ТЭЛА - ангиопульмонографии и эхокардиографии. У 71 больного был диагностирован тромбоз вен нижних конечностей, а у 24 больных тромбоз глубоких вен нижних конечностей сопровождался развитием ТЭЛА.

У всех больных по стандартным методикам исследовано исходное содержание гомоцистеина в сыворотке крови (ГЦ) с помощью иммуноферментного анализа («Axis»). Больные с ВТЭО были разделены на две группы.

В первую группу включены 70 больных с исходным содержанием ГЦ от 11,1 до 15,0 мкмоль/л, во вторую группу - 32 больных с содержанием ГЦ более 15,0 мкмоль/л. В остром периоде больные получали прямые антикоагулянты (НФГ или НМГ) с последующим переводом на НАК под контролем МНО. Больным назначался компрессионный трикотаж 2 класса, флеботоники (2-3 месяца курсами), НПВП (10 дней). При установлении уровня ГЦ в сыворотке более 11,0 мкмоль/л назначался препарат «Ангиовит», содержащий фолиевую кислоту, витамины B_6 и B_{12} по 1 табл. 2 раза в сутки. В течение года эффективность гомоцистеинснижающей терапии оценивалась по динамике содержания ГЦ каждые 2 месяца от начала лечения. При достижении содержания ГЦ менее 11,0 мкмоль/л переходили на курс поддерживающей терапии (1 табл. 1 раз в сутки) в течение 6 месяцев. Статистический расчет осуществлен с помощью программного пакета Statistica и SPSS 19.

Результаты исследования. В первой группе исходное содержание ГЦ составило 13,0±0,4 мкмоль/л. После 2 месячного курса коррекции ГГЦ установлено снижение содержания ГЦ до 10,8 0,5 мкмоль/л ($p<0,05$). Через 8 месяцев терапии отмечалось снижение содержания ГЦ по сравнению с уровнем при 2 месячном курсе лечения на 8,3% (с 10,8±0,5

до 9,9±0,5 мкмоль/л; p<0,05).

В дальнейшем на фоне лечения через год наблюдалось снижение ГЦ до уровня 8,9±0,6 мкмоль/л (p<0,05). Снижение содержания ГЦ на фоне лечения наблюдалось через 2 месяца у 89,3% больных, через 4 месяца - у 92,2% больных, через 6 месяцев - у 90,6% больных, через 8 месяцев - у 90,0% больных, а при терапии в течение года - у всех больных.

Во второй группе исходное содержание ГЦ составило 18,8±2,6 мкмоль/л. Через 2-4 месяца лечения отмечалось снижение содержания ГЦ до 11,0±1,0 мкмоль/л (p<0,05). В дальнейшем наблюдалось снижение содержания ГЦ, которое спустя 10-12 месяцев от начала лечения составило 9,9±0,9 мкмоль/л (p<0,05). Снижение содержания ГЦ на фоне коррекции через 2-4 месяца отмечалось у 90,9% больных, через 6-8 месяцев - у 92,9% больных, а при лечении в течение года - у всех больных. При лечении препаратом «Ангиовит» нежелательных реакций и побочных эффектов не отмечалось. В процессе лечения выделены больные, которые после нормализации содержания ГЦ прекращали прием препарата «Ангиовит» в течение первых 2 месяцев от начала лечения. У них исследовано содержание ГЦ через 5-6 месяцев после отмены препарата.

У всех 12 больных с ВТЭО, прекративших прием препарата, отмечено повышение содержания ГЦ в сыворотке. После отмены лечения через 5-6 месяцев у них установлено увеличение содержания ГЦ на 33,3% до исходных значений (с 10,2±1,3 до 13,7±2,0 мкмоль/л; p<0,02).

Выводы.

Применение препарата «Ангиовит» показало высокую эффективность и безопасность коррекции ГГЦ у всех больных с ВТЭО независимо от исходного уровня ГЦ в сыворотке. Отмена гомоцистеинснижающей терапии сразу после нормализации содержания ГЦ в крови сопровождается повышением его уровня до исходных значений через 5-6 месяцев. Рекомендуемая продолжительность коррекции ГГЦ препаратом «Ангиовит» составляет 7-12 месяцев. После нормализации уровня ГЦ необходим курс поддерживающей терапии в течение 6 месяцев дозой вдвое меньшей лечебной.

Подолужный В.И., Иванов С.В., Ооржак О.В., Греков Д.Н.

Кафедра госпитальной хирургии
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздрава России
МБУЗ ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского
г.Кемерово, Россия

К ВОПРОСАМ УЛЬЦЕРОГЕНЕЗА ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С 90-х годов прошлого столетия развитие язвенной болезни и ее осложнений связывают с геликобактерной инфекцией. После 2000-го года повсеместно эрадикационная терапия стала обязательной при лечении больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. В клинике госпитальной хирургии с 70-х годов прошлого столетия при перфоративной язве 12-перстной кишки ушивание перфоративного отверстия дополняем селективной проксимальной ваготомией. Последние годы это делается с информированного согласия больного. За последние 40 лет выполнены ушивания с СПВ у 760 больных. В том числе у 365 пациентов СПВ осуществлена методом скелетирования и у 395 с помощью химической денервации.

До 1990 года эрадикационная терапия после вмешательства не проводилась, после 2000-го года она в обязательном порядке входила в схему послеоперационного лечения. Антимикробная терапия осуществлялась согласно существовавшим стандартам. Ее начинали в хирургическом стационаре и продолжали амбулаторно (антисекреторный препарат и, как правило, два антимикробных).

Цель исследования. Сравнить результаты вмешательств без последующей эрадикационной терапии и с ее сопровождением.

Обследовано 2 группы больных:

1 группа (n=74) обследованы через 7-14 лет после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки и СПВ без эрадикационной терапии (1985-1995 гг.).

2 группа (n=87) оперированы и обследованы после 2000 года. После ушивания с СПВ им назначаласьэрадикационная терапия. Обследование проведено через 1,5- 4,5 лет после операции.

Результаты:

В первой группе рецидив дуоденальной язвы обнаружен в 7,3%, во второй группе в 6,8% (статистически значимого различия нет) Следует также отметить высокий процент (93%) геликобактериоза желудка у оперированных второй группы в поздние сроки после вмешательства.

Результаты сравнения исходов лечения в группах ставят под сомнение ведущую роль инфекционной теории в ульцерогенезеперфоративных язв 12-перстной кишки. Несомненно, в развитии этой патологии активное участие принимают психосоматические и психосоциальные механизмы, приводящие через вагусную регуляцию желудочной секреции к нарушению равновесия между факторами агрессии и защиты слизистой 12-перстной кишки. Подтверждением этому могут быть цифры госпитализации больных с перфоративными язвами по годам (табл. 1).

Таблица 1

Число оперированных с перфоративными язвами 12-перстной кишки в г.Кемерово и Кемеровской области по десятилетиям

Отчеты	Среднее число оперированных в год по десятилетиям		
	1980-1990 гг.	1991-2000 гг.	2001-2011 гг.
ГКБ№3 г.Кемерова	15-20	40-60	30-50
Кемеровской области	350-400	900-1100	600-1000

Отчетливо прослеживается значительный рост числа операций при перфоративных дуоденальных язвах в «лихие» 90-е, годы всеобщей нестабильности, закрытия предприятий и невыплаты зарплат по сравнению с застойными, стабильными и спокойными восьмидесятыми годами прошлого столетия. Трудно себе представить, что после 1991 года удвоилось число жителей Кузбасса с зараженностью НР слизистой желудка, или вдвое снизился иммунитет у геликобактеринфицированных жителей области. А появившуюся тенденцию к снижению числа оперированных за последнее десятилетие можно связать с экономической стабилизацией в обществе, повышением уровня жизни населения и уменьшением стрессовых гастродуоденальных повреждений слизистой.

Так, в 2012 году в Кузбассе было оперировано 547 больных с перфоративной язвой 12-перстной кишки, а в 2013 г. - 461, т.е. «эпидемия» перфоративных дуоденальных язв заканчивается параллельно с экономической стабилизацией в обществе.

Выводы.

1. Вагусные регуляторные механизмы желудочной секреции играют ведущую роль в ульцерогенезеперфоративных язв 12- перстной кишки.

2. Включение в алгоритм послеоперационного ведения больных эрадикационной терапии статистически значимо не уменьшило число рецидивов заболевания после ушивания перфоративной язвы 12- перстной кишки с СПВ.

Процук Р.Ю., Начева Л.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ЗУБА

Частота ретенции зубов по данным ортопантомограмм встречается у 4 - 18% пациентов, обращающихся за стоматологической помощью (Гасымова З.В., 2003 г.). Причины появления ретинированного зуба могут быть самыми разными: преждевременное удаление молочных зубов; нарушение закладки или неправильное расположение зачатка постоянного зуба;

некомплектные зубы; атипичное строение зуба; задержка смены временного зуба; недоразвитие альвеолярного отростка; кисты, чаще, фолликулярные, которые диагностируются в 51,1% случаев одонтогенных кист (Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С., 2008 г.). При отсутствии соответствующего лечения фолликулярной кисты, причинный зуб не прорезывается, киста может нагнаиваться, далее в процесс могут быть вовлечены зоны роста на челюстях (Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003).

В научно-практической литературе описаны способы ортодонтического лечения ретенированных зубов, которые наиболее часто используются в стоматологии. К одному из них относится изготовление ортодонтических съемных пластинок с периодической перебазировкой, которая действует как раздражитель и способствует прорезыванию ретенированного зуба, но использование этого метода не всегда возможно, потому что давление на альвеолярный отросток может вызвать рецидив фолликулярной кисты и усугубить состояние больного. При другом способе - обнажают коронку ретенированного зуба, на которую фиксируют фосфат - цементом ортодонтическую коронку с крючком на ней для резиновой тяги (Секлетов Г.А., 2006 г.). Данный метод сложен и трудоемок, травматичен на хирургическом этапе лечения, т.к. требует значительного обнажения коронки ретенированного зуба для фиксации на ней металлической коронки.

Цель исследования. Изыскать усовершенствованный способ ортодонтического лечения ретинированного зуба, экономически более выгодного для использования в практическом здравоохранении.

Материалы и методы исследования. Для получения результатов ортодонтического лечения глубокой ретенции зубов мы использовали материалы: ортопедическую проволоку круглого сечения из нержавеющей стали 20Х18Н9Т, применяемую в ортопедической стоматологии для изготовления кламмеров с целью фиксации частичных съемных пластиночных зубных протезов в полости рта; стеклоиономерный цемент Vitremer тройного (химического отверждения), который в практике применяется как пломбировочный материал для лечения кариеса; стандартные брекет-системы, используемые для лечения патологии прикуса. Антисептическая обработка проводилась по стандартным методикам, принятым в стоматологии.

Метод, который был нами разработан и использовался впервые для лечения глубоко залегающих ретенированных зубов у детей, подтвержден приоритетной справкой Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (Роспатент) от 01.06.2010г., регистрационный N 2010122375. Лечебные мероприятия осуществлялись в два этапа: хирургический - обнажение части коронки непрорезавшегося зуба; ортодонтический - вытягивание зуба и установка его в зубной ряд.

Результаты исследований и обсуждение. Результаты наших исследований показали, что можно использовать усовершенствованный способ лечения ретенированных глубоко залегающих зубов, который мы и разработали.

Способ заключается в следующей методике лечения: после хирургического этапа обнажения части коронки ретенированного зуба, к ней фиксируется ортодонтическая проволока круглого сечения из нержавеющей стали 20Х18Н9Т. Она имеет различный диаметр и легко может быть изогнута по форме обнаженной части коронки зуба для оптимальной к ней фиксации. Выбор длины фиксируемой проволоки диктуется глубиной залегания непрорезавшегося зуба. Фиксируется проволока к зубу на стеклоиономерный цемент Vitremer, который в практике применяется как пломбировочный материал для лечения кариеса. Он обладает высокими адгезивными свойствами, выделяет ионы фтора в слабо минерализованную эмаль ретенированного зуба. Положительным свойством этого материала является и то, что он обладает гидрофильными свойствами, в отличие от других известных фиксирующих материалов (композиты и т.д.), а среда, вокруг обнаженной, глубоко залегающей коронки, является «мокрой». Учитывается также и низкая растворимость этого стеклоиономерного цемента, близкая к нулевой. Конец проволоки, обращенной в полость рта, фиксируется к стандартной ортодонтической дуге в технике прямой дуги брекет - системы.

Предложенный нами способ лечения глубокой ретенции зубов более удобен в применении. Хирургический этап менее травматичен, так не требует значительного обнажения коронки ретенированного зуба. В ортодонтическом лечении исключает ортопедический этап непрорезавшегося зуба (снятие оттиска, что в принципе невозможно; изготовление коронки

или индивидуального брекета).

Данный способ лечения не требует значительных затрат; позволяет сохранить ретенированный глубоко залегающий зуб; предупреждает развитие осложнений связанных с непрорезыванием зуба - повреждение соседних органов, аномалийное прорезывание соседних зубов, невралгии, образование кист, затрудненного откусывания пищи, нарушение эстетики, психологический дискомфорт.

Выводы.

Усовершенствованный способ ортодонтического лечения ретенированного зуба обладает преимуществами: более простой техникой исполнения и экономически выгоден для использования в стоматологической практике. Данный способ позволяет сохранить и установить в зубной ряд зуб с глубокой ретенцией.

Пчелинцева Е.В., Лызко И.А.
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России
г.Томск, Россия

УРОВЕНЬ АРГИНАЗЫ-I ПОСЛЕ КРИОРЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНА

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с очаговыми образованиями печени. Резекции печени являются основным методом радикального хирургического лечения больных с такой патологией.

Выполнение обширных резекций печени сопряжено с высоким риском развития кровотечений и послеоперационной печеночной недостаточности. В связи с этим актуальным является совершенствование техники резекций и внедрение современных технологий, в том числе использование криохирургических инструментов, с целью минимизации осложнений и сокращения сроков морфологической и функциональной регенерации печени в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Оценить содержание аргиназы-I в крови больных с очаговой патологией печени после криорезекции печени.

Материалы и методы исследования. В программу исследования вошли 24 пациента в возрасте 20-55 лет, перенесших резекцию печени, из них 12 человек с паразитарными заболеваниями печени (эхинококкоз, альвеококкоз) и 12 человек с непаразитарной патологией печени (гемангиомы, аденомы, кисты, рак).

Также все больные были разделены на группы по функциональному состоянию печени до операции: у 9 - наблюдалось нарушение функций печени и у 15 - функциональных нарушений выявлено не было. Все больные находились на лечении в хирургическом отделении ОГАУЗ «Городская клиническая больница N 3» (г.Томск).

У половины больных первой и второй групп исследования резекция печени осуществлялась с применением криовоздействия, у остальной части пациентов - традиционным методом. Все пациенты были госпитализированы и прооперированы в плановом порядке. Исследования проводились до операции и на 1-й и 5-й день после нее.

В контрольную группу вошли 12 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Материалом для исследования служила плазма, полученная из 2 мл периферической венозной крови, стабилизированная ЭДТА (этилендиаминтетрауксусной кислотой). Определение содержания аргиназы-I оценивали с помощью твердофазного иммуноферментного метода (Human Arginase-I ELISA kit), согласно протоколу фирмы-производителя реагентов («Hycult biotech», The Netherlands). Оптическую плотность содержимого ячеек планшета регистрировали на фотометре-анализаторе «Multiscan EX» («Thermolabsystems», Финляндия) при длине волны 450 нм. Результаты выражали в нг/мл. Статистический анализ полученных результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics (Version 17) («SPSS Inc.», США).

Результаты и обсуждение. В дооперационном периоде значимых различий по содержанию аргиназы-I не выявлено. На 1-е сутки после операции отмечается достоверное увеличение концентрации аргиназы-I ($p<0,05$) у больных после криорезекции печени вне зависимости от

этиологии и функционального состояния органа до операции. Напротив содержание фермента у пациентов после традиционной резекции практически не изменяется. Уровень аргиназы-1 используют не только в качестве маркера ранних стадий повреждения печени, но и маркера раннего окончания процесса повреждения.

Повышение уровня аргиназы после операции говорит о восстановлении функции печени, причем аргиназа является более ранним и чувствительным маркером по сравнению с аминотрансферазами. На 5-е сутки после операции содержание аргиназы-I во всех группах выравнивается (в пределах дооперационного уровня).

Выводы.

У больных с очаговой патологией печени на 1-е сутки после резекции органа с применением криотехнологий выявлено увеличение уровня аргиназы-I в плазме крови независимо от этиологии и функций печени в дооперационном периоде, что свидетельствует о более активном протекании процессов регенерации печени.

Раудина С. Н., Семенихин В.А.

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

ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ КУЗБАССА

Нейросенсорная тугоухость, во всем мире занимает одно из первых мест, среди профессиональных заболеваний, так и в общероссийской структуре одно из ведущих мест, имеется тенденция нарастания. В структуре профессиональной патологии Кузбасса нейросенсорная тугоухость занимает третье место, а среди профессиональной патологии ЛОР-органов первое место.

Основным клиническим проявлением нейросенсорной тугоухости, является снижение слуховой функции, т.е. нарушение разборчивости речи, что относится к видам социальной недостаточности, вызывающим нарушение жизнедеятельности человека. Что в свою очередь ведет к снижению качества жизни и трудоспособности.

Целью данного исследования явилась определение распространенности нарушения функции слухового анализатора у работников угольной отрасли по результатам периодических медицинских осмотров в динамике.

Материалы и методы исследования. Для выявления нарушений функции слухового анализатора, по результатам периодических медицинских осмотров на предприятиях угольной промышленности, было проведено обследование 1800 работников в 2012г. и 785 человек в 2013г. Обследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Центра охраны здоровья шахтеров». У всех работником были приблизительно равные условия труда по шуму. На рабочих местах всех профессий, входивших в обследование, шум превышал ПДУ (80 дБа), от 2 до 16 дБа, по данным аттестации рабочих мест. В исследования принимали участие только мужчины. Возраст обследуемых варьировал от 22 до 63 лет. Длительность работы в условиях шума от 1 года до 46 лет. Из обследования исключены лица, имеющие кондуктивную тугоухость и нарушение слуховой функции в следствии травмы.

Всем обследуемым проводилось тональная пороговая аудиометрия на частотах 500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц, 4000 Гц и 8000 Гц. Нарушение слуха оценивали, согласно принятым критериям в профпатологии, при этом сформировано 3 группы:

1) признаки воздействия шума и легкое снижение слуха (0-1 степень).
2) умеренное снижение слуха (2 степень).
3) выраженное снижение слуха (3 степень тугоухости).

Проведен анализ полученных данных тональной пороговой аудиометрии, с учетом пресбиакузиса: из 1800 человек, патология слуха выявлена у 618, что составило 34,3% от числа обследуемых в 2012г. При обследовании в 2013 г участвовали 686 рабочих, те же условия

работы, обследования и исключение из обследования, патология слуха выявлена у 234 человек, что составило 34,1%. Обследуемые лица распределены по группам:

- в первую группу вошли 580 (2012г) и 210 (2013г) человек.
- во вторую - 32 (2012г) и 20 (2013г) человек.
- в третью - 6 (2012г) и 4 (2013г) человека.

В зависимости от возраста все исследуемые были распределены на три группы, до 40 лет нарушение слуховой функции выявлены у 4%, от 40 до 55 лет - 23%, после 55 лет - 7% обследуемых.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлено, что нейросенсорная тугоухость чаще развивается в возрасте от 40 до 55 лет у работающих в условиях воздействия шума, превышающего предельно допустимый уровень. Зависимость от стажа четко прослеживается, т.е. нейросенсорная тугоухость развивается в следствии работы в условиях шума более 10 лет. Исключением являются работники с повышенной индивидуальной чувствительностью к шуму. Нами выявлена закономерность: у работников стаж работы которых превышает более 30 лет, нейросенсорная тугоухость не превышает 1-ой степени и не прогрессирует. Но жалобы на снижение слуха и снижение разборчивости речи у таких работников появляются, что в значительной степени снижает качество жизни и трудоспособность работников.

Наши исследование доказывает, что процент снижения функции слухового анализатора, за счет длительного воздействия производственного шума не снижается и имеет значимые цифры. Периодические медицинские осмотры работников угольной промышленности с участием ЛОР врачей и дополнительными методами обследования слухового анализатора, такими как тональная пороговая аудиометрия, дают возможность раннего выявления нарушений функции слухового анализатора. Для проведения дальнейших мероприятий по лечению и профилактики нейросенсорной тугоухости, улучшение качества жизни и повышения трудоспособности работников угольной промышленности Кузбасса. Проведенное нами исследование и данные литературы позволяют подвести итог:

1. Формирование нейросенсорной тугоухости у работников угольной промышленности имеет особенности. Длительное воздействие шума на слуховой анализатор приводит к нарушению его функции. Выраженность проявлений патологии слухового анализатора зависит от возраста и стажа работы.

2. Аудиометрическое обследование работников угольной промышленности на периодических медицинских осмотрах, вне зависимости от стажа работы, условия труда которых сопровождается шумовым воздействием, позволяет выявить первые признаки воздействия шума и начальные стадии НСТ, для проведения профилактики и лечебных мероприятий.

3. К сожалению, наше исследование еще раз доказывает, что нейросенсорная тугоухость развивается чаще в трудоспособном возрасте, что ведет к снижению трудоспособности рабочих и носит не только медицинский, но и социальный характер. Что в свою очередь ведет к снижению качества жизни пациентов с нейросенсорной тугоухость профессионального генеза.

4. НСТ, у работников угольной отрасли в Кузбассе, развивается в 34,3% случаев в 2012г и 34,1% в 2013г, еще раз доказывает что в Кузбассе нет снижения профессиональной патологии слуха и есть увеличение числа работающих с более высокой степенью тугоухость чем в прошлом году.

5. 34% - это является одной третью обследуемых работников, что и делает эту проблему актуальной для дальнейшего исследования.

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

ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Нарушение функции слухового анализатора - нейросенсорная тугоухость, во всем мире занимает одно из первых мест, среди профессиональных заболеваний. В последнее время во многих экономически развитых странах появилась тенденция к снижению числа профессиональных заболеваний до 10%. В общероссийской структуре профессиональных заболеваний нейросенсорная тугоухость занимает одно из ведущих мест и имеется тенденция нарастания. Среди профессиональных заболеваний ЛОР-органов нейросенсорная тугоухость занимает первое место. В структуре профессиональной патологии Ленинск-Кузнецкого угольного региона нейросенсорная тугоухость занимает третье место, после заболевания опорно-двигательного аппарата и вибрационной болезни, составляя до 20% от общего количества случаев профессиональных заболеваний, а среди профессиональной патологии ЛОР-органов первое место, что составило 98% от всех случаев профессиональной патологии ЛОР-органов в угольной отрасли Кузбасса.

Основным клиническим проявлением, которой считается снижение слуховой функции, что относится к видам социальной недостаточности, вызывающим нарушение жизнедеятельности человека. Единственным эффективным способом профилактики НСТ является уменьшение воздействия или исключения факторов повреждающих слуховой анализатор. Для реабилитации пациентов с нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза применяются консервативные методы лечения.

Целью данного исследования явилось определение эффективности лечения нейросенсорной тугоухости и снижения клинических проявлений заболевания слухового анализатора у работников угольной отрасли.

Материалы и методы исследованмя. На базе Федерального государственного бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Центра охраны здоровья шахтеров» проведено обследование и лечение 15 пациентов с диагнозом нейросенсорная тугоухость профессионального генеза. Обследование проводилось до и после лечения. В исследования принимали участие только мужчины. Возраст обследуемых варьировал от 40 до 60 лет.

Всем обследуемым проводилось двукратно, до и после лечения, тональная пороговая аудиометрия на частотах 125 Гц, 250 Гц 500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц, 3000 Гц, 4000 Гц, 6000 Гц и 8000 Гц и анкетирование пациентов - оценка основных симптомов по 10 бальной шкале, где 0 это нет симптомов , а 10 - настолько выражены насколько пациент может себе представить и выявление влияния симптомов на жизнь пациента, по 10 бальной шкале, где 0 - слабо повлияли, 10 - сильно повлияли.

Из 15 пациентов, 6 человек пролечены стандартными методами лечения, разработанными медико-экспертной комиссией, из программы реабилитации пациента. И 9-ти пациентам, к стандартным методам лечения добавлен Цитофлавин 10 мл внутривенно-капельно 1 раз в день, пять дней.

Результаты исследования. Проведен анализ полученных данных тональной пороговой аудиометрии и анкет, до и после лечения. Порог восприятия звуков после стандартного лечения не изменился в 5-ти случаях, в одном случае уменьшился на низких частотах в пределах 5 дБа. Субъективная оценка симптомов и их влияние на жизнедеятельность до и после лечения не изменилась, в одном случае оценка увеличилась, т.е. симптомы стали более выражены и стали более сильно влиять на жизнедеятельность пациента. Во-второй группе, где к лечению добавлено внутривенное введение цитофлавина, у 8-ми пациентов отмечается повышение порога восприятия звуков в пределах от 5 до 20 дБа, более выражено на низких частотах, у одного пациента улучшений не было. Оценка симптомов и влияние на жизнедеятельность у первых восьми, резко уменьшилась.

Проведенное нами исследование и данные литературы позволяют подвести итог:

1. Длительное воздействие шума на слуховой анализатор приводит к нарушениям его функции, лечение которых не всегда имеет положительные результаты и улучшает качество жизни пациентов, к чему врач должен стремиться постоянно.

2. Применение цитофавина в лечении нейросенсорной тугоухости профессионального генеза улучшает состояние пациента, что подтверждается уменьшением порога слышимости звука в пределах от 5 до 20 дБа.

3. К сожалению, наше исследование еще раз доказывает, что производственный шум вызывает серьезные изменения в слуховом анализаторе, что приводит не только к снижению слуха но и влияет на жизнедеятельность человека.

4. В результате проведенного исследования получены доказательства, которые оправдывают применение цитофлавина при лечения нейросенсорной тугоухости профессионального генеза и является препаратом выбора при разработке программы реабилитации пациентов.

5. Для улучшения мероприятий по лечению и профилактики нейросенсорной тугоухости, улучшение качества жизни и повышения трудоспособности работников угольной промышленности Кузбасса требуются дальнейшие исследования и дополнительные доказательства.

Ротькин Е.А., Агаларян А.Х.

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

ВЛИЯНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА НА ТАКТИКУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Улучшение качества лечения пациентов с вентральными грыжами является актуальной проблемой в герниологии. Современные тенденции хирургической тактики при аллопластике вентральных грыж, направлены на минимизацию операционной травмы путем уменьшения влияния имплантата на ткани. Вопросы выбора способа герниопластики до сих пор дискутабельны. По нашему мнению фактор раневого процесса является одним из принципиальных в разрешении данной проблемы.

Цель исследования. Выявить особенности раневого процесса у пациентов с вентральными грыжами оперированных различными способами on-lay.

В хирургическом отделении N 1 ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» в 2009-2012 гг. по поводу вентральных грыж оперировано 140 пациентов. В исследование включены пациенты с надапоневротической фиксацией протеза. Мужчин было 49 человек, женщин - 91.

Средний возраст пациентов составил 51,8±11,5 года. Длительность анамнеза основного заболевания составило в среднем 3,4±1,8 года. У 57 (41%) пациентов грыжа была первичной, у 49 (35%) послеоперационная и рецидивная у 34 (24%) пациентов. У 95 пациентов выполнена фиксация эндопротеза поверх апоневроза по стандартной методике «on-lay» - контрольная группа, у 45 пациентов эндопротез фиксировали над апоневрозом с использованием лоскутов грыжевого мешка (патент N 2393790) - основная группа.

Всем пациентам выполнена герниопластика с сетчатым протезом («Эсфил», Линтекс, Россия, Санкт-Петербург) в положении on-lay (на апоневроз). Контрольная и основная группы больных не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, сопутствующей патологии, а также по виду, размеру и локализации грыжи. Исследование характера и состава отделяемого по дренажам выполнено у 20 пациентов (по 10 пациентов из каждой группы). Эти пациенты были сопоставимы по возрасту, диаметру грыжевого дефекта, площади сетчатого имплантата. У каждого из них проводилось каждодневное цитологическое исследование раневого отделяемого до удаления дренажей.

В послеоперационном периоде оценивали количество раневого отделяемого по дренажу, характер и состав экссудата.

По данным исследования выявлено, что общее количество клеток в экссудате в группах сравнения не отличалось - в первые сутки цитоз составил $7{,}9 \times 10^9$/л в основной - $7{,}5 \times 10^9$/л

в контрольной. Во вторые сутки 8,1x10⁹/л и 7,6x10⁹/л, на третьи сутки 9,02x10⁹/л и 8,8x10⁹/л соответственно. Содержание нейтрофилов в основной группе пациентов имел высокий количественный состав по сравнению с пациентами контрольной группы. В первые сутки нейтрофилы выявлены в экссудате основной группы - 87%, в контрольной - 69%. Во вторые сутки - 91% и 71%. На третьи сутки - 89% и 74% соответственно. На четвертые сутки достоверных различий в соотношении нейтрофилов в группах не было выявлено. Другие параметры состава экссудата не учитывались.

Оценивая характер течения ближайшего послеоперационного периода у обеих групп, особое внимание уделялось количеству местных инфекционных осложнений в ране.

В основной группе инфекционных осложнений отмечено не было, имело место 3 случая выявления инфильтрата после гематомы.

В контрольной группе выявлены осложнения с инфекционном характером. В этой группе зафиксировано 7 нагноений раны, 5 инфильтратов.

Метод лечения вентральных грыж разработанным способом является технически простым и малотравматичным. По нашему мнению повышенное содержание нейтрофилов и макрофагов препятствовало инфицированию тканей в области оперативного вмешательства.

Сапожкова И.Г., Кислова А.С.

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

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМ ДЕФЕКТОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Актуальность иследования. В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к росту частоты и распространенности ампутаций во всем мире. Большинство авторов рассматривают заболевания периферических артерий (ЗПА) и осложненный сахарный диабет как доминирующие причины ампутации нижних конечностей.

Утрата конечности приводит к ограничениям в самообслуживании и мобильности, что усугубляет психическое состояние человека, рождает тревогу. Часто больные впадают в тяжелую депрессию, которая препятствует последующей реабилитации.

Цель исследования. Оценить уровень невротизации у мужчин и женщин после ампутации нижней конечности вследствие заболеваний периферических артерий или осложнений сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. В период с мая 2012 года по май 2014 года обследован 171 пациент с постампутационным дефектом нижней конечности вследствие заболеваний периферических артерий или осложнений сахарного диабета. В том числе: 31 пациент был обследован через 10 дней после ампутации, 42 пациента - в период от 3-6 месяцев, 51 - от 7-12 месяцев, 32 - от 1 года до 2 лет и 16 пациентов обследованы в период более 2-х лет с момента ампутации. Половая структура пациентов: 48 (28,1%) женщин и 123 (71,9%) мужчины. Средний возраст - 60,4 лет (95% ДИ 57,5 - 61,4 года).

Оценка уровня невротизации пациентов проводилась с использованием «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» (К.К. Яхин, Д.М. Менделеевич, 1978 г.). Опросник включает в себя шесть шкал: тревога, вегетативные нарушения, астения, невротическая депрессия, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA-6.0» (StatSoft, USA). При сравнении различий в группах использовался критерий Манна-Уитни. Нулевую гипотезу отвергали при уровне статистической значимости $p<0,05$. Данные представлены в формате (Me; 25% и 75% процентили).

Результаты и обсуждения. При сравнении уровня невротизации у мужчин и женщин в первые 10 дней после ампутации, выявлено следующее. У женщин выражены симптомы астенического расстройства (0,38; -3,1; 1,4) и невротической депрессии (-1,5; -3,03; 0,2). У мужчин на данном

этапе уровень невротизации был в пределах популяционной нормы.

Статистически значимые различия: выявлены по шкалам вегетативных нарушений (p<0,05), астении (p<0,01) и обсессивно-фобических нарушений (p<0,05).

В период от 3 до 6 месяцев после ампутации нижней конечности у женщин отмечено появление вегетативных нарушений (-1,9; -5,7; 1,5) и сохранение симптомов астенического расстройства. Депрессивное расстройство выражено в большей степени у женщин - (-3,8; -5,8; 0,2), чем у мужчин - (-1,3; -4,2; 3,4).

В период от 7 месяцев до 2 лет после ампутации нижней конечности, как у женщин, так и мужчин отмечено снижение психопатологической симптоматики.

После 2-х лет с момента ампутации, как у женщин, так и у мужчин выявлено увеличение уровня невротизации, однако, у мужчин он остается в пределах нормы. У женщин отмечено повышение уровня тревоги, вегетативных и обсессивно-фобических нарушений.

Выводы:

1. У женщин, перенесших ампутацию нижней конечности вследствие ЗПА или осложнений сахарного диабета уровень невротизации выше, чем у мужчин во все сроки исследования.
2. Психопатологическая симптоматика как у женщин, так и у мужчин, в большей степени проявляется в период от 3-х до 6-и месяцев в после ампутации.
3. Пациенты с постампутационным дефектом нижней конечности нуждаются в проведении психологической коррекции в условиях реабилитационного стационара.

Соловьев А.В., Осинцев А.А., Дианов М.П.
ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ИММУНОТЕРАПИИ БЦЖ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Переходно-клеточный рак мочевого пузыря, наиболее часто встречающийся гистологический тип рака данной локализации. Наиболее распространенным методом лечение мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря (Та-Т1) является трансуретральная резекция. По данным различных авторов частота рецидива после ТУР составляется до 30 до 70%.

Иммунотерапия БЦЖ считается наиболее эффективным внутрипузырным методом лечения рака мочевого пузыря.

Нами за период 2013 г. пролечено 12 пациентов с поверхностным раком мочевого пузыря, которым была выполнена ТУР и проведена адьювантная внутрипузырная иммунотерапия вакциной БЦЖ. Из них 11 мужчин и 2 женщины в возрасте от 51 до 68 лет. Все пациенты имели умеренный и высокий риски рецидива и прогрессии опухолевого процесса. 7 пациентов были с впервые выявленной опухолью, из них гистологически умеренно дифференцированный переходноклеточный рак у 4-х пациентов, низкодифференцированный у 2-х. 5 больных с рецидивом умеренно-дифференцированной карциномы, из них у 3-х больных в анамнезе внутрипузырная химиотерапия доксарубицином. Всем больным проводилась инстилляция БЦЖ в течении 6 недель начиная через 3 недели после ТУР и в дальнейшем поддерживающая терапия по 3 инстилляции через 3, 6 и 9 месяцев.

За время наблюдения рецидив опухоли выявлен у 3-х мужчин на 6 месяце наблюдения. Один из них с впервые выявленной низкодифференцированной опухолью, 2 пациента с рецидивом заболевания. Всем больным выполнена радикальная цистэктомия.

Побочных эффектов от БЦЖ вакцины мы не наблюдали.

Таким образом, адьювантная иммунотерапия БЦЖ показана больным с умеренным и высоким риском прогрессии и снижает вероятность развития рецидива. При неэффективности лечения показана активная хирургическая тактика.

Соловьев А.В., Осинцев А.А., Дианов М.П.
ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКОЙ

Цистэктомия остается единственным радикальным методом лечения инвазивного рака мочевого пузыря. В последнее время, показания к радикальной цистэктомии наряду с ивазивным раком, являются рак мочевого пузыря T1G3, а также рецидивы поверхностных опухолей после проведения внутрипузырной иммуно и химиотерапии. Метод деривации мочи является определяющим дальнейшего качество жизни пациентов. Качество жизни больных после ортотопической цистопластики достаточно хорошо изучено.

В урологическом отделении на базе ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», с 2004-2014 гг., радикальная цистэктомия с ортотопической цистопластикой выполнена 121 пациентам.

Процесс реабилитации данных пациентов был разбит на три этапа:

- предоперационный - от начала заболевания и до момента хирургического вмешательства,
- послеоперационный - от момента хирургического вмешательства до выписки пациента из стационара
- амбулаторный этап - от момента выписки из стационара и дальнейшего наблюдения пациентов.

На дооперационном этапе, пациенты и их родственники получали, в полном объеме, информацию о предстоящем оперативном лечении и его последствиях. С пациентами проводилась психологическая подготовка к самому факту предстоящей операции. На этом этапе снижалось количество пациентов, которые отказывались от предложенного оперативного лечения, уменьшение чувства страха у больных и их родственников перед предстоящим оперативным лечением и более лучшей психологической готовности пациентов к операции.

Послеоперационный период является физиологически трудным временем для больного, который становиться зависим от помощи и ухода медицинского персонала. Исходя из этого, пациенты нуждались в постоянной психологической поддержке, одобрении и убеждении в том, что они смогут жить прежней жизнью. Послеоперационный этап включает в себя: обучение акту мочеиспускания, возможности воспользоваться помощью социальной службы.

Амбулаторный этап включает в себя: динамическое наблюдение пациентов, социально-психологическую адаптацию.

Таким образом, реабилитационный процесс пациента перенесшего радикальную цистэктомию с ортотопичесой цистопластикой предусматривает поэтапную реабилитацию, позволяющую социально и физически адаптировать пациента к предстоящей жизни.

Старых В.С., Поткина Т.Н., Малин М.В.
МБУЗ «Клиническая поликлиника N 5»
г.Кемерово, Россия

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УКУШЕННОЙ РАНЫ

В связи с увеличением числа травм, полученных от укусов млекопитающими животными, и высокой частотой инфекционных осложнений (Старых В.С., Поткина Т.Н., 2000 г.; Яшина Т.Н., Плохой А.А., 2002 г.; Старых В.С., Поткина Т.Н., Головина Л.Н., Агафонов А.Н., 2003 г.; 2004 г.), актуальность проблемы лечения таких пострадавших возра стает. Укушенная рана отличается от многих других ран повышенной загрязненностью патогенной микрофлорой, содержащейся в слюне укусившего (Колонтай Ю.Ю., Панченко М.К., Андрусон М.В., 1983 г.). Известно, что в полости рта даже чистящего зубы здорового человека в 1 мм^3 зубного налета содержится 100-200 миллионов колоний сапрофитов

и патогенных микроорганизмов (Н.Ф. Данилевский, Е.А. Магид, Н.А. Мухин, В.Ю. Миликевич., 1993 г.). Инструкция МЗ РФ «О порядке работы лечебно-профилактических учреждений и центров государственного санитарного эпидемиологического надзора по профилактике заболевания людей бешенством», утвержденная Приказом МЗ РФ N 297. Седьмого октября 1997 года, предписывает при укушенной ране, нанесенной млекопитающим животным, обильное промывание раны водой с мылом, обработку раны 70% спиртом, а при обширной ране - наложение наводящих швов. Однако, при промывании, например спринцовкой (Кабатов Ю.Ф. 1977 г.) или более сложными устройствами, жидкость вытекает из раны, загрязняя окружающие предметы, что требует дополнительной уборки, повышая трудозатраты персонала.

Для улучшения локального лечения при загрязненной укушенной ране нами разработано специальное устройство, исключающее загрязненность кожи больного и окружающей среды при промывании ран (патент РФ N 2493886). Оно содержит закрытую многокамерную емкость для жидкостей, соединенную трубкой с элементом нагнетания воздуха, и трубку подвода жидкости, жесткую чашку с нижним краем из упруго-эластичного материала с трубкой оттока из раны. Каждая камера соединена собственной трубкой подвода к коллектору с переключающей ручкой, от которого шланг подачи жидкости проведен в полость чашки. Трубка оттока жидкости снабжена регулятором уровня оттока. На поверхности чашки выполнена жесткая ручка с возможностью герметизирующего прижатия упруго-эластичного края чашки к коже вокруг раны, и чашка имеет удерживающий ее ремешок с застежкой из ткани велькро.

При подготовке к использованию устройства регулируют высоту расположения камер емкости относительно расположения больного и перемещают муфту вместе с камерами по штативу на необходимую высоту. Ручкой закрывают коллектор. Каждую камеру заполняют разными лечебными жидкостями с возможностью последовательного использования их. Герметизируют камеры крышкой, рабочий конец трубки отвода промывной жидкости размещают в глубине дна раны, а другой свободный конец опускают в посуду для сбора оттекающей из раны жидкости. На кожу вокруг раны устанавливают упруго-эластичный обод чашки. Открывают регулятор уровня оттока, и ручкой коллектора открывают сообщение трубки для введения промывающей жидкости, очищающей рану. Затем коллектором переключают направление тока дезинфицирующей жидкости из другой камеры. Регулятором изменяют просвет трубки отвода промывной жидкости, увеличивая или снижая скорость оттока.

Выполнение емкости многокамерной, позволяет заполнять камеры разными лечебными жидкостями. Соединение каждой камеры собственной трубкой подвода с коллектором, от которого шланг подачи лечебной жидкости подведен в полость чашки, обеспечивает возможность с помощью переключающей ручки регулировать подачу разной лечебной жидкости из одной или одновременно из нескольких камер емкости, что расширяет выбор и последовательность применения различных средств лечения. Наличие на трубке оттока жидкости регулятора его уровня обеспечивает управление скоростью оттока и наполнение чашки жидкостью. Жесткая чашка с нижним краем из упругоэластичного материала обеспечивает возможность герметичного укрывания ею раны для промывания последней под управляемым давлением без вытекания загрязненной жидкости на окружающие предметы. Наличие у чашки трубки отвода промывной жидкости обеспечивает отток жидкости из раны в любую ниже раны расположенную посуду. Выполнение на верхней поверхности чашки жесткой ручки с возможностью герметизирующего прижатия ею упруго-эластичного края чашки к коже вокруг раны, обеспечивает возможность более удобного и надежного удержания и надавливания сверху на чашку для повышения герметичности между упруго-эластичным краем чашки и кожей вокруг раны. Размещение в чашке трубки оттока с возможностью расположения ее конца в глубине дна раны улучшает эффективность оттока жидкости из раны. Наличие у чашки ремешка с застежкой из ткани велькро создает возможность плотного удержания чашки на конечности с освобождением рук специалиста.

Исследование изобретенного устройства, показало, что оно повышает гигиеничность лечебной процедуры и улучшает качество лечения загрязненных ран, поученных от укусов млекопитающих животных. В результате, устройство уменьшает частоту осложнений, сокращает сроки лечения больных и создает экономический эффект, а также исключает загрязненность окружающей среды.

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 ФГБ ЛПУ «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 одномометную маммопластику с наилучшим результатом, а при отсутствии злокачественного процесса сводит косметический дефект к минимуму, и как следствие высокий социальный уровень адаптации пациенток.

Тен К.Ю., Казанцева Е.О., Герасимчук С.Ю., Чернышков А.В.
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЯИЧНИКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ И ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ

Цель исследования. Сравнение эндоскопического и открытого доступа при операциях по поводу кист яичников у девочек, выявление их преимуществ и недостатков.

Материалы и методы исследования. Кисты яичников у девочек не являются редкостью, и в последнее время имеют тенденцию к прогрессированию. За период с 2008 по май 2014 года в отделении детской хирургии Алтайской краевой клинической детской больницы проведено 37 операций по поводу удаления кист яичников.

Результаты исследования. Все оперированные девочки были разделены на 2 группы:

- первая группа (до 2010 года) - лапаротомия, удаление кисты яичника (12 детей);
- вторая группа (с 2010 года) - только эндоскопические операции (25 детей).

Возраст девочек варьировал от 2 суток до 17 лет. Кисты правого яичника - 21 случай, левого яичника - 14, двусторонние кисты яичника встречались в двух случаях.

Осложнений в послеоперационном периоде не встречалось ни в первой, ни во второй группе пациенток. Однако, во второй группе отмечается более легкий послеоперационный период, ранняя активизация больных, малая травматичность оперативного доступа, хороший косметический эффект после оперативного вмешательства; длительность пребывания в стационаре во второй группе пациенток снизилась в 2 раза.

Выводы.

Таким образом, эндовидеохирургические операции имеют ряд преимуществ в детской гинекологии, так как позволяют избежать объемных, тяжелых операций, сократить время пребывания пациента в стационаре; так же отмечается положительный косметический эффект.

Тен Ю.В., Головко В.И., Тен К.Ю., Казанцева Е.О., Кафтулина И.А., Сакладова С.А.
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Патология женских половых органов составляет довольно заметный удельный вес в структуре хирургической патологии детского возраста. Выбор оптимальной тактики оперативного лечения позволяет добиться улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования. Выявление распространенности, характера патологии в гинекологии детского возраста, анализ хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. За период с 2000 по 2013 гг. в клинике детской хирургии АГМУ пролечено 104 девочки от 0 до 17 лет с патологией женских половых органов.

Результаты исследования. В структуре гинекологической патологии аномалии развития половых органов составили 36 наблюдений: атрезии девственной плевы - 14; атрезия шейки матки - 3; атрезия влагалища и матки - 2; атрезии и стенозы влагалища - 5; удвоение влагалища - 6; синехии половых губ - 6. Объемные образования малого таза имели место у 68 девочек: кисты яичников - 48; параовариальные кисты - 6; тератодермоидные опухоли яичников - 7; тератобластомы - 3; опухоли желточного мешка - 2; рак матки - 2.

У всех пациенток проводилось оперативное лечение. Выбор операции зависел от особенностей аномалии развития, характера патологии, в каждом случае - индивидуально.

Атрезия девственной плевы сочеталась с гематометрой и гематокольпосом. Характер операции - гименотомия. Атрезия шейки матки имела место в 3-х случаях, в случаях с атрезией, стенозом влагалища проводилась их пластика местными тканями, кишечным трансплантатом; у девочек с удвоением влагалища были следующие варианты: у трех девочек была атрезия девственной плевы обеих половин с гематометрой и гематокольпосом; у двух пациенток - атрезия девственной плевы одной половины влагалища с гематометрой и гематокольпосом; в одном наблюдении оба влагалища были проходимы. Во всех случаях было проведено иссечение перегородки влагалища и, при необходимости, гименотомия. У девочек, поступивших с острой задержкой мочи вследствие синехий половых губ, произведено их разделение.

При кистозных поражениях яичника выполняются органосохраняющие операции. При солидных опухолях яичника - овариоэктомия, при злокачественных удаляется и маточная труба. В 2-х случаях проведена надвлагалищная ампутация матки (рак).

Выводы.

Патология женских половых органов составляет довольно заметный удельный вес в структуре хирургической патологии детского возраста, как в количественном, так и качественном отношении. Адекватная тактика позволяет добиться выздоровления и стойкого улучшения здоровья.

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.
ГБО ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздрава России
г.Кемерово, Россия

НОВЫЙ СПОСОБ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ТРУПНОЙ ПЕЧЕНИ

Существует способ ортотопической трансплантации трупной печени, при котором на место удаленной у реципиента печени вместе с поддиафрагмальным участком нижней полой вены имплантируется печень с участком нижней полой вены от трупа человека. При этом создаются анастомозы, восстанавливающие кровоток по нижней полой вене, артериальный и венозный кровоток в печени и отток желчи в кишечник.

К недостаткам этого способа относится подавление гормональной активности правого надпочечника путем перевязки и пересечения его центральной вены. При этом происходит кровоизлияние в ткань надпочечника, повышается вероятность кровотечения из надпочечника в окружающие ткани во время и после операции. Это приводит к снижению противовоспалительного потенциала организма реципиента и усилению выраженности многочисленных осложнений со стороны трансплантата, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

В результате гипоксии, холодовой перфузии и реперфузии в донорской печени развивается воспалительный ответ с отеком и клеточной инфильтрацией, выпадением фибрина, активацией клеточных элементов. Это приводит к нарушению микроциркуляции, дистрофическим изменениям гепатоцитов и, как следствие, замедляется артериальный и венозный приток крови, повышается вероятность тромбоза сосудов, снижается функциональное состояние трансплантата.

В зависимости от степени активности этих процессов наступает острое или хроническое «отторжение» трансплантата, для предупреждения которого применяют большие дозы иммунодепрессантов. Продлевая функционирование трансплантата, они, в сою очередь, приводят к осложнениям. Мы предположили, что для профилактики осложнений со стороны

трансплантата целесообразно операцию дополнять левосторонним РПВА.

За прототип нами взят способ ортотопической трансплантации трупной печени, в котором поддиафрагмальный отдел нижней полой вены реципиента не удаляется, а соединяется с проксимальным концом участка нижней полой вены донора «конец в бок» или «бок в бок». При этом дистальный конец нижней полой вены донора перевязывается, чем операция на данном этапе упрощается, но все другие недостатки аналога сохраняются.

Целью настоящего изобретения является улучшение функции донорской печени и уменьшение осложнений. Эта цель достигается тем, что у реципиента сохраняют (венозный) кровоотток из правого надпочечника и выполняют левосторонний ренопортальный венозный анастомоз с перевязкой селезеночных сосудов, в соответствии с АС N 673271 (Заявка на изобретение N 2013103685).

Способ осуществляют следующим образом. При получении донорской печени-трансплантата удаляют печень у реципиента. Последовательно мобилизуют левую долю, связки правой доли, поддиафрагмальный отдел нижней полой вены, при этом сохраняют центральную вену правого надпочечника.

Выделяют элементы печеночно-двенадцатиперстной связки: общую и печеночную артерии, селезеночную артерию в средней ее трети, пузырный проток и пузырную артерию. Последние перевязывают и пересекают. Под брыжейкой поперечно-ободочной кишки выделяют левую почечную вену до впадения ее в нижнюю полую вену, перевязывают и пересекают все ее притоки, кроме надпочечниковой вены, пересекают нижнюю брыжеечную вену.

Выделяют место слияния селезеночной и верхней брыжеечной вен, берут на держалку-турникет левую почечную артерию. Пересекают гепатикохоледох и воротную вену, канюлируют дистальный конец воротной вены и готовят порто-бедренно-аксиллярное шунтирование. Прекращают артериальный кровоток в печень и кровоток по нижней полой вене. С этого момента осуществляют порто-бедренно-аксиллярное шунтирование. Завершают гепатэктомию, сохраняя поддиафрагмальный отдел нижней полой вены.

Далее формируют единственный кава-кавальный анастомоз по типу «конец в бок», или «бок в бок». Кровоотток из правого надпочечника сохраняют путем отжатия нижней полой вены выше впадения надпочечниковой вены. Восстанавливают портальный кровоток путем порто-портального анастомоза «конец в конец», при этом прекращают портальное шунтирование, а кава-кавальное сохраняют до восстановления портального и кавального кровотока.

Затем восстанавливают артериальный кровоток в трансплантате анастомозом общей печеночной артерии трансплантата с общей печеночной артерией реципиента по типу «конец в конец». Формируют левосторонний ренопортальный венозный анастомоз. При этом перевязывают селезеночную артерию в средней трети, а вену у устья.

Подготавливают место для имплантации устья почечной вены в устье селезеночной и бок верхней брыжеечной вен. Прекращают артериальный кровоток в левой почечной артерии, отсекают почечную вену от нижней полой вены и имплантируют в подготовленное место. Снимают пристеночный зажим с корня воротной вены, затем возобновляют кровоток по почечной артерии и над анастомозом сшивают париетальную брюшину.

Проводят билиарную реконструкцию путем холедохо-холедохоанастомоза по типу «конец в конец». Далее проводят контроль гемостаза, дренирование зон анастомозов и малого таза, зашивание лапаротомной раны послойно наглухо.

Этим способом достигается повышение общего противовоспалительного потенциала организма и воротной крови, улучшение реологических свойств воротной крови в трансплантате за счет урокиназы, артериализация трансплантата обогащенной кислородом до 92% почечной венозной кровью.

Все вместе взятое обеспечивает улучшение функционирования печени, что подтверждено авторами опытом лечения прогрессирующего ХГ путем левостороннего РПВА у 50 больных - по данным лабораторных показателей, уменьшалась выраженность синдромов: цитолиза, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности и воспаления; улучшалось клиническое состояние больных. По данным изотопной гепатографии через год поглотительная функция печени улучшилась у всех обследованных больных.

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А., Цицкунов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ NBI-ТЕХНОЛОГИИ

Актуальность. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)среди взрослого населения развитых стран достигает 20-40%. Несмотря на то, что «золотым стандартом» диагностики ГЭРБ является эндоскопическое исследование, визуальные изменения слизистой оболочки пищевода у 35-60% больных с клиникой ГЭРБ обнаружить не удается - так называемая «эндоскопически негативная ГЭРБ». Важную роль в патогенезе ГЭРБ отводят нарушению антирефлюксного механизма (барьера) пищевода, в основном это обусловлено недостаточностью кардиального жома (НК) и хиатальной грыжей. Видеоэндоскопия высокой четкости с NBI-системой (виртуальная хромоскопия) позволяет проводить осмотр в узком сине-зеленом спектре световой волны. Это улучшает визуализацию поверхностных структурных изменений в слизистой оболочке, в том числе, сосудистых, воспалительно-деструктивные, а также ранние клеточные изменения по типу метаплазии.

Цель исследования. Изучение возможностей новой цифровой видеоэндоскопической NBI-диагностики для выявления патологических изменений пищевода, определения их распространенности и степени выраженности.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование является проспективным клиническим и основано на результатах эзофагогастродуоденоскопии у 8961 пациента в возрасте от 15 до 92-х лет, проходивших обследование в отделении эндоскопии ФГБ ЛПУ "НКЦОЗШ".

Средний возраст составил 53±12,8 лет. Мужчин было - 4839 (54%), женщин - 4122 (46%). Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: 1-я - до 20 лет, 2-я - 20-39 лет, 3-я - 40-59 лет, 4-я - старше 60 лет.

Эндоскопические исследования в основной группе (80 пациентов) производили аппаратом GIF-H180 EVIS Exera-П (Olympus), оснащенном NBI-системой, в контрольной группе (8881 пациент) применяли видеоэндоскопическую систему первого поколения GIF-V70 (Olympus). Использовалась эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагитов M.Savary и G.Miller (1978 г). Статистические расчеты проводили с помощью программ Excel и MedCalc. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. По данным эндоскопии 8961 пациента воспалительно-дегенеративные заболевания пищевода чаще встречались у мужчин в возрасте от 20 до 39 лет и от 40 до 59-и лет (в сумме более 55%) и у женщин - старше 60 лет (около 10%), $p<0,05$.

Патологические изменения в пищеводе обнаружены у 38 пациентов (47,5%) основной группы и 5270 (59,3%) - контрольной, 60,1% составили мужчины, а 39,9% - женщины. Рефлюкс-эзофагит I степени диагностировали у двух третьих пациентов с патологией, около 20% - эрозивный рефлюкс-эзофагит. Пищевод Барретта встречался в 0,4% случаев в обеих группах (без различий по полу, $p>0,05$).

Диагностировано 14 злокачественных гистологически подтвержденных опухолей пищевода в возрастных группах 40-59-и лет и старше 60-и лет, что составило 0,4% ($p>0,05$). В обеих группах отмечали сочетание рефлюкс-эзофагита с недостаточностью кардиального жома и/или грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), в 22,5% (18 случаев) в основной группе и 16,6% (876 наблюдений) - в контрольной ($p>0,05$). У мужчин НК и/или ГПОД встречали в 62% случаях, у женщин - в 38%, чаще в возрасте старше 40 лет ($p<0,05$).

Таким образом, использование видеоэндоскопии и NBI-методики при выполнении рутинной эзофагогастродуоденоскопии у пациентов способствует улучшению визуализации воспалительных изменений со стороны слизистой оболочки пищевода даже при минимальной степени их выраженности.

Фролов П.А., Заикин С.И., Семенихин В.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Актуальность. Анализ публикаций последних лет свидетельствует о том, что колоректальный рак (КРР) по-прежнему занимает 2-3-е место по цифрам ежегодной заболеваемости и смертности. Исследования в области эпидемиологии рака показали, что причиной 75-80% злокачественных образований являются канцерогенные факторы окружающей среды химической природы, а 25% - 20% случаев - генетические факторы. Своеобразие экологической обстановки в таких крупных промышленных городах, как Ленинск-Кузнецкий определяется комплексным воздействием на население вредных для здоровья химических и физических факторов техногенного и природного происхождения (наиболее опасными их них являются канцерогенные факторы, содержащиеся в угле и других видах топлива и образующиеся при их переработке и сжигании). По городу Ленинску-Кузнецкому за последние 10 лет отмечается неуклонный рост случаев онкопатологии, в том числе и КРР.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку способов панхромоколоноскопии в качестве скринингового метода диагностики новообразований толстой кишки.

Материалы и методы исследования. В проспективное клиническое исследование вошли 86 бессимптомных пациентов (26 мужчин и 60 женщин), проходивших лечение и обследование в эндоскопическом отделении.

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 27.08.2011 г. «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. Отмечается высокая распространенность (более 50%) небольших новообразований до 5 мм.

Таким образом, скрининговая панхромоколоноскопия оказалась эффективным методом диагностики новообразований толстой кишки, в том числе и небольших размеров, позволяющем проводить первичную профилактику КРР. Распространенность доброкачественных новообразований толстой кишки у жителей г.Ленинска-Кузнецкого по нашим данным достигает 70%, что требует разработки определенных профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества жизни.

Хвостова С.А.
Кафедра психологии развития и возрастной психологии Курганского госуниверситета
г.Курган, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДГПЖ

Этот вопрос нас заинтересовал потому, что психолог имеет возможность активно влиять на процесс лечения, и значит, врач может правильно построить план лечебных мероприятий. По данным теста ЛОБИ (личностный опросник Бехтеревского института) у пожилых мужчин в процессе лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы - (ДГПЖ) чаще встречались следующие типы реагирования на заболевание:

1) тревожный: беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения ДГПЖ, возможность осложнений. Поэтому больные подробно расспрашивали врача о результатах анализов, заключениях других специалистов. Тревожность проецировалась в будущее, то есть возникали опасения, что болезнь существенно изменит привычный стереотип жизни;

2) ипохондрический: больные сосредоточены на субъективных болезненных и неприятных ощущениях, временами стремились рассказать о них окружающим, очень часто преувеличивали действительные и несуществующие страдания;

3) обессивно-фобический: тревожная мнительность по поводу не реальных, даже мало вероятных осложнений при хирургических вмешательствах, неудач лечения. Защитой от тревоги у людей выступали приметы и ритуалы;

4) меланхолический: удрученность болезнью, неверие в выздоровление, чаще всего обусловленые имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения, пессимистический взгляд на все вокруг. В ответ на действие стресс-факторов изменялись личностные характеристики поведения с целью направить усилия против болезни и поддержать устойчивость к ней.

Проводившаяся нами психоэмоциональная коррекция повышала психологическую адаптацию испытуемых к новым условиям существования, когда страдала уродинамика и после оперативного удаления доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Проанализировав полученные данные, мы сделали заключение, что в процессе развития ДГПЖ у больных формируется типы реагирования, характеризующиеся наличием психологической дезадаптации, которая имеет интрапсихическую (тревожность, ипохондрия, апатичность) и эмоционально-аффективную направленность (подавленность, угнетенность, «капитуляция» перед болезнью). Все это говорит о заниженности субъективной оценки своих возможностей. В процессе лечения происходило улучшение качества жизни и психологического статуса. Отмечено сглаживая эмоционального напряженности.

При ухудшениях состояния повышалось психоэмоциональное напряжения. Наличие стрессовых реакций подтверждалось увеличением концентрации гормонов стресс-группы. Так, на 7-й день концентрация АКТГ увеличивалась в 3,1 раза, кортизола в 1,2 раза, альдостерона - в 1,7 раза. По мере успокоения больных содержание этих гормонов начинало постепенно снижаться.

В механизме нарушений функции почек при ДГПЖ существенное значение имеют нарушения нейроэндокринной регуляции, о чем свидетельствует увеличение на 21-25% концентрации ангиотензина-II, являющееся одним из пусковых механизмов, поддерживающих функциональные нарушения почек.

В процессе лечения ДГПЖ современными методами происходило улучшение качества жизни и психологического статуса. Отмечено сглаживание эмоциональной напряженности.

Хвостова С.А.
Кафедра психологии развития и возрастной психологии Курганского госуниверситета
г.Курган, Россия

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) НА АКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

По данным теста Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) у пожилых мужчин в процессе лечения чаще встречались следующие типы реагирования на заболевание:

1) тревожный (беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения ДГПЖ, возможность осложнений. Поэтому больные подробно расспрашивали врача о результатах анализов, заключениях других специалистов. Тревожность проецировалась в будущее, то есть возникали опасения, что болезнь существенно изменит привычный стереотип жизни);

2) ипохондрический (больные сосредоточены на субъективных болезненных и неприятных ощущениях, временами стремились рассказать о них окружающим, очень часто преувеличивали действительные и несуществующие страдания, имели желание лечиться сочетаемое с неверием в его успех);

3) обессивно-фобический (тревожная мнительность по поводу не реальных, даже мало вероятных осложнений при хирургических вмешательствах, неудач лечения, доминирующих навязчивы мыслях. Защитой от тревоги выступали приметы и ритуалы);

4) меланхолический (удрученность болезнью, неверие в выздоровление, чаще всего обусловленые имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения, пессимистический взгляд на все вокруг).

В ответ на действие стресс-факторов - сильных душевных переживаний в связи с болезнью изменялись личностные характеристики поведения с целью направить усилия против болезни и поддержать устойчивость к ней.

Редко встречались такие типы реагирования на заболевания как анозогнозический (непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни, а следовательно уклонение от лечения); 3) эргопатический («уход от болезни в работу»).

Анализируя данные показатели, мы можем сделать заключение, что ДГПЖ, осложненная остеопорозом, формирует у больных типы реагирования, характеризующиеся наличием психологической дезадаптации, которая имеет интрапсихическую (тревожность, ипохондрия, апатичность) и эмоционально-аффективную направленность (подавленность, угнетенность, «капитуляция» перед болезнью). При этом типы реагирования с интерпсихической направленностью (т.е. реакцией на заболевание, зависящие от преморбидных особенностей личности больных): сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, эйфорический не выражены или встречаются очень редко.

На момент снятия аппарата тревожный тип реагирования сохранялся у большинства больных, но при этом сглаживались другие выраженные проявления. Это указывало на положительную динамику изменения психологического состояния в процессе лечения. Исходя из полученных результатов открывается перспектива выяснения единства психологических и физиологических компонентов адаптационного синдрома, способствующих сохранению гомеостаза и возможности оценки влияния по психологическим параметрам на активность течения заболевания и реабилитацию больных.

Сравнительно редко встречался анозогнозический тип реагирования на заболевания (непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни, а следовательно уклонение от лечения) и эргопатический («уход от болезни в работу»).

На момент снятия аппарата тревожный тип реагирования присутствовал у большинства больных, что объясняется очень значимым моментом его в процессе реабилитации, но при этом сглаживались другие выраженные проявления. Это указывало на положительную динамику изменения психологического состояния в процессе лечения.

Исходя из полученных результатов открывается перспектива выяснения единства психологических и физиологических компонентов адаптационного синдрома, способствующих

сохранению гомеостаза и возможности оценки влияния по психологическим параметрам на активность лечебного процесса и социальной реабилитации больных. Это представляет большой практический интерес.

Таким образом, в процессе развития болезни мы отметили нарушения психологических параметров в виде депрессии, тревожности и страха, астении и результатами физиологических исследований. Результаты позволяют использовать психологические тесты для характеристики физиологических функций.

Оценка выраженности эмоциональных расстройств, выделение ведущих функциональных нарушений психологического статуса больных ДГПЖ до и после лечебного процесса представляет большой практический интерес.

Хорава В.Г., Торгунаков А.П., Демидов Д.Г., Мамедов Я.З., Сашко А.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
Кафедра общей хирургии
г.Кемерово. Россия

ПРЕИМУШЕСТВА ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИЗ ПОЛУЛУННОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Актуальность проблемы. После герниопластики паховых грыж из традиционного пахового доступа рецидивы составляют 20%, а повторные рецидивы встречаются у 35-40% оперированных. Разработанный нами способ предбрюшинного протезирования передней брюшной стенки из полулунного параректального доступа позволяет решать данную проблему.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с рецидивными паховыми грыжами методом предбрюшинного протезирования брюшной стенки.

Материалы и методы исследования. За период с 2006 по 2013 годы, прооперировано и обследовано 300 пациентов с паховыми грыжами. Из них с рецидивными паховыми грыжами были 26 пациентов. Основную группу (135 пациентов) составили больные, оперированные новым способом предбрюшинного протезирования брюшной стенки из полулунного параректального доступа. Из них рецидивные грыжи - 15, первичные - 120 пациентов. В группу сравнения (165 пациентов) вошли больные с паховыми грыжами, оперированныме способом Лихтенштейна. Из них рецидивные грыжы - 11, первичные - 154 пациентов.

Основные отличия предлагаемой нами методики - это полулунный параректальный доступ, способ расположения и фиксации сетчатого протеза. При предбрюшинном полулунном параректальном доступе, оперативное вмешательство выполняют вне зоны рубцово - измененных тканей пахового канала, в том числе, семенного канатика. Это позволяет выполнить малотравматичную и адекватную герниопластику при рецидивных паховых грыжах. Данный доступ позволяет осмотреть всю заднюю поверхность паховой области и бедренного кольца, в отличии от традиционных паховых доступов, при которых вскрытие пахового канала после рецидивных паховых грыж сопряжена с техническими трудностями. Специальными швами к связке Купера и Томсона фиксируется только нижний край эндопротеза, а фиксация верхнего края, расправленного под прямой мышцей, осуществляется при сшивании передней стенки влагалища прямой мышцы.

Результаты и их обсуждение. Среди всех оперированных пациентов с рецидивными паховыми грыжами ближайшие послеоперационные осложнения наблюдали: в основной группе - гематома у 1 пациента (6,7%), а в группе сравнения у 4 (36,4%) пациентов (2 инфильтрата семенного канатика, нагноение послеоперационной раны и орхоэпидидимит на строне операции). Преимущество предбрюшинного протезирования брюшной стенки из полулунного параректального доступа связано с его малотравматочностью по сравнению с операцией Лихтенштейна. Отдаленные послеоперационные осложнения в основной группе не наблюдали, в группе сравнения наблюдали 2 (18,2%) рецидива паховой грыжи.

Выводы.

1. Оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с рецидивными паховыми грыжами показала более высокую эффективность предложенного способа пластики в сравнении с операцией по Лихтенштейну.

2. Способ предбрюшинной герниопластики паховых грыж сетчатым протезом с использованием полулунного параректального доступа может быть рекомендован для более широкого применения в клинической практике при хирургическом лечении больных с рецидивными паховыми грыжами.

Цеймах Е.А., Левин А.В., Синявин А.В., Зимонин П.Е.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГБУ «Научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г.Барнаул»
КГКУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»
г.Барнаул, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Актуальность. В настоящее время буллезная болезнь легких (ББЛ) является главной причиной спонтанного пневмоторакса (СП) на долю которой приходится от 55 до 97,5% всех случаев возникновения первичного СП.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных со СП на фоне ББЛ путем использования клапанной бронхоблокации свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положены результаты лечения 34 больных со спонтанным пневмотораксом на фоне ББЛ, находившихся на лечении в хирургических отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи г.Барнаул» с 2000 по 2013 гг. После поступления в клинику всем больным проводились лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию спонтанного пневмоторакса. При сохраняющемся сбросе воздуха по дренажам в течение 3-5 дней, вследствие функционирования бронхоплевральной фистулы, а также отсутствии тенденции к полному расправлению легкого, пациентам проводили клапанную бронхоблокацию обратным эндобронхиальным клапаном при бронхофиброскопии под местной анестезией.

Результаты исследования. Положительная рентгенологическая динамика (купирование и значительное уменьшение пневмоторакса) наблюдалась у 28 (82,4%) пациентов. Отрицательная рентгенологическая динамика (увеличение объема пневмоторакса) наблюдалась у 4 (11,8%) пациентов. Сохранение пневмоторакса в прежнем объеме отмечено у 2 (5,9%) пациентов. Длительность окклюзии составила в среднем 40,6±8,4 суток.

Выводы.

1) Применение клапанной бронхоблокации является методом выбора в комплексном лечении не разрешающегося СП на фоне ББЛ.

2) Использование окклюзии свищевого бронха обратным эндобронхиальным клапаном особенно показано у больных с двусторонним пневмотораксом, напряженным пневмотораксом, не устраняемым дренированием плевральной полости, у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, когда традиционные методы лечения связаны с определенным риском для пациента.

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

ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ

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.

Несмотря на достижения детской хирургии, в настоящее время одним из наиболее трудно диагностируемых заболеваний является остеомиелит костей таза. Сложность анатомического строения и соотношения органов области таза, многочисленные гнойные затеки, располагающиеся в мягких тканях, фасциальных клеточных пространствах на фоне первичного очага в различных отделах костей таза приводит к разнообразным клиническим проявлениям и атипичному течению болезни. Частота встречаемости остеомиелита костей таза от 3-6% (Г.А. Баиров, Л.М. Рошаль 1991 г.), до 13% (Ю.Я. Лобанов и соавт. 2012 г.).

Чаще всего поражается подвздошная кость - 49% , сакроилеит - 27%, седалищная кость - 13,3% (Ю.Я. Лобанов и соавт. 2012 г.).

Приводим одно из наших наблюдений. Больная Ф., 15 лет, поступила на лечение В ДХО 28.10.2013 г. с жалобами на боль в левой ягодице, повышение температуры тела до 39,5°С, кашель, слабость. Боль в левой ягодице возникла 17.10.2013 г. В городе, где проживал ребенок, была неоднократно осмотрена неврологом, нейрохирургом, ортопедом, хирургом. Последовательно выставлялись диагнозы: синдром грушевидной мышцы, протрузия диска L4-L5, асептический некроз головки левой бедренной кости, абсцесс левой ягодицы. Находилась на амбулаторном лечении. Получала противовоспалительные, обезболивающие препараты, массаж, физиолечение, ЛФК. 26.10.2013 г. поступила на стационарное лечение.

28.10.2013 г. реанимобилем доставлена в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ». При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации, болевого синдрома, течения сепсиса. Температера 39,2°С. Кожа чистая. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах. ЧД 25 в мин. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Локально: в области левой ягодицы гиперемия, отек. При пальпации отмечается резкая болезненность. Определяется уплотнение мягких тканей. Пальпация, перкуссия левого бедра, области левого тазобедренного сустава безболезненные. Активные и пассивные движения левой нижней конечностью вызывают резкую боль в левой ягодице. МСКТ: сакроилеит слева. Флегмона левой подвздошной ямки, флегмона левой ягодичной области. Двухсторонняя полисегментарная пневмония.

Проведена операция: забрюшинное вскрытие, дренирование флегмоны области левой подвздошной ямки, подвздошно-крестцового сочленения. Получено до 100 мл гноя. Взят посев на микрофлору. Дренирование полости гнойника. Вскрыта глубокая флегмона левой ягодицы. При ревизии гнойник распространяется от уровня крестцово-подвздошного сочленения слевадо проекции большого вертела левого бедра. Получено до 150 мл гноя. Взят посев на микрофлору. Дренирование полости гнойника. При посеве выделен золотистый стафилококк.

С 28.10.2013-05.11.2013 г. находилась на лечении в отделении реанимации. Послеоперационный период без осложнений. Дренажи удалены на 8 сутки. Швы сняты на 10-11 сутки. Заживление ран первичным натяжением. Получала лечение - антибиотики: меронем, ванкомицин, сульпиразон, рифампицин. Ингаляции с лазолваном, бородуалом, содой, инфузия глюкозо-солевых растворов, трентал. Физиолечение, дыхательная гимнастика, ЛФК. Выписан ребенок в удовлетворительном состоянии на 23-е сутки.

Яковлева Н.В., Агафонова Н.В., Евсюкова Ю.М.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

В России в структуре бесплодного брака преобладают сочетанные нарушения репродуктивной системы, что значительно затрудняет выбор необходимых методов диагностики и лечения. Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения. В связи с этим чрезвычайно важным становится внедрение новых методов диагностики бесплодия у женщин. Мультиспиральная компьютерная гистеросальпингография - неинвазивный метод оценки женской репродуктивной системы, сочетающий в себе методику гистеросальпингографии с технологией мультиспиральной компьютерной томографии.

Цель исследования. Оценить эффективность мультиспиральной компьютерной гистеросальпингографии в диагностике трубно-перитонеального бесплодия у женщин.

Материалы и методы исследования. Средний возраст больных составил 29,8±4,35 лет. Основной жалобой всех пациенток было бесплодие, средняя длительность которого составила 5,8±0,2 лет. Было проведено исследование точности мультиспиральной компьютерной гистеросальпингографии (МСКТ ГСГ) в сравнении с лапароскопией при выявлении трубной патологии у 30 пациенток с бесплодием.

Мультиспиральная компьютерная гистеросальпингография проводилась на мультиспиральном рентгеновском компьютерном томографе «Light Speed Plus» (General Electric) с одновременным введением в полость матки йодистого водорастворимого контрастного вещества (76% раствора урографина) с помощью автоматического шприца со скоростью 0,3 мл/сек. Эндоскопическое обследование и лечение проводилось с использованием оборудования фирмы «Karl Storz» (Германия) под эндотрахеальным наркозом.

Результаты исследования. При МСКТ ГСГ у 20-и из 30-и пациенток полость матки имела правильную треугольную форму. Размеры матки зависели от возраста и наличия родов в анамнезе. Матка малых размеров была у нерожавших женщин (15) и при генитальном инфантилизме (2). Матка больших размеров выявлялась при аденомиозе (3) и лейомиоме матки (4).

При исследовании проходимости маточных труб окклюзия маточных труб была диагностирована у 12 (40%) женщин. Единственная маточная труба определена у 15 (50%) больных. У двух больных были непроходимы обе маточные трубы, у 10 - окклюзия была односторонней. У большинства пациенток маточные трубы были поражены в дистальных отделах (75%). Гидросальпинксы выявлены у 9 пациенток и определялись как расширение ампулярной части маточной трубы.

При обследовании 30 пациенток с бесплодием у 17 (56,7%) определены признаки спаечного процесса. Компьютерно-томографические признаки спаечного процесса в малом тазу проявлялись в виде патологической извитости, скрученности и фиксации маточных труб к висцеральной и париетальной брюшине, а также в виде локального скопления излившегося в брюшную полость контрастного вещества. Кроме того, признаками спаечного процесса в полости малого таза при объемной реконструкции являлось изменение положения матки в виде резкого отклонения ее в сторону, искривление цервикального канала.

Во всех наблюдениях результаты мультиспиральной компьютерной гистеросальпингографии были подтверждены данными лапароскопии и гистероскопии. Было установлено совпадение с лапароскопическими данными обследования проходимости маточных труб в 96,7% (29) случаев, в отличие от рентгенографической гистеросальпингографии, где совпадение с лапароскопией обнаружено в 76,8% случаев ($p<0,05$; 95% ДИ 0,36-0,43).

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 в 96,6% случаев, генитального эндометриоза - в 90%, заболеваний яичников и матки - в 96,7%, патологии костного скелета - в 100%.

Однако у данного метода исследования были выявлены следующие недостатки: высокая стоимость и влияние ионизирующей радиации. Доза радиации при мультиспиральной гистеросальпингографии составила от 2 до 5 мЗв (средняя эффективная доза радиации 3,69±0,85 мЗв), что по данным различных исследователей оценивается как низкая. Осложнений при проведении данного метода обследования не было.

Таким образом, МСКТ ГСГ является эффективным методом оценки состояния маточных труб и выявления сопутствующей гинекологической патологии у пациенток с сочетанными формами бесплодия. Однако его применение ограничено у пациенток с низким овариальным резервом и непереносимостью йодистых контрастных веществ.

Яковлева Н.В.

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

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Актуальность. Вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний, остаются весьма актуальными. Оперативные вмешательства, проводимые по неотложным показаниям, нередко представляют значительные трудности, так как отсутствует необходимая предоперационная подготовка и полноценное обследование. При оказании экстренной помощи гинекологическим больным часто используется лапаротомный доступ и излишний радикализм, что в дальнейшем может приводить к нарушению менструальной и детородной функций у женщин.

Целью исследования. Оценка эффективности использования малоинвазивных эндоскопических технологий при лечении экстренной гинекологической патологии.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения 842 женщин в возрасте от 18 до 50 лет с острой гинекологической патологией. Всем больным с подозрением на острую гинекологическую патологию было проведено комплексное обследование, которое позволило в первые сутки поставить правильный диагноз и провести оперативное вмешательство. Структура острых гинекологических заболеваний, по данным лапароскопии, была представлена следующим образом: эктопическая беременность - 270 (32,1%), гнойные воспалительные заболевания органов малого таза - 220 (26,1%), апоплексия яичника и разрыв кист яичника - 215 (25,5%), перекрут придатков матки - 12 (1,4%), миома матки с нарушением питания узла или рождающимся миоматозным узлом - 120 (14,3%), перфорация матки - 5 (0,6%).

Результаты исследования. Эндоскопический метод лечения внематочной беременности применен у 100% (270) больных. Радикальные операции выполнены 113 пациенткам при значительном повреждении маточной трубы плодным яйцом и при незаинтересованности женщины в сохранении маточной трубы. У 157 (58,1%) пациенток с нереализованной репродуктивной функцией проведены органосохраняющие операции. Характер органосохраняющей операции зависел от размеров и локализации плодного яйца. При его имплантации в ампулярном отделе трубы и небольшом сроке беременности в 12 случаях проводилось осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы.

У большинства пациенток (80%) проводилась сальпинготомия: рассечение маточной трубы в месте локализации плодного яйца, удаление его щипцами, промывание и гемостаз микробиполяром. При невозможности осуществить гемостаз после удаления плодного яйца из плодовместилища 21 женщине выполнена сегментарная резекция маточной трубы с последующим формированием стомы. Всего отслежены результаты эндоскопического лечения

внематочной беременности у 142 пациенток (из 270): нормальная проходимость маточных труб наблюдалась у 71,1% (101), маточная беременность наступила у 53 (37,3%), повторно внематочная беременность - у 9,8% (14), стеноз и обструкция маточной трубы выявлена у 41 пациентки, что потребовало в дальнейшем проведения реконструктивно-пластических операций.

Одним из дискуссионных вопросов остается проблема применения лапароскопического доступа в лечении пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза. Нами использовались различные доступы при лечении гнойных процессов гениталий: лапаротомный, трансвагинальный, лапароскопический.

Выполнены следующие оперативные вмешательства: лечебно-санационная лапароскопия - 54, сальпингэктомия - 51, вскрытие и дренирование абсцесса позадиматочного углубления - 25, аднексэктомия - 31, гистерэктомия - 35, сальпингостомия и динамическая лапароскопия - 24. Лапароскопический доступ был использован у 81,8% (180) пациенток. При лапароскопии проводили ревизию органов брюшной полости, удаление гнойника, санацию брюшной полости антисептическими растворами. При отсутствии детей у пациенток с пиосальпинксами проводилось оперативное вмешательство с сохранением хотя бы одной маточной трубы. У таких пациенток в послеоперационном периоде использовали динамическую лапароскопию для оценки течения воспалительного процесса и санации гнойника.

В послеоперационном периоде широко использовались методы экстракорпоральной иммунофармакотерапии: дискретный плазмаферез с реинфузией аутогенной клеточной массы крови после инкубации с разовой дозой антибиотика широкого спектра действия, разрешенного для внутривенного введения. Курс состоял из 5 процедур через сутки. Использование эфферентных методов способствовало полноценной санации очага микробного воспаления и восстановлению функциональной полноценности иммунной системы.

Применение при пиосальпинксах, тубоовариальных абсцессах пролонгированного лапароскопического лечения в комплексе с методом экстракорпоральной гемокоррекции, позволило уменьшить количество радикальных операций на 50%. После пролонгированного лапароскопического лечения маточная беременность наступила у 8 из 24 (33%) женщин, окклюзия маточных труб выявлена у 16.

Приоритетным методом лечения разрыва кист и апоплексии яичника явился лапароскопический метод и органосохраняющий подход, даже при массивном внутрибрюшном кровотечении. Выполнено 215 оперативных вмешательств: коагуляция кровоточащих сосудов яичника - 45, цистэктомия - 154, резекция яичника - 16. Удаление яичника или придатков матки при апоплексиях мы не проводили. Органосохраняющее эндоскопическое оперативное вмешательство при данном заболевании способствовало профилактике спаечного процесса в полости малого таза, нарушений менструального цикла, сохранению детородной функции.

Перекрут придатков матки выявлен нами при лапароскопическом обследовании у 12 пациенток. При выраженных некротических изменениях в придатках матки 4 женщинам проведена аднексэктомия, у 8 удалось сохранить придатки путем проведения их деторсии.

При нарушении питания в миоматозном узле у 71 женщины с нереализованной детородной функцией проводилась консервативная миомэктомия с ушиванием ложа миоматозного узла лапароскопическим доступом. При рождающихся миоматозных узлах у 49 пациенток проведена трансцервикальная электрохирургическая или механическая миомэктомия при помощи гистерорезектоскопа, что позволило избежать лапаротомии и гистерэктомии.

При перфорации матки после различных внутриматочных вмешательств использовался лапароскопический доступ: коагуляция кровоточащих сосудов в области перфорационного отверстия биполяром в 2-х случаях, ушивание перфорационного отверстия викрилом - у трех женщин. Лапароскопические операции проходили практически бескровно, благодаря использованию электроэнергии для рассечения тканей и гемостаза. Завершали операцию промыванием брюшной полости большим количеством физиологического раствора. Дренажи не использовали из-за возможного возникновения спаек. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. Послеоперационный период протекал благоприятно: применения наркотических анальгетиков и стимуляции кишечника не требовалось. Средний койко-день составил 5,0±0,7.

Таким образом, наш опыт применения современных малоинвазивных технологий,

являющихся альтернативой лапаротомным операциям, при острой гинекологической патологии свидетельствует об их высокой эффективности.

Выводы.

1. Эндоскопические методы лечения экстренных гинекологических заболеваний отличаются минимальной инвазивностью, хорошей переносимостью, короткими сроками реабилитации и пребывания в стационаре.

2. Внедрение современных малоинвазивных доступов позволяет избежать радикальных операций и сохранить репродуктивную функцию женщин.

3. Включение в комплекс лечения экстракорпоральной иммунофармакотерапии позволяет улучшить результаты оперативного лечения за счет купирования воспалительного процесса и снижения выраженности послеоперационного спаечного процессов.

Мозговая С.В., Черепанова Е.В.
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кемеровской области»
г.Кемерово, Россия

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ ПРЕПАРАТОМ «ПЕЛОИД»

Хронический тонзиллофарингит относится к наиболее распространенным заболеваниям верхних дыхательных путей в различных возрастных группах. Так как данной патологией занимаются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры, врачи общей врачебной практики, точная статистика отсутствует. Причиной тонзиллофарингита чаще бывает вирусная инфекция, которая в дальнейшем сменяется бактериальной. Развитию тонзиллофарингита способствуют иммунодефицитные состояния, различные заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринные заболевания, гиповитаминоз А, С, а также тяжелые соматические заболевания, повышенная загазованность и запыленность воздуха.

Современные подходы к лечению острых и хронических заболеваний глотки учитывают комплексное применение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Основными препаратами для этиотропной терапии продолжают оставаться антибиотики. Но с другой стороны их применение не всегда обосновано и рационально и часто обуславливает появление резистентных штаммов, присоединение грибковой патологии, увеличивает иммуносупрессию. В настоящее время чаще стали использовать иммуномодулирующие средства. Однако частое и необоснованное их применение приводит к усилению иммунодефицита, и как следствие - более частые и продолжительные обострения тонзиллофарингита.

Целью настоящей работы явилась оценка клинической эффективности препарата «Пелоид» в комплексной терапии больных с острым и обострением хронического тонзиллофарингита.

В состав средства для ингаляций «Пелоид» включает богатый комплекс биологически активных минеральных и органических соединений (сульфиты, хлор, натрий, гидрокарбонаты, калий, кальций, бром, бор, кобальт, марганец, железо), рапы соленых озер Сибири.

Действие «Пелоида» на слизистую оболочку связано с наличием в нем широкого спектра биологически активных компонентов. Хлористый калий повышает активность мерцательного эпителия; хлористый натрий играет большую роль в осмотических процессах; кальций и магний уменьшают воспалительные процессы; йодистый натрий повышает секрецию и разжижает вязкую и густую слизь. Таким образом, средство оказывает комплексное противовоспалительное и отхаркивающее действие.

Материалы и методы исследования. В клинико-лабораторное исследование были включены 30 пациентов, из них 10 человек с острым и 20 человек с обострением хронического тонзиллофарингита (основная группа). Эти пациенты получали «Пелоид» в виде ультразвуковых ингаляций, 1 раз в день курсом 7-10 процедур - с острой патологией, местно: промывание миндалин раствором антисептиков курсом 7-10 процедур ежедневно - с обострением хронического процесса.

Больным контрольной группы 30 человек (12 человек - с острым, 18 человек - с обострением хронического тонзиллофарингита) проводилось промывание миндалин с растворами антисептиков и полоскание горла растворами антисептиков 7-10 дней.

До начала лечения всем пациентам проводилась мезофарингоскопия, сбор анамнеза и жалоб больных. Оценка проводилась по сенсорно-аналоговой шкале (по каждому симптому в баллах, где 0 - отсутствие симптомов, а 10 - максимальная величина). Дополнительно - микробиотическое исследование мазков с задней стенки глотки.

Результаты исследования. До начала исследования мазков выраженность всех симптомов как объективных, так субъективных у пациентов основной и контрольной групп была примерно одинакова. Основными жалобами были: боли в горле, ощущение саднения, жжения, дискомфорта, сухости в горле, образование некротических масс в миндалинах, ухудшение общего состояния. При фарингоскопии: выраженная гиперемия и отечность задней стенки глотки и небных миндалин, гранулы и отделяемое на задней стенке глотки.

На фоне проводимой терапии около 80% пациентов в основной группе, принимавших «Пелоид» в виде ингаляций, уже в течение первых суток отметили уменьшение болевых ощущений в глотке. Полное исчезновение болевого симптома отметили 86% пациентов на 3 день от начала лечения. В контрольной группе - в 30% пациентов на 2-3 день улучшение, полное исчезновение жалоб на 5-6 день лечения. При фарингоскопии: отечность и гиперемия слизистой глотки исчезли на 4-5 день в основной группе и 8-10 день в контрольной группе. Исчезновение налета и отделяемого на задней стенке глотки наступило на 4-5 день в основной группе и на 8-10 день в контрольной группе.

Полное исчезновение явлений воспалительного характера в глотке после проведенного курса лечения в основной группе 93%, а в контрольной 60%. Микробиологическое исследование показало восстановление нормального микробиоценоза слизистой оболочки глотки после лечения препаратом «Пелоид» у 21 пациента (89%) из основной группы и у 12 пациентов (40%) из контрольной группы, в течение месяца после начала лечения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достоверной эффективности препарата «Пелоид» в лечении тонзиллофарингита. Все пациенты, принимавшие препарат «Пелоид» в виде ингаляций, отмечали хорошую переносимость препарата.

Побочный эффект в виде сухости задней стенки глотки был отмечен у 1,5% пациентов, с уменьшением концентрации препарата побочный эффект исчез.

В течение 2-х месяцев после окончания лечения отмечено возникновение рецидива: в основной группе - 3,5%, а в контрольной группе - 16%. У большинства пациентов с хроническим тонзиллофарингитом, принимавших ингаляции с препаратом «Пелоид», отмечалось уменьшение признаков тонзиллита исчезновение или уменьшение количества казеозных масс в лакунах, уменьшение объема миндалин, что свидетельствует о профилактической направленности препарата.

Выводы.

Результаты исследования клинического применения препарата «Пелоид» в амбулаторной практике подтвердили эффективность препарата в комплексном лечении острых и хронических тонзиллофарингитах, что подтверждается полученными клиническими данными.

Как показало лечение, препарат «Пелоид» хорошо переносится пациентами, побочные эффекты минимальны и легко устранимы.

Рева В.А., Денисов А.В., Самохвалов И.М.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
г.Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Актуальность исследования. Повреждения кровеносных сосудов в мирное время встречаются в 2-3% случаев всех травм и ранений. В последнее время эндоваскулярные технологии все чаще используют в лечении подобных пациентов, что позволяет снизить хирургическую

агрессию и уменьшить время операции. Целью исследования явилась оценка возможности эндоваскулярного лечения острого посттравматического артериального тромбоза.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на 10 овцах Эдильбаевской породы (самках), массой от 38 до 44 кг. На подготовительном этапе устанавливали интродьюсер 6Fr в наружную яремную вену для проведения анестезии тилетамином и инфузионной терапии, а также интродьюсер 6Fr в правую бедренную артерию, через которую осуществляли вмешательство и инвазивный мониторинг артериального давления.

Выполняли катетеризацию левой наружной подвздошной артерии контралатеральным доступом, катетер устанавливали в зоне отхождения глубокой артерии бедра (ГАБ) от бедренной артерии (БА) и производили ангиографию с использованием мобильной С-дуги. Далее выполняли открытый доступ к зоне деления БА через разрез длиной 5-7 см в левой паховой области, и путем многократного наложения-сжатия раздавливающего зажима моделировали закрытое повреждение артериальной стенки на протяжении 2 см, отступя 1 см от места отхождения ГАБ. Через 1 час зажимы с БА снимали и выполняли ангиографию. При получении картины «стоп-контраста» животных делили на 2 группы. Животным группы 1 («опыт») выполняли реканализацию зоны окклюзии, тромбэкстракцию и имплантировали коронарный стент Синус (Ангиолайн) диаметром 3,5-4,0 мм, длиной 28-38 мм. Выполняли контрольную ангиографию и заканчивали эксперимент извлечением инструментов и мануальным гемостазом. Животным группы 2 («контроль») операцию не выполняли. Всем животным обеих групп проводили антикоагулянтную и антибактериальную терапию. Животные опытной группы также ежедневно получали стандартную двойную дезагрегантную терапию. Скорость кровотока в оперированной и здоровой тазовой конечности контролировалась на 1-е, 3-и и 7-е сутки эксперимента с помощью ультразвуковой допплерографии. Через 7 суток животные выводились из эксперимента.

Результаты исследования. У всех 10 животных удалось успешно создать модель острого посттравматического артериального тромбоза. Спустя 1 ч после моделирования тромбоза средняя систолическая скорость упала с 41,2±8,1 см/с до 8,0±6,1 см/с ($p<0,01$), систоло-диастолическое соотношение SD - с 10,1±11,8 до 1,8±1,5 ($p<0,05$), а индекс пульсативности PI - с 2,5±1,3 до 0,8±0,7 ($p<0,05$). Всем животным опытной группы успешно выполнена реканализация тромбированного сегмента БА и имплантирован стент (одному животному - 3 стента). Среднее время операции составило 100±39 мин. Непосредственный отличный ангиографический результат после окончания операции получен во всех случаях. Спустя 1 ч после операции отмечено увеличение систолической скорости, соотношения SD и индекса PI до 28,3±9,8 см/с, 7,9±11,3 и 2,1±0,7, соответственно. Спустя 1, 3, 7 сут у 2 из 5 животных опытной группы отмечен коллатеральный кровоток в стентированной артерии, что свидетельствовало о тромбозе стента и впоследствии было подтверждено при контрольной артериографии. У остальных трех животных артерии при ангиографии проходимы без рестеноза. Все животные дожили до окончания эксперимента.

Выводы.

Эндоваскулярная хирургия возможна и безопасна при острых посттравматических артериальных тромбозах. Реканализация и стентирование поврежденной артерии возможны в 100% случаев с отличным ангиографическим результатом. Вероятной причиной тромбоза стента у 2 из 5 животных является недостаточная антикоагулянтная терапия и имплантация трех стентов в зоне динамической нагрузки одному животному.

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, лекции 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 – 84714**

Ф.СП-1	Почта России											
	АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА»							84714 (индекс издания)				
	(полное название издания)					Количество экземпляров:						
	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	месяц	число	84714 (индекс издания)								
	«Политравма»											
	(полное название издания)											
	Стоимость	подписки		___руб.___коп.			Количество экземпляров					
		переадресовки		___руб.___коп.								
	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://vipdh.ru/catalog-Pochta-Rossii

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ

Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Исмаилов А.И., Мамедова А.М., Джалилова С.А., Исмаилов М.И.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева
г.Баку, Республика Азербайджан

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С МОНОЦИТАРНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Поражения слизистой оболочки полости рта сопровождаются заболеваниями внутренних органов, и особенно часто их обнаруживают при болезнях пищеварительного тракта, что объясняется общностью функции полости рта и единством всех его отделов.

Основную функциональную роль в очаге воспаления играют различные типы лейкоцитов и макрофаги (моноциты). В иммунологической защите полости рта немаловажная роль принадлежит цитокиновой регуляции.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь уровней ИЛ-1β, ИЛ-2 с лейкоцитарно-моноцитарной воспалительной реакцией у больных язвенным стоматитом на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Обследовано 17 больных язвенным стоматитом. Из них у 10 больных была язва 12 прямой кишки, у 5 - язва желудка. Исследования уровней ИЛ-1β и ИЛ-2 определяли в крови и в смешанной слюне набором реагентов Вектор-Бест (г.Новосибирск). Для оценки воспалительного процесса в полости рта проведены цитоморфологические исследования мазков отпечатков; забор материала проводился со здоровой слизистой, а также из очагов воспаления.

В разгар клинических проявлений уровень ИЛ-1β и ИЛ-2 в крови и слюне был повышен, и в большей мере отмечалось повышение ИЛ-1β. Наряду с этим в цитограммах мазков выявлялись моноциты (макрофаги) без патологии и голоядерные. Очевидно, что многие изменения клеточного состава воспалительного очага могут быть связаны с эффектами цитокинов. Известно, что ИЛ-1 - полифункциональный цитокин, являющийся первичным регулятором воспаления и иммунного ответа, вырабатывается моноцитами, нейтрофилами, фибробластами и другими клетками.

Уровень ИЛ-1β в среднем по группе превышал содержание нормы в 1,3 раза ($p<0,05$). Вместе с тем, у 6 пациентов отмечался пониженный уровень ИЛ-1? и сочетался с высоким уровнем голоядерных моноцитов.

Корреляционный анализ показал наличие положительной связи между содержанием ИЛ-1β в смешанной слюне и моноцитами без патологии, и отрицательную взаимосвязь между уровнем ИЛ-1β и голоядерными моноцитами. С учетом приведенных данных можно, по-видимому говорить о том, что негативные изменения в морфологической структуре моноцитов (макрофагов) сопровождаются их функциональной недостаточностью и сниженной способностью к секреции ИЛ-1β.

Алимова Я.Ю., Дунаева М.П.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РОЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследования. Оценка этиопатогенитических факторов, возможности диагностики, лечения и исходы РеА у детей и подростков в педиатрическом отделении N 1.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 49 историй болезни пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с реактивным артритом (РеА). Из них 28 пациентов - девочки (57%), в то время как мальчиков было всего 21 (43%). Средний возраст составил 8,8±4,6лет.

По возрасту - дети преддошкольного периода (от 1года до 3-х лет) - 6 пациентов, дошкольный период (с 3-х до 6лет) - 11 детей, младший школьный период (с 7 до 11лет) 13 детей, старший школьный период (с 12 до 17лет) 19 пациентов.

При поступлении у всех детей в общем анализе крови определяли выраженность гуморальной активности по уровню нейтрофилов на автоматическом гематологическом анализаторе «SISMEX XT-1800 i/XT-2000i» (Япония), СОЭ по методу Вестр-Грена. Микроскопическим методом исследовался клеточный состав синовиальной жидкости, мазки из носа и зева на микрофлору. Анализ крови на АТ к паразитарным инфекциям определялись методом ИФА (тест система производство «Вектор-BEST» пос.Кольцово Новосибирская обл). Определялся ревмофактор, С-реактивный белок, антистрептолизин О иммуно-турбометрическим методом на аппара КОБАС 6000 (Япония) с использованием реактивов фирмы Рош (Германия), посев кала на патогенную и условно-патогенную флору. Из функциональных методов использовалась рентгенография суставов.

Результаты и их обсуждение. В группе детей в возрасте от 1года до 15 лет с реактивными артритами преобладали девочки в 57% случаев.

Установлено, что в развитии РеА основное значение придается не только инфекции, но и наследственной предрасположенности. Нами отмечена отягощенная наследственность у 13 пациентов (26,5%). 19 пациентов относились к группе часто болеющих детей (38,8%).

Выявлено отсутствие ревматоидного фактора у всех обследованных пациентов, что не противоречит литературным данным. В группе пациентов от 1года до 3-х лет установлено, что РеА случился после перенесенного ОРЗ и гастроэнтерита в анамнезе. Этиологию установить не удалось. Связь с перенесенной вирусной или бактериальной инфекцией была установлена у 26 пациентов (53%).

Также было отмечено повышение содержания С-реактивного белка соответственно активности заболевания у 9 пациентов (18,4%) и повышение антистрептолизина О у 5 человек (10,2%). В исследовании не была установлена причина реактивных артритов у 47 % пациентов. Наличие хламидийных антител (иммуноглобулинов различных классов) в сыворотке крови выявлено у 2 пациентов (4%). Из носоглотки у 17 детей (34,7%) выделены культуры рода Streptococus.

Также был выявлен диагностический титр антител из крови пациентов к паразитарным инфекциям (описторхии и токсокары) у 3 человек (6,1%) и копрологическим методом выделена культура энтеробактерий у 4 детей (8,2%). В нашем исследовании по рентгенограммам суставов у 5 пациентов были выявлены изменения: остеопороз 2 пациента (4%), дефигурация 2 пациента (4%), экзостоз 1 пациент (2%).

Все дети получали комплексное лечение в условиях стационара.

Антибиотикотерапия проводилась 36 пациентам (73,5%), НПВС получали 40 детей (81,6%), аминохинолины назначались 7 пациентам (14,3%), ГКС получали 3 человека (6,1%). Большая часть детей, а именно 37 человек (75,5%), получали в комплексе лечения физиотерапию.

Выздоровление мы наблюдали у 43 детей (87,8%), рецидивирующее течение заболевания у 5 пациентов (10,2%). Диагноз ювенильный ревматоидный артрит установлен у 1 ребенка (2%).

Выводы.

1. Для уточнения этиологии реактивных артритов необходимо дополнительно проводить иммунологическое исследование (антитела к ДНК, коллагену, эластину, комплемент, определять постэнтероколитические антитела).

2. Выявлено отсутствие ревматоидного фактора у всех обследованных пациентов, что не противоречит литературным данным.

3.Связь с перенесенной вирусной или бактериальной инфекцией была установлена у 26 пациентов (53%).

4. Более ранняя диагностика и использование современных методов лечения на ранних стадиях заболевания в 87,8% случаев позволяет достигнуть улучшения качества жизни детей с реактивными артритами.

Алтарев С.С., Кривошапова К.Е., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ АСПИРИНОТЕРАПИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно европейских и североамериканских рекомендаций большинство операций, проводимых у пациентов, принимающих ацетилсалициловую кислоту с целью вторичной профилактики церебро- и кардиоваскулярных событий, должно проводиться без ее отмены. В 2013 г. операции коронарного шунтирования (КШ), проводимые в ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМНу ряда пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, начали проводиться без отмены аспирина в предоперационном периоде.

Цель исследования. Оценить результаты проведения операций КШ, проведенных без отмены аспирина в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. В 2013 г. в ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН был разработан алгоритм подготовки пациентов к операциям КШ, одним из компонентов этой подготовки явилось продолжение приема аспирина в предоперационном периоде у некоторых пациентов группы пациентов высокого риска.

В настоящей работе проанализированы данные пациентов, которым операции КШ были проведены без отмены аспирина в предоперационном периоде. Группу сравнения составили 218 пациентов, которым операции коронарного шунтирования были проведены по «стандартной» схеме предоперационной подготовки, т.е., с отменой аспирина и назначением гепаринов. Собирались демографические, клинические и параклинические данные на каждого пациента, информацияо проведенном хирургическом вмешательстве, получаемом до и после вмешательства лечении, интра- и послеоперационных осложнениях и исходах КШ.

Формирование баз данных проводилось в среде MicrosoftOfficeExcel 2007 (Microsoft Corporation). Статистическая обработка материала осуществлялась в среде пакета статистических программ SPSSforWindows 13.0 (SPSSInc.). Критическое значение двустороннего уровня значимости принималось равным 5% (0,05).

Результаты исследования. Было прооперировано 103 пациента, получавших аспирин в предоперационном периоде (группа аспиринотерапии). В группе аспиринотерапии было прооперировано больше пациентов с острым коронарным синдромом (18,5% против 2,3% в группе сравнения, $p<0,001$), атеросклерозом периферических артерий (35,0% против 11,9%, соответственно, $p<0,001$), сахарным диабетом (26,2% против 19,7%, соответственно, $p=0,002$) и хронической болезнью почек (34,0% против 15,1%, соответственно, $p<0,001$). По остальным клинико-анамнестическим характеристикам указанные группы были сопоставимы. Интраоперационные показатели (частота и длительность применения искусственного кровообращения, потребность в периоперационном использовании внутриаортального баллонного контрпульсатора, длительность пережатия аорты) не различались в сравниваемых группах.

При анализе осложнений и исходов хирургического вмешательства выяснилось, что по частоте развития послеоперационных пароксизмов фибрилляции/трепетания предсердий (34,0% в группе аспиринотерапии и 20,2% в группе сравнения, $p=0,29$), желудочно-кишечных кровотечений (2,0% и 0,5%, соответственно, $p=0,24$) и пневмонии (16,5% и 11,9%, соответственно, $p=0,26$), а также по потребности в ремедиастинотомии (1,9% и 0,9%, соответственно, $p=0,60$) группы сравнения не различались.Было зафиксировано два (2,0%) летальных исхода в группе аспиринотерапии и три (1,4%) летальных исхода в группе сравнения ($p=0,69$).

Выводы.

Проведение антитромбоцитарной терапии перед операциями КШ является относительно безопасной альтернативой «стандартной» схеме предоперационной подготовки, заключающейся в отмене аспирина и назначении иньекций/инфузии гепаринов.

Астахова И.М., Передеро Н.С., Ковзик Л.Д., Дзедатайс Н.В.
ТБ-3 ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России
г.Мариинск, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ «С»

Противотуберкулезные препараты, применяемы в современных схемах лечения обладают гепатотоксическими свойствами и в клинической практике часто имеют место симптомы поражения печени у больных туберкулезом, получающих противотуберкулезную терапию. Токсические реакции лабораторно подтверждаются биохимическими показателями крови: АСТ, АЛТ, тимоловая проба.

Цель исследования. Определить изменение биохимических показателей крови на фоне приема ПТП основного и резервного ряда у больных туберкулезом, имеющих хронический гепатит «С» как сопутствующее заболевание.

Материалы и методы исследования. Оценка биохимических показателей крови (АСТ, АЛТ, тимоловая проба) при анализе 38 историй болезни больных туберкулезом с гепатитом «С» и 36 историй болезни больных туберкулезом без гепатита. Все пациенты на фоне приема ПТП принимали гепатопротекторы (фосфоглив или эсслиер по 2 капслы 3 раза в сутки).

Результаты исследования. ПТП основного ряда принимали 16 больных с гепатитом «С». На начало лечения признаки активности гепатита выявлены у 6 (37,5%) больных (повышение тимоловой пробы в 2 раза, повышение АСТ и АЛТ незначительное - менее чем в 2 раза). У 10 (62,5%) пациентов гепатит в неактивной фазе.

Через 1 месяц терапии (изониазид 0,6 г/сут; пиразинамид 2,0 г/сут; рифампицин 0,6 го/сут; этамбутол 1,2 г/сут) у 7 (43,7%) человек имелись признаки поражения печени, подтвержденные повышенными показателями АСТ и АЛТ (повышение в 2 раза), тимоловая проба оставалась повышенной у 4 пациентов.

После завершения интенсивной фазы лечения (3-4 месяца лечения) признаки поражения печени сохранялись у 3 (18,7%) больных, подтвержденные повышением АСТ и АЛТ, при нормализации тимоловой пробы у всех больных. К концу 6 месяца лечения биохимические показатели нормализовались у всех больных.

18 больных не имели гепатита «С» и получали ПТП основного ряда. На начало лечения у 2 (11%) больных отмечено повышение АСТ и АЛТ менее чем в 2 раза при нормальных значениях тимоловой пробы. Через 1 месяц терапии (изониазид 0,6 г/сут; пиразинамид 2,0 г/сут; рифампицин 0,6 г/сут; этамбутол 1,2 г/сут) у 6 (33,3%) человека имелись признаки поражения печени, подтвержденные повышенными показателями АСТ и АЛТ (повышение в 2 раза) и тимоловой пробы менее чем в 2 раза. У остальных больных биохимические показатели не изменились. После завершения интенсивной фазы лечения (3-4 месяца лечения) признаки поражения печени отмечены у 3 (16,6%) больных, подтверждены повышением АЛТ менее чем в 2 раза. К концу 6 месяца лечения признаки поражения печени сохранялись у 1 пациента.

ПТП резервного ряда принимали 22 пациента с гепатитом «С». На начало лечения признаки активности гепатита выявлены у 11 (50%) больных (повышение тимоловой пробы в 2 раза, повышение АСТ и АЛТ в 1,5-2 раза). У 11 пациентов гепатит в неактивной фазе.

Через 1 месяц терапии (ПАСК 10-12 г/сут; пиразинамид 2,0 г/сут; циклосерин 0,75 г/сут; левофлоксацин 0,75 г/сут; капреомицин 1,0 в/м) у 10 (45,4) человек имелись признаки поражения печени, подтвержденные повышенными показателями АСТ и АЛТ (повышение в 2 раза), тимоловая проба увеличена в 2 раза в 4 случаях. После 3 месяцев лечения признаки поражения печени сохранялись у 10 (45,4%) больных, что подтверждено повышением АСТ и АЛТ в 1,5-2 раза, тимоловой пробы в 1,5 раза. К концу 6 месяца лечения биохимические показатели с признаками поражения печени оставались у 10 (45,4%) больных.

У 18 больных без гепатита «С», получающих ПТП резерва, на начало лечения биохимические показатели крови в пределах нормы, в дальнейшем признаки поражения печени наблюдались лишь у 2 (11%) больных с нормализацией показателей (АЛТ, АСТ, тимоловая проба) через 3 месяца лечения.

Выводы.

У больных туберкулезом с наличием сопутствующей патологии - хронический гепатит «С», получающих ПТП как основного, так и резервного ряда после 1 месяца лечения в 43-45% случаев имеет место токсическое поражение печени.

У пациентов, получающих ПТП основного ряда признаки поражения печени купировались на фоне приема гепатопротекторов через 3-4 месяца лечения. У пациентов, получающих ПТП резервного ряда, признаки поражения печени сохранялись на фоне приема гепатопротекторов в 45% случаев, что обусловлено большей токсичностью комбинации ПТП резервного ряда.

Батанина И.А., Жарова Т.А., Воробьева Е.Н.
НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»
г.Барнаул, Россия

НОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИТАМИНА В12

Известно, что витамин B_{12} - кофактор синтеза метионина из гомоцистеина, участвует в образовании миелина и вместе с фолатом необходим для синтеза ДНК. Причинами дефицита витамина B_{12} могут быть пищевая недостаточность, синдром мальабсорбции и другие. С низким уровнем B_{12} в сыворотке крови связаны дефицит железа, поздние сроки нормально протекающей беременности, вегетарианство, гастрэктомия, удаление повздошной кишки, прием пероральных контрацептивов, глистные инвазии, недостаточность поджелудочной железы, лечение эпилепсии и преклонный возраст.

Повышенные уровни B_{12} в сыворотке крови связаны с почечной недостаточностью, заболеваниями печени и миелопролиферативными болезнями. Дефицит B_{12} может вызывать мегалобластную анемию (МА), повреждение нервных волокон (периферическая полинейропатия) и дегенерацию спинного мозга. Уровень B_{12} на нижнем уровне нормального диапазона допустимых значений не гарантирует, что уровни B_{12} действительно соответствуют норме. Поэтому пациенты с симптомами гиповитаминоза должны пройти дальнейшее тестирование на гомоцистеин, транскобаламин и др.

Цель исследования. Апробация метода определения витамина B_{12}.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили реагентами «Architect B_{12}» (каталожный номер 6C09) на системе ARCHITECT plus I 1000 sr (Abbott). Architect B_{12} представляет собой хемилюминесцентный двухстадийный иммуноанализ (CMIA) на микрочастицах с внутренним фактором с автоматической предварительной обработкой образцов. Метод был апробирован на 15 пациентах (отделение гастроэнтерологии) (средний возраст 59,3-63,8 лет) с признаками МА. Кроме того, были обследованы 7 детей с целиакией (средний возраст 5,2±3,1 лет).

Результаты исследования. У всех обследованных выявлены изменения в общем анализе крови: снижение уровня гемоглобина (91,0±12,5 г/дл), гематокрита (29,4±2,8%), среднего объема эритроцитов (MCV) (72,4±2,5 fl), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH) (18,7±2,4 pg), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) (25,5±2,7 г/дл). При референтных значениях 187-883 пг/мл у обследованных была обнаружена концентрация 250,3±21,8 пг/мл. Показательно, что у пациента на фоне введения парентерального введения препарата витамина B_{12} уровень в сыворотке крови 2000 пг/мл. У пациентки после резекции кишечника и гастрэктомии - 217 пг/мл.

В качестве примера можно привести данные пациентки с атрофическим Hp-позитивным гастритом, целиакией, железодефицитной анемией - уровень B_{12} - 213 нг/мл. У детей с эпилепсией, получающих специфическую терапию и угнетающую функцию костного мозга отмечено снижение уровня B_{12} в среднем - 264,3±4,7 пг/мл.

Обсуждение. Известно, что концентрации B_{12} выше 300 или 400 пг/мл редко связаны с дефицитом B_{12}, вызывающим гематологические или неврологические заболевания. Симптоматическим пациентам с уровнями концентрации B_{12} от 100 до 300 пг/мл (от 74 до 221 пмоль/л) (гематологические отклонения) и от 100 до 400 пг/мл (от 74 до 295 пмоль/л) (неврологические отклонения) рекомендуется дальнейшее обследование.

Выводы.

Апробированная методика определения витамина B_{12} в сыворотке крови может существенно повысить диагностические возможности у пациентов различного профиля (гастроэнтерологический, неврологический, гематологический и др.).

Бернс С.А., Зыкова Д.С., Шмидт Е.А., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Цель исследования. Изучение ассоциации полиморфных вариантов G-1082A (rs3024491) и C-592A (rs1800872) гена интерлейкина-10 (ИЛ-10) с мультифокальным проявлением атеросклероза у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы исследования. В данное исследование было включено 178 пациентов. Проводилась коронарная ангиография и цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий (ЭКА), артерий нижних конечностей (АНК) на аппарате ультразвуковой диагностики Vivid 7 Dimension фирмы General Electric (США).

У всех пациентов определены полиморфизмы C-592A (rs1800872) и G-1082A (rs3024491) гена ИЛ-10. Дополнительно у 93 пациентов была изучена концентрация в крови ИЛ-10 на 13-е сутки индексного ОКС. Группа здоровых добровольцев (n=200) представлена лицами без сердечно-сосудистых и хронических заболеваний. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы SPSS версии 16.0 (США).

Результаты исследования. Частоты генотипов и аллелей полиморфизмов rs1800872 (C-592A) и rs3024491 (G-1082A) гена ИЛ-10 у здоровых добровольцев и больных ОКСбпST не различались. Выявлено, что генотип АА ассоциирован с уменьшением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) в сравнении с генотипами СА и СС (1,07 (0,98-1,14) мм против 1,18 (1,14-1,21) мм и 1,17 (1,14-1,19) мм, соответственно, p=0,04). Для оценки ассоциаций исследуемого полиморфизма с выраженностью атеросклеротического процесса пациенты были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 11 (6,2%) больных без стенотического поражения коронарных артерий (КА) и периферических артерий (ПА); во вторую - 85 (47,8%) пациентов со стенозами только КА; в третью - 52 (29,2%) больных с поражением КА и стенозами ПА менее 50%; в четвертую - 30 (16,9%) пациентов с поражением КА и стенозами ПА более 50%.

Таким образом, третья и четвертая группы были объединены общим понятием «мультифокальный атеросклероз». Частота встречаемости мультифокального атеросклероза у носителей генотипов СС, СА и АА полиморфизма rs1800872 ИЛ-10 практически не различалась и составила 48,9%, 41,3%% и 40%, соответственно. Однако генотип СА ассоциирован с более тяжелым проявлением атеросклероза. Так, частота МФА со стенозами ПА более 50% составила для генотипа СА 54,8%, для генотипов СС и АА - 38,7% и 6,4%, соответственно (p=0,043). Кроме того, генотип СА был ассоциирован с сочетанием стенозов КА и ПА более 50% (он был зафиксирован с частотой 57% у этой категории пациентов).

При исследовании взаимосвязи полиморфизмов rs1800872 (C-592A) и rs3024491 гена ИЛ-10 с концентрацией ИЛ-10 крови выявлено, что носители генотипа АА полиморфизма rs1800872 характеризовались большим уровнем ИЛ-10 по сравнению с генотипами СА и СС: 1,20 (0,57; 1,83) пг/мл против 0,38 (0,15; 0,61) пг/мл и 0,36 (0,14; 0,57) пг/мл, соответственно (p=0,04). Связи полиморфизма rs3024491 гена ИЛ-10 с концентрацией ИЛ-10 крови и МФА выявлено не было.

Выводы.

Генотип АА полиморфизма rs1800872 (C-592A) гена ИЛ-10 сочетается с уменьшением толщины комплекса интима-медиа, низкой частотой выявления стенозов периферических артерий и

повышением продукции ИЛ-10 у пациентов с ОКСбпST. Носительство генотипа CA полиморфизма rs1800872 гена ИЛ-10 ассоциировано с наличием мультифокального атеросклероза у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Бернс С.А., Шмидт Е.А., Зыкова Д.С., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ВКЛАД ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА rs1800629 (G-308A) ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α В РАЗВИТИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Цель исследования. Изучение ассоциации полиморфного варианта rs1800629 (G-308A) гена фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и его продукта в периферической крови с факторами кардиоваскулярного риска и годовым прогнозом у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 178 пациентов, у которые генотипированы по полиморфизму rs1800629 (G-308A) гена ФНО-α. Дополнительно у 93 пациентов была изучена концентрация в крови ФНО-α на 13-е сутки индексного ОКС.

Через год наблюдения неблагоприятный исход зарегистрирован у 40 (22,5%) пациентов: у 29 (16,3%) - нестабильная стенокардия, у 2 (1,1%) - кардиоваскулярная смерть, у 5 (2,8%) - нефатальный инфаркт миокарда, у 4 (2,3%) - ишемический инсульт. Контрольная группа (n=200) представлена лицами без сердечно-сосудистых и хронических заболеваний. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы SPSS версии 16.0 (США).

Результаты исследования. Уровень концентрации ФНО-α в крови больных ОКСбпST был значимо выше в сравнении с пациентами контрольной группы: 14,37 (11,9-16,83) против 2,31 (1,42-3,70) пг/мл (p=0,001). Средняя концентрация ФНО-α при благоприятном и неблагоприятном годовом прогнозе у больных ОКСбпST не различалась. Однако, в группе пациентов с неблагоприятным прогнозом было значимо больше больных с повышением концентрации (выше 75‰) ФНО-α >16,83, пг/мл по сравнению с количеством таких пациентов в группе благоприятного прогноза: 10 (45,0%) против 13 (21,2%) человек, соответственно (p=0,04; OR±95CL=3,1 (1,1-9,1)). Ассоциации полиморфизма rs1800629 гена ФНО-α с уровнем ФНО-α в крови исследуемых не выявлено.

Также не было выявлено связи между полиморфным вариантом rs1800629 гена ФНО-α с госпитальным и годовым прогнозом. Однако, была выявлена ассоциация носительства генотипа GG полиморфизма rs1800629 (G-308A) гена ФНО-α с наличием атеросклероза любой локализации. Так, для генотипа GG частота выявления атеросклеротического поражения составила 95,7%; n=133, для генотипа GA - 86,4%; n=33 (p=0,04). Также генотип GG имел связь с наличием коронарного атеросклероза (КА). Носители генотипа GG имели КА в 93,7% случаев, генотипа GA - в 82,1% случаев (p=0,02). Тенденция к достоверности наблюдалась и для выраженности атеросклеротического поражения: трехсосудистое поражение КА имели 39,2% носителей генотипа GG и 23,1% носителей генотипа GA (p=0,06).

Выводы.

Носительство генотипа GG полиморфизма rs1800629 (G-308A) гена ФНО-α ассоциировано с наличием атеросклероза любой локализации. Носительство аллели G данного полиморфного варианта гена достоверно взаимосвязано с наличием и выраженностью коронарного атеросклероза.

Значимой взаимосвязи между концентрацией в крови ФНО-α и полиморфизмом rs1800629 (G-308A) гена ФНО-α не выявлено. Высокий уровень ФНО-α (>16,83 пг/мл) в крови больных ОКСбпST связан с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Бойко Е.А.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВА АВТОМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Служба клинической лабораторной диагностики XXI века стремительно изменяется. Современные требования медицины диктуют необходимость разработки и выполнения новых тестов для объективной оценки состояния пациентов. Происходит укрупнение лабораторий, их централизация, значительно возрастает объем проводимых исследований. Перед многими лабораториями остро встает вопрос финансовой рентабельности. Таковы общие тенденции в сфере здравоохранения во всем мире.

Количество лабораторных процессов, которые можно автоматизировать, на сегодняшний день очень велико и продолжает стремительно расти. Автоматизировать сегодня можно, как относительно простые процедуры, так и более сложные действия.

Все процедуры лабораторного исследования можно комбинировать друг с другом, то есть полностью автоматизировать работу лаборатории. В рутинной лабораторной практике для определения основных параметров клинической биохимии чаще всего используются фотометрические способы определения. Измерительное оборудование для выполнения биохимических исследований можно подразделить на три группы: спектрофотометры, полуавтоматические биохимические анализаторы и полностью автоматизированные аналитические системы.

Спектрофотометры и фотоэлектроколориметры рассчитаны на регистрацию величины оптической плотности и могут производить элементарные математические операции с полученными величинами. Между собой они различаются по наличию (или отсутствию) ряда дополнительных возможностей, таких как термостатирование пробы, автоматический вычет холостой пробы, вывод результатов на дисплей или на печатную ленту, и тому подобное. Подготовка реагентов, смешивание и внесение образцов, распределение очередности тестов для всех этих приборов осуществляется персоналом лаборатории вручную, поэтому используемые в этом случае методики называют «ручными» или «мануальными».

Полуавтоматические биохимические анализаторы также требуют «вмешательства оператора», однако, начиная с момента введения реакционной смеси в анализатор, все последующие стадии автоматизированы. Оператор проводит подготовку проб и смешивание реагентов, однако очередность внесения холостой пробы, калибраторов или стандартов определяет прибор, выдавая оператору запрос на их исследование и на внесение следующей пробы (в различных вариациях).

Расчет результатов в полуавтоматических биохимических анализаторах автоматизирован, результаты подаются на дисплей, некоторые системы способны оценивать адекватность полученных результатов и протекание реакции. Большинство полуавтоматы имеют встроенный процессор и дисплей, некоторые обладают возможностью подключения к внешним компьютерам или оборудованы стандартным записывающим устройством (дисковод). Вывод результатов осуществляется как на дисплей, так и на принтер.

Полностью автоматизированные биохимические анализаторы осуществляют дозирование реагентов, их смешивание и внос реакционной смеси в зону анализа автоматически. Контроль оператора требуется только на стадии подготовки анализатора к работе (его калибровке, необходимом техническом обслуживании, проведении ежедневных процедур оценки качества исследований), при программировании тестов, при определении перечня назначаемых тестов и их очередности, количества анализируемых проб. Анализатор рассчитывает результаты исследований, выдает их на дисплей, либо они распечатываются принтером.

Автоматизация лабораторий имеет ряд преимуществ:

1. Повышение производительности и пропускной способности лаборатории.

2. Изменение технологических процессов выполнения исследований ведущее к высвобождению рабочего времени персонала лаборатории. В основном это касается сотрудников, занятых рутинной однообразной работой, поскольку автоматические анализаторы либо полностью

автономны, либо требуют контроля со стороны ограниченного числа персонала лаборатории.

3. Улучшение качества результатов. К примеру, автоматическое пипетирование обеспечивает постоянную точность внесения реагентов, буферов и других жидкостей. Автоматизация позволяет четко выдерживать время выполнения каждой процедуры. Сроки калибровок находятся под жестким контролем программы. Исследования контрольного материала являются ежедневной насущной необходимостью. Все это, безусловно, повышает качество лабораторного исследования.

4. Стандартизация тестирования и устранение человеческого фактора и связанных с этим устранением случайных или преднамеренных ошибок.

Автоматические анализаторы: Synchron CX 4 и CX9 PRO; позже Architect i8000 Abbott; Architect c2000 Abbott; ACL 200 IL;ACL Elite Pro IL; Sysmex 560 Siemens; Sysmex 1500 Siemens стали главной составляющей приборного комплекса лаборатории клинической биохимии ГАУЗ КОКБ, поскольку выполняют основной объем всех биохимических, гормональных и коагулологических исследований в плановом и экстренном порядке.

Анализаторы обладают рядом особенностей, позволяющих обеспечить высокое качество получаемых результатов, повысить производительность и рентабельность лаборатории:

- Широкий диапазон исследований (определение субстратов, ферментов, специфических белков, электролитов, гормонов, коагулологических тестов);
- Одновременное определение до 33 параметров на одном анализаторе;
- Автоматическая полихроматическая коррекция, позволяющая нивелировать артефакты, связанные с плохим качеством сыворотки;
- Автоматическая проверка качества реагентов (измерение оптической плотности реагентов до добавления образца);
- Автоматизированное дозирование реагентов, их смешивание и внос реакционной смеси в зону анализа;
- Невысокий расход реагента (в 2-3 раза меньше в сравнении с мануальными методиками и определением на полуавтоматических анализаторах).
- Автоматическая калибровка, возможность получения результатов исследования контрольных материалов до начала работы с пробами пациентов;
- Малый (до 300 мкл) расход реагента на одно исследование способствует снижению стоимости анализа и позволяет сократить материальные затраты лаборатории.
- Оценка достоверности результатов, при получении недостоверного результата повтор анализа с разведением пробы;
- Автоматизированная система позволяет полностью исключить ручной труд из аналитического процесса, тем самым, улучшая качество выполнения лабораторного исследования и повышая безопасность труда сотрудников лаборатории;
- Много других индивидуальных преимуществ, в соответствии с типом анализатора.

До внедрения в практику работы лабораторной службы больницы автоматических анализаторов основной объем биохимических исследований выполнялся на полуавтоматических анализаторах и фотометрах с проточной кюветой, требующих большого вклада ручного труда (дозирование крови и реагентов), существовали методы и в чисто ручном исполнении.

Необходимо подчеркнуть, что при работе с примитивным оборудованием имеется ряд существенных недостатков, которые значимо влияют на качество и количество лабораторных исследований. Отработав на автоматических анализаторах уже 8 лет, мы уже не представляем лабораторную работу иначе. Автоматы достаточно просты в работе, удобны в обслуживании и, что немаловажно, дают высокое качество результатов исследований. Биохимические и коагулологические анализаторы представляют собой «открытую» систему и допускают проведение анализа практически на любых реагентах промышленного производства, в т.ч. и российского.

В лаборатории была проведена серьезная работа по адаптации высококачественных современных наборов реагентов различных производителей, что позволило оценить и нивелировать лабораторные затраты. Использование в работе автоматических анализаторов позволяет добиться быстроты исполнения, точности получаемого результата, следовательно, достоверности проводимых исследований. Результаты исследований контрольного материала ежедневного внутрилабораторного контроля качества и циклов ФСВОК это подтверждают.

Достаточно сложно дать рецепты на все случаи жизни, но если кто-то сомневается в

целесообразности автоматизации лабораторных исследований - всегда решайте сомнения в пользу приобретения современного автоматического биохимического анализатора, максимально подходящего по своим возможностям для решения диагностических задач конкретной лаборатории.

Бойко Е.А., Лось Е.А., Черкасова Е.А.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА ВЭЖХ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И В ОЦЕНКЕ РИСКОВ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Сахарный диабет (СД) - эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции или действия инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем. Компенсация углеводного обмена является в настоящее время единственным способом профилактики ранней инвалидизации и смертности людей, страдающих СД.

В процессе лечения определение текущего уровня глюкозы в крови (натощак, тест толерантности к глюкозе) не будет отражать действительную степень компенсации СД, а это может привести либо к передозировке лечебных препаратов, либо к неоправданному уменьшению их количества. Более точным показателем колебаний уровня глюкозы в течение временного периода и компенсации СД любого типа будет служить уровень гликозилированного (гликированного) гемоглобина (HbA1c). В здоровом организме гликозилировано около 3-6% HbA, у больных диабетом этот уровень в 2 или даже в 3 раза выше, в зависимости от степени гипергликемии. С нормализацией содержания глюкозы в крови значения HbA1c постепенно снижаются до нормы (у больных сахарным диабетом при компенсации содержание HbA1c < 7,0%).

HbA1c характеризует средний уровень глюкозы в крови на протяжении длительного промежутка времени, а именно, трех месяцев, что определяется продолжительностью жизни эритроцитов. Уровень HbA1c свидетельствует одновременно об уровне глюкозы натощак и о препрандиальном и постпрандиальном уровнях.

В целом, определение HbA1c дает усредненное, интегрированное представление об уровне гликемии при всех формах диабета. HbA1c - это не только диагностический показатель, но и весьма достоверный предиктор целого спектра осложнений, как микрососудистых, так и макрососудистых. Уровень HbA1c показывает:

1) какой была концентрация глюкозы в предшествующие 4-8 недель,
2) какой была степень компенсации углеводного обмена на протяжении этого периода,
3) каков на данный момент риск развития осложнений диабета.

По принятым стандартам лечения в России, как и в остальном мире, пациентам с СД рекомендуется измерять гликозилированный гемоглобин 4 раза в год (Российская федеральная подпрограмма «Сахарный диабет»). Практически все национальные диабетические ассоциации, ВОЗ и ВФД (Всемирная федерация диабета - IDF) рекомендуют поддерживать «строгую» компенсацию углеводного обмена, при которой уровень гликогемоглобина (HbA1c) в крови составлял бы менее 7% и даже ниже 6,5% (при норме 6,0%). В рекомендациях, разработанных АДА (American Diabetes Association) совместно с ВФД в 2006 году, подчеркивается, что показатель HbA1c более 7,0% следует рассматривать как недостаточную компенсацию углеводного обмена у больного СД 2 типа.

За последнее десятилетие для определения содержания гликогемоглобина были разработаны и нашли практическое применение много аналитических методов (катионообменная хроматография высокого и низкого давления, ионообменная хроматография, аффинная хроматография; электрофоретический метод и электрофокусирование; колориметрический метод с использованием тиобарбитуровой кислоты и иммунохимические методы, в частности, иммунотурбидиметрия) и был поднят вопрос о необходимости их стандартизации.

С этой целью стартовала глобальная программа стандартизации NGSP, призванная

найти критерии, по которым те или иные методики имеют право на существование. Принимая во внимание строгие требования к определению пограничных значений содержания гликогемоглобина у больных СД, были разработаны современные требования к методу измерения гликогемоглобина:

- метод должен быть стандартизирован (сертификат NGSP, IFCC или ERL)
- межсерийный Cv не должен быть выше 4%;
- исследование должно быть непродолжительным;
- процедура анализа должна быть простой.

Главным требованием к стандартизованным по NGSP методам признан коэффициент вариации (CV), который характеризует воспроизводимость теста (показатель разброса результатов). По требованиям NGSP с 2004 года CV должен быть не более 4%. Такой высокой воспроизводимостью обладают далеко не все существующие на данный момент методики.

Необходимым требованиям могут отвечать лишь те методы, которые определяют фракцию A1c напрямую, а не путем перерасчета общего гликозилированного гемоглобина на фракцию HbA1c. В июле 2001 года международным сообществом были утверждены референсные методы определения HbA1c. Таковыми стали высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ) и капиллярный электрофорез (HPLC/capillary electrophoresis, HPLC-CE).

В настоящее время для измерения уровня HbA1c в лабораториях России используется 2 основных метода: метод аффинной хроматографии (колоночный тест) и метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ), являющийся методом «золотого стандарта» в определении HbA1. Первый метод основан на аффинной хроматографии гликозилированной и негликозилированной фракций гемоглобина в гемолизате крови. Однако, хотя этот метод имеет неплохие показатели по воспроизводимости и правильности, он не лишен очень серьезных недостатков.

Недостатки метода могут серьезно повлиять на правильность определения концентрации гликозилированного гемоглобина в крови пациента. Современным высокоинформативным методом определения гликированного гемоглобина является метод ВЭЖХ, принятый NGSP как референсный метод, используемый в большинстве ведущих лабораторий мира. Референсная методика ВЭЖХ обладает наибольшей аналитической точностью и воспроизводимостью и уже много лет считается «золотым стандартом» в определении гликозилированного гемоглобина.

Для количественного исследования фракций гемоглобина методом ВЭЖХ в лаборатории клинической биохимии Кемеровской областной клинической больницы используется автоматический анализатор «D 10» («БИО-РАД» США). К основным преимуществам данного анализатора относятся:

- Высокая достоверность результатов анализа. Широкий линейный диапазон и высокая эффективность разделения гемоглобиновых фракций позволяет с высокой точностью определять стабильную и лабильную фракции гемоглобина. CV менее 4%, на практике - 1-1,5%.
- Хорошая производительность (одновременное исследование 10 образцов). Получение первого результата через 3 минуты.
- Простота и удобство эксплуатации. Полностью автоматизированная система. Предварительная пробоподготовка отсутствует. Результаты исследований представляются в виде распечатки с хроматограммой и сообщением, идентифицирующим все обнаруженные пики и относительный процент каждого пика. Результаты определения уровня фракции HbA1C представлены отдельной строкой.
- Вероятность случайных ошибок при выполнении анализа минимальна. Полная автоматизация аналитического процесса, использование первичных пробирок, идентификация образцов, контролей и калибраторов по штрих - коду устраняет вероятность появления субъективных ошибок специалиста лаборатории, выполняющего исследование. Автоматическая программа самотестирования прибора предупредит пользователя о некорректной работе отдельных узлов системы и подскажет порядок действий по устранению неисправности.

С применением данного анализатора лаборатория уже выполнила более 2,5 тыс. исследований для пациентов областного диабетологического центра, отделений терапевтического, хирургического, педиатрического и акушеро-гинекологического профиля. Результаты исследований контрольного материала (внутрилабораторный и внешний контроль качества) неизменно отвечают всем требованиям нормативных документов по качеству лабораторных исследований.

Неоспоримые преимущества автоматизированного анализатора «D10» «БИО-РАД» позволили ему стать ведущим мировым лидером и получить высокую оценку специалистов лабораторной диагностики и диабетологов всего мира. Область применения метода:

1. доклиническое выявление нарушений метаболизма углеводов;
2. определение степени компенсации углеводного обмена у больных СД;
3. диагностика диабета беременных.

Проведение постоянного мониторинга состояния углеводного обмена у больных СД является необходимым условием для профилактики сосудистых осложнений, отсрочки их прогрессирования, сохранения работоспособности больных, поддержания нормального качества их жизни и снижения частоты инвалидизации. Последние рекомендации ВОЗ, ВФД и ЕАИД еще раз подчеркивают необходимость своевременной диагностики данного заболевания, а также проведения постоянного качественного контроля терапии и профилактики сосудистых осложнений СД, что возможно лишь при использовании современных методов и диагностического оборудования.

Бородкина Д.А., Квиткова Л.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ГАУЗ Кемеровская областная больница
г.Кемерово, Россия

О ВЗАИМОСВЯЗИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И АДИПОКИНОВ ПРИ РАЗНОМ РАСПРЕДЕЛЕНИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Цель исследования. Изучить у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST наличие связи между особенностью распределения жировой ткани и инсулинорезестеностью (ИР), а также адипонектином и лептином.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 мужчины с ИМ с подъемом сегмента ST. У всех пациентов определяли индекс массы тела - ИМТ (кг/м^2), окружность талии - ОТ (см), окружность бедер ОБ (см), ОТ/ОБ. Избыточную массу тела имели 30, ожирение - 34 пациентов. Площадь висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и подкожной жировой ткани (ПЖТ) оценивались методом компьютерной томографии (КТ). Висцеральное ожирение (ВО) диагностировалось у пациентов при площади ВЖТ$\geq$130 см^2. Уровень лептина и адипонектина определяли в день поступления и на 12-14-е сутки ИМ. За референсный диапазон принимались значения лептина 2,0-5,6 нг/мл, адипонектина 8-30 мг/л. ИР оценивалась на 1-е и 12-е сутки по индексу HOMA, при значениях HOMA-IR>2,77. Данные проанализированы с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 9.0. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждения. ИР при поступлении выявлена у 51,5% (n=33), на 12-е сутки ИМ - 53,1% (n=34) пациентов. По наличию ИР на 12-е сутки ИМ все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа - не имели ИР (n=30), 2 группа - имели ИР (n=34). Сравниваемые группы были сопоставимы по ИМТ в 1-й группе - 27,6 (27,3:29,3) кг/м^2 и 2-й группе - 28,3 (26,7:30,1) кг/м^2 (p=0,26) и по ОТ: без ИР - 98 (95:108) см и с ИР-102 (104:116) см (p=0,07).

Однако отношение ОТ/ОБ соответствовало абдоминальному ожирению (АО) только у пациентов с ИР-1,2 (0,98:1,3), у пациентов без ИР-0,85 (0,72:0,89) (p=0,001). Площадь ВЖТ при ИР-158 (132:172) см^3 была больше, чем без ИР-125 (115:144) см^3 (p=0,00). Площадь ПЖТ, напротив, была больше у пациентов без ИР: - 403 (368:466) см^3, чем с ИР - 380 (320:400) см^3 (p=0,00). ВО было диагностировано у 100% (n=34) пациентов с ИР и у 20% (n=6) без ИР.

Концентрация адипонектина в 1-й группе была выше 12,5 (8,5:26,8) мкЕд/мл, чем во 2-й 9,0 (5,9:17,9) мкЕд/мл (p=0,00) и на 1-е сутки, и на 12-е сутки соответственно: 14,0 (8,5:24,3) мкЕд/мл и 9,3 (6,8:13,5) мкЕд/мл, (p=0,04).

Концентрация лептина, напротив, была достоверно выше во 2-й группе и на 1-е (p=0,00), и на 12-е сутки (p=0,02). Так, в 1-й группе на 1-е сутки-3,5 (2,0:5,0) нг/мл и на 12-е

сутки - 7,9 (4,5:11,4) нг/мл, во 2-й группе на 1-е сутки - 14,5 (10,5:18,5) нг/мл, на 12-е сутки - 13,4 (6,9:19,1) нг/мл. При проведении корреляционного анализа у больных с ИР установлена прямая связь между ВЖТ и индексом HOMA: на 1 сутки (r=0,59, p=0,01), на 12-е сутки (r=0,4, p=0,00); с концентрацией адипонектина на 1-е сутки (r=-0,84, p=0,04) и 12-е сутки (r=-0,43, p=0,04) и с концентрацией лептина 1-е сутки (r=0,54, p=0,04) и 12-е сутки (r=0,48, p=0,04). Связь между ВЖТ и ОТ/ОБ была только во 2-й группе (r=0,64, p=0,02).

Выводы.

При одинаковой ОТ у больных с преобладанием ВЖТ ИР встречается чаще, чем при преобладании ПЖТ. Коэффициент ОТ/ОБ - более чувствительный маркер ВО, чем ОТ. ВО ассоциировано с ИР и адипокиновым дисбалансом.

Быкова И.С., Зыков М.В., Кашталап В.В., Хрячкова О.Н., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ЛИПОКАЛИНА (NGAL) У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности как в Российской Федерации, так и во всем мире. При этом известно, что почечная недостаточность оказывает влияние на тяжесть течения и прогноз пациентов с ИБС. Биологические маркеры являются ранними индикаторами доклинической дисфункции почек, что особенно значимо у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Цель исследования. Изучение клинической и прогностической значимости сывороточного липокалина (sNGAL) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 88 пациентов, госпитализированных в 2010 году в Кемеровский кардиологический диспансер по поводу инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) давностью до 24 часов от начала заболевания, которым на 1 и 10-14 сутки госпитализации определялись уровни креатинина крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD для выявления почечной дисфункции (ПД - снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м^2) и липокалина-2 (sNGAL). Для сывороточного sNGAL референсные значения составили 0,037-0,106 нг/мл. Проведена оценка связи sNGAL с частотой развития комбинированной конечной точки (ККТ) (смерть + несмертельные сердечно-сосудистые осложнения).

Результаты исследования. Определено, что по результатам оценки СКФ признаки ПД при поступлении были выявлены у 24 (27,3%) пациентов, перед выпиской из стационара - у 60 (68,2%) пациентов с ИМпST, при этом у 17 (19,3% пациентов в течение госпитализации произошло ухудшение функции почек со снижением СКФ от исходного менее 60 мл/мин/1,73 м^2, а у 13 (14,8%) пациентов отмечено увеличение уровня СКФ более 60 мл/мин/1,73 м^2 по сравнению с исходными показателями.

У пациентов с ИМпST в течение госпитального периода наблюдалось значимое повышение уровня sNGAL с 1,33 (0,36-1,91) на первые сутки госпитализации до 1,63 (1,25-2,62) нг/мл на 12-14 сутки госпитализации, (p=0,002). При этом уровень sNGAL положительно коррелировал с уровнем сывороточного креатинина как на первые сутки (R=0,18, p=0,02), так и на 12-14 сутки госпитального периода (R=0,16, p=0,039). Относительно концентраций sNGAL, определенных на первые и 12 сутки, в группах пациентов с наличием и отсутствием ПД при поступлении значимых различий получено не было (p>0,05). На 12-14 сутки госпитализации в группе пациентов с ИМ и ПД медианы концентраций NGAL были значимо выше (1,93 (1,55-2,52), по сравнению с группой пациентов без признаков ПД (1,53 (1,18-2,62) нг/мл, p<0,05).

Развитие сердечно-сосудистых осложнений (рецидив ИМ, развитие клиники ранней постинфарктной стенокардии, инсульта) в госпитальном периоде ИМ было ассоциировано с уровнем sNGAL, определенного в первые сутки госпитализации (R=0,18, p=0,018). Так у пациентов, имевших любое из вышеуказанных осложнений, уровень sNGAL на первые сутки госпитализации был значимо выше, чем у пациентов без таковых (1,42 (1,17-2,27) vs 1,2 (0,2-1,86) нг/мл, p=0,019). Более высокие уровни sNGAL на 10-14 сутки были ассоциированы как с развитием сердечно-сосудистой смерти, так и с развитием ККТ в течение 3 лет наблюдения (2,36 (1,77-2,93) и 2,04 (1,31-2,63) нг/мл) vs 1,61 (1,22-2,52) и 1,48 (1,1-1,94) нг/мл соответственно у пациентов с благоприятным течением постинфарктного периода.

При построении прогностической модели развития ККТ в течение 3 лет наблюдения повышение уровня sNGAL на 12-14 сутки госпитального периода выше 1,25 нг/мл обусловливало 88% увеличение риска развития неблагоприятных исходов течения ИМ. В прогностическую модель, наряду с ПД, оцениваемой с помощью sNGAL, но не СКФ, вошли передняя локализация ИМ (OR 2,02 (1,37-3,0), p=0,0001), трехсосудистое поражение коронарных артерий (OR 1,88 (1,25-2,82), p=0,002) и проведение первичного ЧКВ (OR 0,44 (0,28-0,69), p=0,0001).

Выводы.

У пациентов с ИМпST высокие значения sNGAL ассоциируются с развитием ПД. Концентрация sNGAL более 1,25 нг/мл на 12-14 сутки госпитализации ассоциируется с двукратным увеличением сердечно-сосудистого риска в течение 3 лет наблюдения после перенесенного ИМ.

Власова Е.М., Шляпников Д.М.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научный центр
медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
г.Пермь, Россия

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ВЫПОЛНЕНИИ ПОДЗЕМНЫХ ГОРНЫХ РАБОТ

Условия труда, характерные для горнодобывающей отрасли, создают потенциальный риск для здоровья работников, занятых на подземных работах, и определяют необходимость количественной оценки связей между показателями здоровья работников различных стажевых групп с производственными факторами, воздействующими на организм.

Цель исследования. Оценка воздействия комплекса производственных факторов на состояние здоровья работников, занятых на подземных работах.

Для проведения работы сформированы группа наблюдения - 139 (мужчин) машинистов горных выемочных машин, средний возраст 36,6 лет, средний стаж 16,3 лет) и группа сравнения - 53 работника (мужчин) без воздействия вредных производственных факторов, средний возраст 39,2 лет, средний стаж 11,8 лет. Для оценки стажевой детерминации группы ранжированы по стажу.

Были выполнены исследования содержания взвешенных веществ (пыли) в воздухе рабочей зоны согласно документам ГОСТ Р ИСО 16017-2-2007, ГОСТ 12.1.005-88, Р 2.2.2006-05, МУ-4436-87 и определение фракционного состава пыли (с выделением фракций $PM_{2.5}$, PM_{10}). Осуществлялось математическое моделирование зависимости «экспозиция- стаж-ответ».

Условия труда при интегральной оценке в соответствии с Р 2.2.2006-05 относятся к вредным 3 степени - класс условий труда 3.3. При априорной оценке профессиональный риск классифицируется как высокий (непереносимый). При определении фракционного состава взвешенных веществ (пыли) на рабочих местах средний аэродинамический диаметр составил 62,5 нм, ширина распределения составила 21 нм.

В группе наблюдения у 20% работников имеется нарушение исходного уровня адаптации (у 15,7% нарушение гомеостаза, у 4,28% - истощение адаптации). В группе сравнения у 6,66% работников - нарушение гомеостаза. Выявлено локальное утолщение комплекса интима-медиа с выраженной стажевой детерминацией: при стаже до 5 лет - 10%,

при стаже с 5,1 до 10 лет - 30,56%; при стаже с 10,1 до 15 лет - 35,5%; преобладание среднего значения в группе наблюдения (0,68±0,02 мм и 0,59±0,05 мм, соотв., p=0,003); увеличение темпа снижения реакции эндотелия (до 0,62% при норме до 0,2% в год).

Установлено достоверное повышенное содержание в сыворотке крови оксида азота (p=0,004) и гомоцистеина (p=0,015) у работников в группе наблюдения. Гиперлипидемия и дислипидемия верифицированы у 51,9% работников в группе наблюдения, гипергликемия наблюдалась у 33,5% (6,3±1,7 ммоль/л) работников в группе наблюдения и 17,8% (5,9±1,3 ммоль/л) работников в группе сравнения (p=0,002).

При математическом моделировании зависимости «экспозиция-стаж-ответ» установлена вероятность развития производственно обусловленных заболеваний верхних дыхательных путей от экспозиции и стажа работы. Уровень индивидуального риска производственно обусловленных заболеваний органов дыхания возрастает с экспозицией (уровнем) производственных факторов.

При работе в существующих условиях труда уровень риска развития заболеваний уже к концу первого года работы сформирует 24 дополнительных случая заболеваний и достигнет 29 случаев в год по достижению 5 летнего стажа работы. Уровень индивидуального риска производственно обусловленной артериальной гипертензией возрастает со стажем и экспозицией производственных факторов и при стаже работы 10 лет составит 22-25 дополнительных случаев заболеваний в год.

Таким образом, условия труда подземных горных рабочих, формируют риск дополнительных случаев заболеваний системы кровообращения и органов дыхания, связанных с работой, которые маркируются процессами нарушения адаптации и метаболическими нарушениями.

Власова И.В, Зобнина А.В., Калаева Г.Ю.

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

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В МЛАДШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Распространенность недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в популяции составляет 34,25%. Малые аномалии сердца (МАС) - большая гетерогенная группа аномалий развития сердечно-сосудистой системы, которые характеризуются наличием морфологических отклонений от нормы структур сердца и магистральных сосудов, но не сопровождаются клиническими и гемодинамическими нарушениями. МАС, такие как пролапс митрального клапана (ПМК), аномально расположенные хорды, расширение корня аорты, легочной артерии, синусов Вальсальвы, считаются одними из малых критериев диагностики ДСТ. Однако часто МАС не сочетаются с другими манифестными фенотипическими признаками ДСТ.

Цель исследования. Определение частоты встречаемости МАС у детей младшего подросткового возраста при ДСТ.

В исследование вошли 110 детей младшей подростковой группы (от 10 до 14 лет, 57 мальчиков и 53 девочки). После клинического обследования дети были разделены на 3 группы:

- 1 группа - (41 человек, 15 мальчиков и 26 девочек) с выраженной ДСТ,
- 2 группа (40 человек, 24 мальчика и 16 девочек) с умеренной ДСТ,
- контрольная группа (29 человек, 18 мальчиков и 11 девочек) без клинических признаков ДСТ.

Всем детям проводилась эхокардиография на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10c.

ПМК без значимой недостаточности был выявлен у 21,9% детей 1 группы, у 15% детей 2 группы и у 17,2% детей контрольной группы (КГ). Статистической значимости в распределении между группами не было. Диаметр магистральных сосудов также не имел различий между группами. Аномалия хордального аппарата (АХА) в виде множественных хорд и трабекул

встречалась в 59% в группе с выраженной ДСТ, что было достоверно чаще ($ч^2$=10,8, p=0,04). У детей 2 группы АХА выявлялась в 40%, в КГ - в 38% случаев. Впервые были выявлены такие МАС, как аневризма межпредсердной перегородки - у ребенка 2 группы. Диагностирован двустворчатый аортальный клапан у 1 ребенка 1 группы и у 2-х детей 2 группы. Дилатация правых отделов сердца без порока также была выявлена у ребенка 1 группы.

Таким образом, малые аномалии сердца имеют разную диагностическую ценность для подтверждения наличия дисплазии соединительной ткани. Аномалии аортального клапана и аневризма межпредсердной перегородки встречались только у детей с ДСТ. ПМК без миксоматозных изменений и гемодинамических нарушений не имеет диагностической значимости, и, вероятно, является особенностью роста. Аномалия хордального аппарата достоверно чаще встречается при выраженной ДСТ, но в силу высокой частоты данное состояние высокой диагностической ценности не имеет.

Воробьев Р.И.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
г.Барнаул, Россия

ДИНАМИКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Цель исследования. Изучение эффективности вторичной профилактики у пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК) по динамике прогностического индекса (Framingham Study).

Обследовано 404 человека (303 мужчины и 101 женщина), средний возраст которых составил 54 года (у мужчин - 52,2±2,1 года, у женщин - 56,4±2,6 года). Все пациенты имели установленный диагноз болезней системы кровообращения: гипертоническую болезнь (ГБ) I-III стадии имели 142 пациента, ишемическую болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе - 147 и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) - 115 обследованных.

Проводили анкетирование с целью выявления факторов риск БСК, измерение артериального давления (АД), исследовали параметры липидограммы стандартными наборами реагентов ферментативными методами на полуавтоматическом анализаторе PRIME BioSED (уровень общего холестерина - ОХС, холестерина липопротеидов низкой плотности - ХС ЛПНП, холестерин липопротеидов высокой плотности - ХС ЛПВП, триглицериды - ТГ). На основе выявленных показателей рассчитывали прогностический индекс с пятью степенями риска - от низкого до очень высокого. При подсчете данного индекса учитывались следующие параметры: возраст больного, стаж курения, величина систолического АД, наличие стенокардии напряжения и ИМ в анамнезе, ИМ у родителей, а также уровень липидов и липопротеидов сыворотки крови.

У обследуемых пациентов были обнаружены нарушения липидного метаболизма - гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипо-α-липопротеинемия (по критериям ВНОК, 2009 г.). Существенной разницы между величинами прогностического индекса между мужчинами и женщинами не выявлено. Прогностический индекс у больных ГБ соответствовал диапазону "среднего", "умеренного" и "высокого" риска, в то время как у пациентов с ИБС без ИМ в анамнезе и у лиц с ИБС/ПИКС - "высокого" и "очень высокого" риска. Таким образом, во всех исследуемых группах были зафиксированы значительное повышение прогностического индекса.

Согласно Национальным клиническим рекомендациям ВНОК (2009 г.) обследуемым было рекомендована (не- и медикаментозная профилактика (модификация образа жизни, адекватная лекарственная терапия) с последующим (через 3 месяца) клиническим обследованием и исследованием уровня липидов и липопротеидов сыворотки крови.

В исследуемых группах лиц наряду с положительной динамикой клинических симптомов выявлено снижение концентрации ОХС, ХС ЛПНП, наметилась тенденция к увеличению ХС ЛПВП. При этом зафиксировано снижение прогностического индекса в среднем на 17% у пациентов с ГБ, на 16% у больных с ИБС без ИМ в анамнезе и на 5% у лиц с ИБС/ПИКС. По динамике прогностического индекса выявлена меньшая эффективность профилактических мероприятий

в группе с ИБС/ПИКС по сравнению с группой больных с ИБС.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования расчетного прогностического индекса для объективизации эффективности мероприятий вторичной профилактики у пациентов с болезнями системы кровообращения.

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава
ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный технический университет им. И.И. Ползунова»
г.Барнаул, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО РИСКА

Многочисленными исследованиями подтверждается ведущая роль факторов риска в развитии атеросклероза. Согласно современным представлениям тактика врачебных рекомендаций основывается на величине суммарного коронарного риска.

Цель исследования. Оценить 10-летний фатальный риск SCORE у организованного населения, определенный разработанной компьютерной программой.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 5228 лиц из организованной популяции городских жителей - 1351 мужчин (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 3877 женщин (средний возраст 40,79±13,28 лет) на базе КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

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 факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), антропометрическое, 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 факторами риска учитывали в компьютерной программе, в дальнейшем обследованных распределили по определенному количественному значению риска SCORE. В общей группе мужчин и женщин большинство 55% имели низкий риск, 35% - умеренный, 10% - высокий и очень высокий. При разделении обследуемых по полу найдено, что у женщин преобладал низкий риск (73%), группа умеренного риска составила 20% обследованных, с высоким и очень высоким риском выявлено - 7%. Среди мужчин 78% было отнесено к группе умеренного риска, к низкому - 1% и 21% - к высокому и очень высокому уровню риску.

Выявлено, что у женщин во всех возрастных группах встречался риск от 0-10%, а в возрасте старше 60 лет от 1-13%, при этом величина риска постепенно повышалась с возрастом в среднем от 0,06-5,31%. У мужчин в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет встречался риск от 1-10%, 50-59 лет - до 22%, старше 60 лет - до 35%. Наблюдалась идентичная женщинам тенденция - увеличение с возрастом абсолютных значений риска в среднем от 1,13-11,12%.

Выводы.

Определение риска SCORE позволило сформировать группы направленного профилактического вмешательства, а при высоком и очень высоком риске назначить индивидуализированные мероприятия и дополнительные обследования.

**Голохваст К.С., Чайка В.В., Никифоров П.А., Блиновская Я.Ю.
Семенихин В.А.**

Дальневосточный федеральный университет
Морской государственный университет им. Г.И. Невельского
ВФ ДНЦ ФПД СО РАМН - НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения
г.Владивосток, Россия
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЛИЯНИЕ КРУПНОГО УГОЛЬНОГО ТЕРМИНАЛА НА СОСТАВ АТМОСФЕРНЫХ ВЗВЕСЕЙ НАХОДКИНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

В последнее время важной задачей в области защиты окружающей среды является оценка влияния крупных угольных терминалов на экологию близлежащих городов в целом, и на состав атмосферных взвесей, в частности. В пределах Находкинского городского округа, который располагается в южной части Приморского края РФ, функционирует несколько угольных терминалов, в том числе крупнейший из них находится в порту «Восточный» на расстояние всего 20 км от жилой зоны. Порт работает с каменным углем, добываемым в Кузбассе.

Согласно данным Ассоциации морских торговых портов, грузооборот порта «Восточный» в 2012 году вырос почти на 11% по сравнению с прошлым годом и составил 42,5 млн.т. Неудивительно, что при данной экологической обстановке в Находке наблюдается стабильно высокий уровень заболеваний дыхательных путей.

Цель исследования. Изучение влияния угольного терминала на состав атмосферных взвесей Находкинского городского округа.

Пробы снега собирались на 5 пробных площадках, расположенных на территории угольного терминала порта «Восточный», в границах его санитарно-защитной зоны и за пределами предприятий-загрязнителей:

1 - жилая застройка поселка Врангель, примыкающая к СЗЗ;
2 - мыс Шефнера - северный входной мыс в бухту Находка;
3 - промышленная площадка угольного терминала;
4 - санитарно-защитная зона (СЗЗ) угольного терминала в порту «Восточный»;
5 - жилая застройка поселка Хмыловка, примыкающая к СЗЗ.

Снег собирался в момент снегопада зимой 2012-2013 гг. Чтобы исключить вторичное загрязнение антропогенными аэрозолями, был собран верхний слой (5-10 см) только что выпавшего снега. Его помещали в стерильные контейнеры объемом 3 л. Через пару часов, когда снег в контейнерах растаял, из каждого образца набирали 60 мл жидкости и анализировали на лазерном анализаторе частиц Analysette 22 NanoTec (фирма Fritsch). Вещественный анализ взвесей проводили на сканирующем электронном микроскопе Hitachi S-3400N с энергодисперсионным спектрометром (ЭДС) Thermo Scientific. Образцы для электронной микроскопии напылялись платиной.

Ранее анализируя атмосферные взвеси города, мы разделили их по размерам частиц на семь классов:

1) до 1 мкм (соответствует PM0,1 и PM1),
2) от 1 до 10 (соответствует PM10),
3) от 10 до 50,
4) от 50 до 100,
5) от 100 до 400,
6) от 400 до 700,
7) более 700 мкм, что позволяет соотнести экологическую опасность и размерность.

Наиболее опасные, с точки зрения влияния на здоровье людей, частицы атмосферных взвесей 2 и 3 размерных классов (до 10 мкм) обнаружены во всех точках отбора в округе. Наибольшая доля самых опасных частиц (2 класс, от 1 до 10 мкм) отмечается в точках 2 и 3 (50 и 65% соответственно). Предполагаемым источником этих частиц, скорее всего, является угольный терминал.

Мыс Шефнера (точка 2), хоть и располагается, в отличие от промышленной площадки (точка 3), на расстоянии 20 км от терминала, но все испытывает его влияние - в пробах из этой точки обнаружены частицы угля с сорбированными на своей поверхности редкоземельные элементы (преимущественно, фосфаты La, Ce и Nd).

Частицы взвесей в точке 3 обладают достаточно большой площади поверхности (7312,63 $см^2/см^3$), что свидетельствует об их высокой опасности для здоровья, так как они могут сорбировать на своей поверхности большое количество токсинов. Во взвесях точки отбора в районе СЗЗ угольного терминала (точка 4) в значимой доли обнаружены частицы 6 размерного класса (400-700 мкм), которые, скорее всего, являются крупными угольными крупинками, которые могут сорбировать на своей поверхности более мелкие микрочастицы металлов (Fe) и алюмосиликаты.

Наиболее сильно загрязнены микрочастицами районы непосредственно примыкающие к терминалу (точки 1, 3, 4 и 5). Приходится констатировать тот факт, что и мыс Шефнера, несмотря на удаление, также имеет в составе атмосферных взвесей типичные угольные частицы.

Учитывая вышесказанное, необходимо отметить, что атмосфера Находкинского городского округа загрязнена микрочастицами, что является экологически неблагоприятным фактором для здоровья людей.

Работа выполнена при поддержке при поддержке Научного фонда ДВФУ и Гранта Президента для молодых ученых МК-1547.2013.5.

Голохваст К.С., Виткина Т.И., Кондратьева Е.В., Куприянов А.Н. Манаков Ю.А., Чайка В.В., Семенихин В.А.

Дальневосточный федеральный университет
Владивостокский филиал ФГБУ «ДНЦ ФПД» СО РАМН - НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения
г.Владивосток
Институт экологии человека СО РАН
г.Кемерово
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЦ ЕСТЕСТВЕННЫХ АТМОСФЕРНЫХ ВЗВЕСЕЙ КАРАКАНСКОГО УГОЛЬНОГО КЛАСТЕРА НА МЕМБРАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МИТОХОНДРИЙ ЛЕЙКОЦИТОВ IN VITRO

В последние годы особенное внимание исследователей уделяется угольной пыли как одной из опасных форм техногенного загрязнения. Считается, что максимальный уровень заболеваемости по большинству классов болезней наблюдается при отработке коксовых и жирных углей, являющихся биологически агрессивными и наиболее неблагоприятными в фиброгенном отношении и по пылевому фактору. Известно, что угольная пыль токсична, но чем определяется эта токсичность в том или ином случае, учитывая, что в углях могут содержатся свыше 20 токсичных и потенциально токсичных (например, Hg, As, Sb, Cd, Pb и другие) и радиоактивных элементов?

Целью исследования являлось изучение влияния частиц атмосферных взвесей Караканского угольного кластера (Кузбасс), отобранных в районах интенсивной добычи угля, на мембранный потенциал митохондрий лейкоцитов (МПМЛ) in vitro. Учитывая, что мембранный потенциал митохондрий является полифункциональным регулятором жизнедеятельности клетки, оценка МПМ является одним из наиболее адекватных методов исследования ее функционального и энергетического состояния.

В эксперимент был взят нативный образец атмосферных взвесей (навеска более 3 г), собранный между Дунаевским и Пермяковским разрезами рядом с технологическими дорогами (Караканский угольный кластер) зимой 2012-2013 гг.

В эксперименте in vitro использовались две дозировки - 10 и 100 мг/мл частиц нативных атмосферных взвесей. Нагрузочные тесты проводились на образцах крови здорового человека

и пациента с БА в стадии ремиссии. МПМЛ оценивался на проточном цитометре BD FACS CANTO II с применением красителя JC-1.

Результаты исследования уровня мембранного потенциала митохондрий лейкоцитов после проведения нагрузочных тестов получились следующие. Без нагрузки процент клеток со сниженным МПМЛ составил в образцах крови здорового человека 1,2, а у пациентов с бронхиальной астмой - 4,1.

После нагрузки с помощью добавления 10 мг/мл частиц нативных атмосферных взвесей в образцах крови здорового человека количество клеток со сниженным МПМЛ составил 1,8%, а у больных бронхиальной астмой - 1,9%.

Самые выраженные изменения наблюдались при дозировке 100 мг/мл - у здоровых людей - 72%, а больных бронхиальной астмой - 60,9%.

Как видно, нативная пыль при дозировке 10 мг/мл обладает незначительным токсическим действием в случае здоровых людей, что выражается снижением мембранного потенциала лейкоцитов на 50% и почти 2-кратным увеличением МПМЛ у больных бронхиальной астмой.

В случае же повышенной запыленности (100 мг/мл) отмечено резкое снижение МПМЛ (более чем в 60 раз), что свидетельствует о сильном сдвиге окислительно-восстановительных реакций, и, в случае воздействия такой дозировки на легочную ткань человека, это может вызвать возникновение патологического процесса.

Работа выполнена при поддержке Научного фонда ДВФУ и Гранта Президента для молодых ученых МК-1547.2013.5.

Гольмгрейн Л.П., Ганюкова Н.Г., Волчкова О.М., Ельцова Е.Г., Киселева С.В.
ГАУЗ КОКБ
г.Кемерово, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одна из ведущих причин болезненности и смертности во всем мире, приводящая к существенному экономическому и социальному ущербу. (GOLD, 2011). По данным Европейского респираторного общества своевременно диагностируются только 25% случаев, а 75% - это ХОБЛ III и IV стадии. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), которая не рекомендуется в рутинной практике, с высокой точностью способна различать различные типы эмфиземы, выявляя ХОБЛ на ранних стадиях ее развития.

Это ставит вопрос о начале лечения заболевания на максимально ранних этапах. МСКТ способна оценить толщину стенки дыхательных путей (ДП) не только крупных и средних, но и малых бронхов (мозаичная плотность на инспираторной КТ и воздушная ловушка на экспираторной КТ), исключить опухолевые заболевания легких на ранних стадиях, врожденные пороки развития у взрослых.

В рамках модернизации стационарной помощи имелась возможность проведения МСКТ практически всем больным ХОБЛ. Нами проведен анализ результатов МСКТ органов грудной клетки у 44 больных ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение с июня по ноябрь 2012 года. Из них мужчины составляли 81,8% (36 человек), женщины - 18,2% (8 человек). Средний возраст пациентов - 63 года. Из них ХОБЛ II степени - 9 человек (22%), ХОБЛ III степени - 21 больной (48%), ХОБЛ IV степени - 14 пациентов (30%).

Кроме выявленных признаков гиперинфляции, характерных для ХОБЛ, находок в виде локального постворспалительного пневмофиброза, плевродиафрагмальных спаек, имеет значение выявление воздушных булл у 15 человек (34%), бронхоэктазов - у 9 пациентов (20,5%), центрального рака легких в ранней стадии - у 1 больного (2,3%), туберкулеза легких - у 2 человек (4,6%).

Выводы.

Выявленная патология легочной ткани на МСКТ - ключ к пониманию ухудшения состояния пациентов, усиления дыхательной недостаточности, определению дальнейшей тактики

ведения.

Таким образом, считаем, что проведение МСКТ органов грудной клетки должно рассматриваться как часть процесса диагностики и оценки у всех больных ХОБЛ.

Гусейнова А.А., Фараджева Н.А.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева г.Баку, Республика Азербайджан

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Результаты ряда исследований при почечнокаменной болезни (ПКБ) и ее осложнениях свидетельствуют о довольно противоречивых данных относительно гемодинамических изменений, хотя доподлинно известно о наличие таковых. Более того, учитывая неразрывную связь между центральной гемодинамикой (ЦГД) и системным кровотоком, следует полагать влияние изменений параметров последних как на течение, так и на прогноз основного заболевания. Течение нефролитиаза часто сочетается с воспалительными процессами в почечной паренхиме и мочевыводящих путях, что само по себе усугубляет его течение, влияет на результат лечения и исход болезни. Своевременное выявление гемодинамических нарушений и их коррекция послужит у этого контингента больных своеобразным предиктором эффективности лечения и прогноза болезни.

Цель исследования. Выявить изменения ЦГД и легочного кровотока при ПКБ, осложненной хроническим пиелонефритом (ХП).

Было обследовано 86 больных нефролитиазом, осложненным ХП (основная группа). В качестве контрольной группы были взяты 36 больных нефролитиазом без ХП и 20 практически здоровых людей (1-я и 2-я контрольные группы соответственно). Средний возраст больных 48±3,6 года, длительность болезни в основной группе 6,8±3,4, в контрольной - 5,6±1,3 года.

Показатели ЦГД определялись методом Эхо-КГ на аппарате «Toshiba SAL-38AS» (Япония). Легочная гемодинамика (ЛГД) исследовалась методом перфузионной сцинтиграфии путем внутривенного введения радиофармпрепарата макроагрегата альбумина, меченного метастабильным технецием (^{99m}TcMAA). Учитывались следующие параметры: систолическое, диастолическое и среднее артериальное давление (АД), число сердечных сокращений в минуту, ударный объем (УО, мл.), минутный объем (МО, в л/мин), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС, дин. сек. см$^{-5}$), фракция выброса (ФВ,%), конечный диастолический размер (КДР, см.) конечный систолический размер (КСР, см), конечный диастолический объем (КДО, мл), конечный систолический объем (КСО, мл), скорость циркулярного сокращения миокарда (Vsf, см/сек), кровоток в правом и левом легком (trf, %, tlf, %), перфузионный градиент правого и левого легкого (trp, отн.ед., tlp, %).

Результаты исследования показали, что в основной группе больных по сравнению с контрольными отмечались высокие показатели АД, КСО ($p<0,05$, 0,001), КДО ($p<0,05$, 0,01), КСР и КДР ($p<0,01$), что указывало на ослабление сократительной функции левого желудочка и наличие скрытой сердечной недостаточности. Это подтверждалось низкими показателями ФВ и Vsf ($p<0,05$ и $p<0,01$ соответственно контрольным группам).

В основной группе процент кровотока в обоих легких по сравнению с группой без сопутствующего ХП был ниже, а перфузионный градиент - достоверно выше. Показатели trp и tlp были достоверно выше также сравнению со здоровой группой.

Полученные результаты позволяют заключить, что сопутствующий ХП у больных ПКБ усугубляет показатели гемодинамики в виде снижения сократительной и насосной функций левого желудочка сердца, ухудшения легочного кровотока и появления признаков легочной гипертензии, что в целях улучшения прогноза болезни требует проведения своевременной коррекции.

Давыдов Б.И., Шмакова О.В., Нейжмак З.Ф.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

СОСТОЯНИЕ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПОДРОСТКОВ

Состояние вегетативной нервной системы, в том числе, исходного вегетативного тонуса у здоровых подростков и при наличии хронической соматической патологии в стадии компенсации, важно для оценки компенсаторных возможностей организма, при нервно-психических перегрузках, устойчивости к стрессу.

Цель исследования. Определить состояние исходного вегетативного тонуса у подростков общеобразовательных школ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 1176 подростков в возрасте от 10 до 18 лет, обучающихся в обшеобразовательных школах г.Кемерово. Среди них несколько превалировали девушки (53,1%). Основное количество учащихся (815 чел. - 69,3%) были в возрасте от 10 до 15 лет. Мы проанализировали данные комплексной оценки состояния их здоровья по результатам медицинского осмотра, проведенного в условиях школ. Изучение состояния здоровья подростков проводилось в соответствии с приказом N 621 (2003 г.) Функциональное состояние вегетативной нервной системы оценивалось с помощью индекса Кердо, минутного объема кровообращения (МОК), с последующей интерпретацией результатов.

Результаты исследования. Комплексная оценка состояния здоровья подростков выявила преобладание у них нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, болезней органов кровообращения, глаз, эндокринной, пищеварительной систем, частота которых возрастала у лиц старше 15 лет. Определение исходного вегетативного тонуса по данным индекса Кердо выявило у большинства подростков его симпатическую направленность.

Исключение составили подростки 18-летнего возраста, у которых индекс Кердо соответствовал ваготонии. Оценка исходного вегетативного тонуса ВНС по данным МОК подтвердила у подростков обоего пола ваготонию, за исключением детей 10-11 лет, у которых преобладала эйтония.

Выводы.

Таким образом, анализируя полученные результаты исследования исходного вегетативного тонуса здоровых подростков, а также при функциональных и хронических нарушениях здоровья в стадии компенсации, были продемонстрированы преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что следует учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

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 ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ДИСБАЛЛАНСА В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ШАХТЕРОВ УГОЛЬНОЙ ШАХТЫ

Цель исследования. Оценить роль окислительно-антиоксидантного дисбаланса в формировании 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=66; средний возраст - 27,6±0,6 лет);

II группа - стаж 10-19 лет (n=58; возраст 37,9±0,56 лет);

III группа более 20 лет стажа (n=46; возраст 47,8±0,7 лет).

Дополнительно группы разделены на подгруппы в зависимости от значения коэффициента оксидации (КО): с нормальным (не отличающимся от КГ) (КО<1,5 отн. ед.) и шахтеры с высоким КО>1,5 отн.ед., Таким образом, I группа представлена Iа (КО<1,5 отн.ед.; n=20) и Iб подгруппой (КО>1,5 отн.ед.; n=46);

II группа - IIа (КО<1,5 отн.ед.; n=16) и IIб (КО>1,5 отн.ед.; n=42);

III группу составили IIIа (КО<1,5 отн.ед.; n=16) и IIIб подгруппы (КО>1,5 отн.ед.; n=30).

Контрольная группа (КГ): n=16 (средний возраст - 35,5±0,9 лет). Во всех стажевых группах подгруппы значимо различались по КО.

В сыворотке крови определяли общую окислительную активность (ООА, мкмоль/л), общую антиоксидантную активность (ОАА, мкмоль/л), содержание эндотелина 1-21 (ЭТ-1, фмоль/мл), оксида азота (NO, мкмоль/л). Рассчитывался КО (отн.ед.), как отношение ООА к ОАА; показатель отношения суммы концентраций метаболитов оксида азота NO_2- и NO_3-, к ЭТ-1: NO/ЭТ=NOx/Эндотелин-1; (отн.ед.). Обработка результатов: критерии Манна-Уитни; коэффициент корреляции Спирмена («Statistica-8.0»).

Результаты исследования. В подгруппах шахтеров с повышенным КО (более 1,5 отн. ед.) выявлено увеличение содержания эндотелина-1 в стажевой группе 10-19 лет в 2,1 раз (p=0,025; 0,64±0,10 фмоль/л) по сравнению с КГ (0,31±0,01), а среди шахтеров со стажем более 20 лет в 3,5 раза (p=0,003; 1,08±0,17). Наблюдались различия в содержании ЭТ-1 и в подгруппах: так в Iб (0,63±0,14) значения ЭТ-1 превышали таковые Iа (0,63±0,14) в 2,6 раз (p=0,007), в IIб (0,31±0,06) были выше (p=0,036) подгруппы IIа (0,64±0,10) в 2,1 раза и в IIIб (1,08±0,17) более IIIа (0,34±0,07) в 3,2 раза (p=0,017). Значения оксида азота во всех подгруппах шахтеров были достоверно ниже КГ.

У шахтеров с повышенным КО (более 1,5 отн.ед.) со стажем до 9 лет значение NO (13,55±0,57) было ниже, чем у шахтеров с нормальным КО (NO: 18,47±1,76) в 1,4 раза (p=0,002), а у шахтеров более 20 лет стажа в подгруппе IIIб NO (13,28±0,61) был ниже IIIа (21,07±0,51) в 1,6 раза (p=0,011).

Среди шахтеров всех стажевых групп во всех подгруппах с повышенным КО>1,5 отн. ед. на основе соотношения NO/ЭТ-1 выявлен существенный дисбаланс в содержании данных факторов: так значение NO/ЭТ-1 в Iб подгруппе (50,95±7,59) было ниже в 1,8 раза (p=0,007), чем в Iа (91,91±14,88), аналогично и в других стажевых группах данный показатель был существенно ниже у шахтеров с повышенным КО в сравнении с подгруппой шахтеров с нормальным КО.

Таким образом, дисбаланс в системе оксидантов-антиоксадантов связан с изменением содержания маркеров дисфункции сосудистого эндотелия. Активация оксидантно-антиоксидантной системы приводит к нарушению соотношения вазодилататорных (метаболиты оксида азота) и вазоконстрикторных (ЭТ-1) факторов, с преобладанием послендних, что подтверждает наличие дисфункции сосудистого эндотелия. Данные изменения у шахтеров прогрессируют с увеличением стажа работы во вредных подземных условиях.

Елгина С.И., Никулина Е.Н.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
МБУЗ «Детская клиническая больница N 5. Родильный дом»
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

Формирование основных звеньев репродуктивной системы, установление между ними функциональной связи начинается во внутриутробном периоде, и именно на этом этапе развития довольно часто формируется основа будущей патологии в репродуктивной системе (Богданова Е.А, 2011 г.; Гурьева В.А., 2012 г.; Рыжавская И.Б., 2008 г.; Уварова Е.В., 2008 г., 2012 г.). Количество ооцитов в течение жизни не восполняется и является индивидуальной величиной. Состоятельность овариального резерва во многом зависит от того, в каких условиях

протекала закладка пула ооцитов в период «утробного» детства и от патологического влияния различных факторов на морфофункциональное состояние яичников при созревании репродуктивной системы. Исследование состояния овариального резерва у новорожденных девочек не проводилось.

Цель исследования. Изучение состояния овариального резерва у недоношенных новорожденных девочек в сравнении с доношенными.

Клиническое обследование новорожденных проводилось по единому общепринятому стандарту, включая антропометрическое измерение, лабораторное (гормональное) исследование, ультрасонографию яичников, системный анализ полученных показателей.

По возрасту женщин группы были сопоставимы, средний возраст беременных - соответственно 26,21±5,31 и 26,81±4,72 года (p=0,167). Средний гестационный срок недоношенных плодов - 32 (28-36) недели. Однако недоношенные девочки чаще рождались от матерей с хронической никотиновой интоксикацией (p=0,005), студенток (p=0,006). Беременность и роды протекали с осложнениями. Наиболее частыми осложнениями беременности были хроническая гипоксия плода, плацентарная недостаточность (p=0,000). В родах - дородовое излитие околоплодных вод (p=0,000), асфиксия плода (p=0,001). Матери недоношенных новорожденных девочки чаще имели показания для проведения экстренных оперативных родов (p=0,000).

Все недоношенные новорожденные девочки родились больными с высокой долей перинатального поражения центральной нервной системы (p=0,000), транзиторной гипогликемией (p=0,000), желтухой (p=0,000).

Для оценки овариального резерва определяли концентрации гормонов: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (E2), антимюллерового гормона (АМГ) и ингибина В методом иммуноферментного анализа и набора тест-систем ELISA и исследование ультразвуковых маркеров - объема яичников и числа антральных фолликулов в срезе, аппаратом «Aloka 630» (Япония) с использованием трансабдоминального датчика. Лабораторные исследования проводились в МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5. Родильный дом» г.Кемерово. Проведен сравнительный анализ в параллельных группах результатов 100 сывороток пуповинной крови и ультрасонограмм доношенных и недоношенных новорожденных девочек (соответственно 58 и 42). Электронная база данных, формирование сводных таблиц проводилось с использованием программ Microsoft Office Excel 2003. Для статистического анализа материала использовался пакет прикладных программ Statistica 6.1.

Гормональный профиль овариального резерва доношенных девочек показал, что концентрация АМГ у доношенных девочек составила 1,67 (1,44-1,90) нг/мл, ингибина В - 116,95 (95,23- 138,67) МЕ/л, ФСГ - 0,08 (0,06-0,10) мМЕ/мл, ЛГ - 0,05 (0,02-0,12) мМЕ/мл, эстрадиола - 3566,47 (3245,05-3867,88) пг/мл.

У недоношенных новорожденных девочек концентрация АМГ составила 0,67 (0,49-0,85) нг/мл, ингибина В - 79,18 (62,99-95,37) МЕ/л, ФСГ - 1,47 (0,01-2,94) мМЕ/мл, ЛГ - 0,40 (0,17-0,62) мМЕ/мл, эстрадиола - 2990,45 (2620,10-3359,91) пг/мл.

При сравнении показателей между доношенными и недоношенными новорожденными девочками выявлены различия в концентрации всех половых гормонов. АМГ (p=0,000), ингибин В (p=0,015), эстрадиол (p=0,027) ниже у недоношенных девочек, а ФСГ (p=0,000) и ЛГ (p=0,002) - выше.

По данным ультразвукового исследования, объем яичников у недоношенных новорожденных девочек был в 2,6 раза меньше по сравнению с доношенными (соответственно 0,39 $см^3$ и 1,00 $см^3$, (p=0,000)). Число антральных фолликулов в срезе так же было статистически значимо меньшим (1,6 в правом яичнике, 1,8 - в левом против 3,9 и 4,5 соответственно (p=0,000)).

Таким образом, исследованы гормоны и ультразвуковые маркеры, определяющие состояние овариального резерва у новорожденных девочек. Установлены статистически значимые различия всех критериев, характеризующих низкий овариальный резерв у недоношенных новорожденных девочек по отношению к доношенным.

Емельянова О.Н., Исакова Н.В., Петрова А.И.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
г.Чита, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Физическое развитие является одним из важнейших критериев здоровья ребенка. На процесс физического развития влияют разнообразные факторы: наследственность, хронические соматические заболевания детского возраста, нарушения питания, социально-гигиенические, климатические и экологические условия.

Наиболее выраженный рост распространенности функциональных нарушений, хронических заболеваний, отклонений в физическом развитии, острой и обострения хронической патологии у детей приходится на школьный возраст.

Болезни органов пищеварения занимают 2-3 ранговую позиции по заболеваемости среди детей школьного возраста. Распространенность хронической патологии желудочно-кишечного тракта, в частности хронического гастродуоденита, составляет более чем 100 случаев на 1000 детей в год. Питание детейи подростков, страдающих хроническим гастродуоденитом, отличается дефицитом витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, что приводит к отклонениям в их физическом развитии.

Цель исследования. Изучение показателей физического развития и некоторых параметров трофологического статуса у школьников с хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 30 детей, среди которых 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков, находящихся на лечении в отделении гастроэнтерологии КДКБ N 2. В возрастной структуре преобладали дети старшего школьного возраста (12-18 лет) - 60%, младшего (7-11 лет) - 40%.

Оценка физического развития проводилась с помощью антропометрического метода по центильным таблицам для детей соответствующего возраста. Определялись соматотип (мезосоматический, микросоматический, макросоматический), гармоничность развития и индекс массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. При определении соматотипа выявлено, что 63,3% детей относится к мезосоматическому типу, 23,3% - к макросоматическому и 13,3% детей - к микросоматическому типу. У 80% детей физическое развитие гармоничное, то есть масса соответствует росту, у 20% - дисгармоничное.

При расчете индекса массы тела выявлено, что у 73,3% детей данный показатель соответствует возрастной норме, у двух детей отмечается дефицит массы до 10%, 6,7% детей имеют дефицит массы тела I степени, один ребенок - дефицит массы II степени. Два ребенка имеют ожирение II степени.

Выводы.

1. Полученные результаты свидетельствуют об отклонениях физического развития у части школьников с хроническим гастродуоденитом. У некоторых детей выявлено недостаточное питание, о чем свидетельствует низкий показатель ИМТ. У двух детей напротив, отмечается избыточное питание, что отражается на увеличении ИМТ.

2. Полученные результаты отражают необходимость определения физического развития с оценкой индекса массы тела у детей с хронической патологией.

Жиляева Т.П., Строкольская И.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Клинический консультативно-диагностический центр»
г.Кемерово, Россия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Одним из ключевых направлений реформирования здравоохранения является перенос акцента деятельности на развитие и совершенствование амбулаторно-поликлинического звена и повышение его роли в оказании медицинской помощи, что стало особенно актуально в современных условиях, когда произошло усиление профилактической работы. Изучение и анализ региональных особенностей показателей общественного здоровья и факторов, связанных с ним, позволяют обосновать приоритетные направления эффективных профилактических технологий, что важно для оптимизации и целевого распределения ограниченных ресурсов регионов в целом и службы здравоохранения.

Цель исследования. Изучить возможности определения сердечно-сосудистого риска, суммарного риска болезней системы кровообращения при проведении диспансеризации населения в муниципальной поликлинике.

Материалы и методы исследования. База исследования - территориальная поликлиника МБУЗ ККДЦ г.Кемерова. Объект исследования - прикрепленное население, единица наблюдения - пациент, обратившийся в муниципальную поликлинику.

Результаты исследования. При проведении диспансеризации в муниципальной поликлинике внедрена «Комплексная информационная система первичных медицинских осмотров и профилактики болезней системы кровообращения» - ИС (КОРУНД) позволяющая в автоматическом режиме проводить рискометрию БСК на основе шкалы SCORE у практически здоровых людей, без клинических проявлений ишемической болезни сердца и сахарного диабета. Для пациентов с уже выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями для рискометрии использованы Российские рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Для каждой группы риска сформированы индивидуальные алгоритмы назначения профилактических мероприятий с контрольными точками выполнения.

Всего за период исследования (2013 г.) диспансеризацию прошли 1400 пациентов, жителей Ленинского района г. Кемерово, прикрепленных к поликлинике МБУЗ ККДЦ. По результатам обследования определены группы состояния здоровья 1 группа - 12,9%, 2 группа - 11,7%, 3 группа - 75,4. Из прошедших обследование не имели БСК 970 человек (69%), имели БСК в анамнезе 430 человек (31%). Выявление и оценка сердечно-сосудистого риска проведена у 463 пациентов без БСК. Суммарный риск возникновения БСК и их осложнений у 280 пациентов оценен, как высокий (60,4%), у 36 пациентов средний (7,7%) и у 147 низкий (31,9%).

Выводы.

1. У большинства пациентов проходящих диспансеризацию выявляется высокий сердечно-сосудистый риск, что требует организации специальных профилактических мероприятий.

2. Использование информационных технологий при проведении диспансеризации позволяет оптимизировать выявление сердечно-сосудистого риска, определять степень суммарного риска ССЗ, создавать информационную базу данных, формировать индивидуальные профилактические программы.

Загоруйко Е.Н.
НИИ Терапии и профилактической медицины СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

В центре внимания исследователей на протяжении последних пятидесяти лет продолжают оставаться психосоматические механизмы, соучаствующие в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), их общность и различия с соматоформными расстройствами. Наряду с центральным, психологическим направлением, включающим изучение внутренней картины болезни, патологического поведения в болезни, типов психологической защиты и др., актуальными являются поиски специфических характерологических девиаций, предрасполагающих к развитию ИБС.

Цель исследования. В рамках данной работы были исследованы личностные особенности пациентов страдающих психосоматическими расстройствами (артериальная гипертензия, ИБС)и невротическими (соматоформное расстройство с преимущественным поражением сердечнососудистой системы).

Материалы и методы исследования. В работе использовались тест MCMI и Я-структурный тест Аммона (ISTA) позволяющие получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях личности.

Результаты исследования. Для пациентов с психосоматическими и невротическими расстройствами выявлены характерные неадаптивные формы поведением. При выраженной дефицитарной агрессии существенно затруднено выражение собственных претензий и предпочтений, характерна пассивная жизненная позиция. В стремлении фиксироваться на внутриличностном конфликте и максимально акцентировать внимание на своих симптомах, соматоформные больные фактически выпадают из социума, теряют трудоспособность, все чаще посещают врачей и склонны к госпитализму. Межличностные контакты плохо сохраняются в такой среде.

Иной тип поведения был свойственен психосоматическим больным, с диагнозом АГ, ИБС. Эти личности стремились много работать, соревноваться и побеждать, активно стремились быть лучше остальных. Гиперсоциализируясь, психосоматические пациенты зачастую не придают внимания своему здоровью и состоянию, не замечая порой даже серьезных кардиологических симптомов.

Выводы.

Пациенты страдающие психосоматическими болезнями и соматоформными расстройствами редко прибегали к деструктивному типу поведения, скорее стремясь сдерживать, а не выплескивать агрессию на окружающих, не пытались разрешить конфликты силовыми методами, не были склонны к мстительности и деструктивным идеалам.

Психосоматические симптомы кардиобольных (АГ, ИБС) в целом связаны с подавлением враждебных импульсов, стремлением вести себя не агрессивно, а гиперсоциабельно. У соматоформных же пациентов наблюдался дефицит агрессивных тенденций как таковых.

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В., Старцева И.В.
ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬПРОТЕКТИН - НОВЫЙ МАРКЕР ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Кальпротектин является продуктом нейтрофильных гранулоцитов, обнаружение которых в кале указывает на воспаление в стенке кишки. Кальпротектин - белок с молекулярным весом 36 kDa, содержащий в своем составе ионы кальция и цинка и обладающий бактериостатическим

и фунгицидным действием in vitro. Он составляет 60% белка, содержащегося в цитоплазме нейтрофилов. Синтез кальпротектина в кале отражает приток нейтрофилов в просвет кишки, что подтверждается высокой корреляцией между концентрацией фекального кальпротектина и экскрецией гранулоцитов. В норме концентрация фекального кальпротектина должна составлять менее 50 мкг/г кала, такие значения, как правило, свидетельствуют об отсутствии патологии кишечника.

Выявление фекального кальпротектина позволяет дифференцировать больных с синдромом раздраженной толстой кишки от органических причин поражения ЖКТ. Умеренно повышенные значения (50-120 мкг/г) кальпротектина отмечаются при поражении слизистой (целиакии, лактозной недостаточности, аутоиммунного гастрита), значительно повышенные концентрации (более 120 мкг/г) отмечаются при воспалительных заболеваниях кишечника, бактериальных инфекциях ЖКТ, дивертикулах и онкологических заболеваниях, постоянном приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Концентрация фекального кальпротектина выше у новорожденных и детей до 1 года превышает 500 мкг/г, поэтому определение кальпротектина следует использовать с осторожностью у детей моложе 4 лет.

Фекальный кальпротектин является простым, неинвазивным и чувствительным маркером активности заболевания и ответа на терапию у тех пациентов, у которых имеется подтвержденный диагноз воспалительных заболеваний кишки. Преимуществом исследования фекального кальпротектина при болезни Крона является то, что повышенные концентрации могут отражать сегментарные поражение тонкой кишки, которая недоступна для эндоскопического и гистологического исследования. Поскольку концентрация фекального кальпротектина в стуле непосредственно коррелирует с гистологической и эндоскопической активностью заболевания стойко повышенные уровни фекального кальпротектина могут указывать на неэффективность терапии, кроме того, повышение содержания кальпротектина в динамике отмечается при приближающемся обострении заболевания.

Таким образом, определение содержания фекального кальпротектина дает возможность получить важную диагностическую информацию о наличии воспалительных процессов в кишечнике, выработать соответствующую стратегию терапии и оценить ее эффективность в динамике.

Захаров И.С., Колпинский Г.И.,Ушакова Г.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА МЕТОДОМ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Остеопороз является одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний современного общества. У женщин, в силу различных анатомо-функциональных особенностей, данная патология встречается достоверно чаще, чем у мужчин. Диагностика остеопении и остеопороза базируется на определении снижения минеральной плотности кости (МПК) пациентов.

Одним из методов, позволяющим определять потерю костной ткани является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual-energy X-ray absorbtiometry - DXA). При проведении DXA полученные результаты сравниваются с референтной базой МПК, изначально заложенной в денситометрическую систему производителем оборудования. Однако, зачастую имеющаяся референтная база отличается от популяционных показателей МПК конкретного региона.

Цель исследования. Разработка референтной базы показателей минеральной плотности кости для женщин Кемеровской области.

Материалы и методы исследования. Представленное исследование основано на статистической обработке 1504 результатов двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии первого-четвертого поясничных позвонков у женщин Кемеровской области различных возрастных групп.

В исследование были включены: женщины европеоидной расы, проживающие в Кемеровской

области не менее 10 лет, у которых отсутствовали заболевания, приводящие к формированию остеопороза.

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия проводилась рентгеновским костным денситометром Lunar-DPX-NT. Изучалась двухмерная МПК. Единицы измерения г/см^2. Помимо расчета средних значений минеральной плотности кости для костного денситометра Lunar, проводилась стандартизация показателей для денситометрических систем Hologic и Norland.

Результаты и обсуждение. На основании проведенного исследования была сформирована референтная база показателей минеральной плотности кости поясничных позвонков для женщин Кемеровской области с учетом различных возрастных периодов.

Согласно полученным результатам пиковые значения минеральной плотности кости поясничных позвонков соответствуют возрасту 20-29 лет, после чего, отмечается десятилетний период стабильности показателей. После 40-летнего возраста возникает достоверное снижение минеральной плотности кости.

Сравнительная оценка референтных значений МПК поясничных позвонков жительниц Кемеровской области и значений базы данных National Health and Nutrition Examination Survey (США) не выявила различий в возрастных группах 16-19 лет и 20-29 лет. Однако после 30-летнего возраста значения МПК женщин Кемеровской области были достоверно ниже.

Таким образом, применение разработанной референтной базы показателей минеральной плотности кости поясничных позвонков для жительниц Кемеровской области позволит проводить двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию с учетом региональных особенностей, что повысит качество диагностики остеопении и остеопороза.

Зейналлы Э.М.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева
г.Баку, Республика Азербайджан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ (ВИТАМИНА Е И СЕЛЕНА) В ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Среди анемичных состояний железодефицитная анемия (ЖДА) является наиболее распространенным заболеванием, этиология которого является многообразной. В Азербайджане высока его частота, что в определенной мере связано как со структурой питания, так и генетическими абберациями, способствующими снижению поступления и усвоения железа в организме.

Как и при многих других анемиях, одним из признаков ЖДА, помимо пониженного содержания гемоглобина, является деформация эритроцитов и активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) мембран эритроцитов и липопротеинов плазмы. В этой связи в медицинской практике давно успешно применяются различные антиоксиданты, в том числе и витамин Е.

В целях повышения эффективности его применения, учитывая определенный синергизм между селеном и витамином Е, а также то, что селен является ключевым компонентом антиокислительной протекции в организме человека и животных, нами изучена эффективность комбинированного применения витамина Е и препаратов селена («селен-актив») при лечении ЖДА.

Больные были разделены на III группы:

I - получали обычное лечение препаратами железа;

II - обычное лечение и витамин Е (токоферол ацетат) (по 600 мг ежесуточно в течении 10 дней, после завершения лечения препаратами железа (n=12));

III - обычное лечение и витамин Е (по 600 мг ежесуточно в течении 10 дней, с последующим включением в рацион питания препарата селена в дозе 0,6 мг (в расчете на чистый селен) в день, в течении 30-ти дней).

Полученные данные по лечению показывают, что имеет место более устойчивые результаты лечения при комбинированном применении препаратов железа, витамина Е и селена. В частности, эффективно восстанавливается уровень гемоглобина и другие гематологические

показатели. При этом снижается уровень ПОЛ до значений, близких к норме, а также снижается деформированность эритроцитов.

Все это позволяет считать целесообразным применение препаратов селена в качестве дополнительного средства для лечения ЖДА.

Зинченко И.П.,Архипова Е.И.,Бойко Е.А.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДА КЛАУССА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОДЕРЖАНИЯ ФИБРИНОГЕНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Содержание фибриногена в плазме здоровых людей достаточно вариабельно: на 20-50% обусловлено генетически, зависит от возраста, пола, массы тела. Кроме того, нормальные величины концентрации фибриногена зависят от используемого метода исследования. Пределы нормы фибриногена при исследовании с применением коагулологических и иммунологических методов составляют 1,7-4,0 и 2,5-6,0 г/л соответственно.

Измерение содержания фибриногена в плазме проводят при гиперфибриногенемии, которая связана с тяжестью воспалительных, иммунных, деструктивных процессов, а также является одним из факторов повышенного риска развития гипервискозного синдрома, артериальных тромбозов и инфарктов.

Снижение концентрации фибриногена наблюдается при остром ДВС-синдроме, при лечении фибринолитиками, при врожденных гипо- и дисфибриногенемиях. При патологических состояниях концентрация свертываемого фибриногена может колебаться в пределах от 0 до 10 г/л и более.

В лаборатории клинической биохимии ГАУЗ КОКБ до недавнего времени для определения содержания фибриногена в плазме применялся метод, основанный на измерении фибриногена в фибриновом сгустке путем взвешивания последнего на торсионных весах (весовой метод по Рутбергу).

Следует отметить, что метод Рутберга достаточно прост в исполнении, но дает очень большую ошибку определения, и результат тестирования напрямую зависит от квалификации и умения лаборанта. ВОЗ и Российские ассоциации по гемостазу и лабораторной диагностике считают применение весового метода не отвечающим современным требованиям.

В общемировой практике преобладает определение концентрации фибриногена на основе измерения времени или скорости образования сгустка, либо с помощью иммунологических методов (с использованием моноклональных антител). Измерения могут проводиться на полуавтоматических коагулометрах и автоматических коагулологических анализаторах. К рекомендуемым методам в первую очередь относят метод Клаусса.

Принцип метода основан на особенностях кинетики реакции фибриноген-тромбин, когда исследуемую плазму крови разбавляют в 10 раз с целью снижения влияния ингибиторов тромбина (антитромбина III и др.). В этих условиях при высоких концентрациях тромбина и низких концентрациях фибриногена время реакции образования сгустка зависит только от количества фибриногена. Использование анализаторов для определения фибриногена по методу Клаусса позволяет определять концентрацию фибриногена в широком диапазоне. Единственный недостаток метода - невозможность мануального исполнения метода, т.к. образуемый сгусток плохо различим визуально.

Цель исследования. Выявление преимущества метода Клаусса в определении содержания фибриногена в плазме крови человека.

Материалы и методы исследования. Работа проведена в лаборатории клинической биохимии ГАУЗ КОКБ. В работе использовались тест-системы для определения фибриногена по методу Клаусса производства НПО РЕНАМ (Фибриноген-тест), Instrumentation Laboratory (HemosIL Fibrinogen-C).

Для определения фибриногена по методу Рутберга использовался тромбопластин производства НПО РЕНАМ. Исследование проводилось на плазмах с низким, нормальным

и высоким содержанием фибриногена. Аттестованное содержание фибриногена (в г/л) в плазме 1 Instrumentation Laboratory (HemosIL Normal Control Assayed) - 3,00 (2,40-3,60); плазме 2 Laboratory (HemosIL High Abnormal Control Assayed) - 5,80 (4,90-6,70); плазме 3 Laboratory (HemosIL Low Abnormal Control Assayed) - 1,99 (1,48-2,56); плазме 4 SIEMENS (Control Plasma N) - 2,50 (2,00-3,00); плазме 5 SIEMENS (Control Plasma P) - 1,00 (0,60-1,40).

Определение фибриногена осуществляли на коагулологических анализаторах с оптико-механическим и оптическим принципами действия. Были использованы полуавтоматический коагулометр Behnk Elekronik CL 4 (Германия), автоматический анализатор ACL 200 (IL, США), автоматический анализатор ACL Elite Pro (IL, США). Взвешивание фибринового сгустка по методу Рутберга осуществляли на торсионных весах ВТ-500.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе все анализаторы были откалиброваны с помощью двух плазм-калибраторов (производство НПО РЕНАМ и Dade Behring) и тромбинов РЕНАМ и Instrumentation Laboratory. Получаемые при этом калибровочные графики отличались друг от друга, однако это практически не сказывалось на конечных результатах определения фибриногена в контрольных испытуемых плазмах.

На следующем этапе проводилась оценка правильности и воспроизводимости измерений на каждом коагулометре. Для этого выполнили по 10 измерений содержания фибриногена методом Клаусса в плазме 1 Instrumentation Laboratory (HemosIL Normal Control Assayed) с паспортным значением 3,00 (2,40-3,60) г/л. (табл. 1.).

Таблица 1

Правильность и воспроизводимость результатов измерений фибриногена в плазме HemosIL Normal Control Assayed на используемых анализаторах

[illegible]	[illegible]		
	Behnk Elekronik CL 4	ACL 200	ACL Elite Pro
[illegible]	3,12	3,08	2,89
[illegible],%	1,54	0,93	1,43
[illegible],%	3,6	2,7	2,6

Все полученные результаты укладываются в допустимые пределы содержания фибриногена в анализируемой плазме, указанные в паспорте производителя. Коэффициент вариации составляет от 0,93% (ACL 200) до 1,54% (Behnk Elekronik CL 4), что свидетельствует о высокой сходимости результатов измерений. Относительная систематическая погрешность составляет от 2,6% до 3,6%, что соответствует требованиям точности анализа.

Далее проводилась оценка возможности определения фибриногена методом Клаусса в широком диапазоне исследуемых концентраций. На каждом приборе анализировали 5 вариантов плазм с концентрациями фибриногена от 1,00 до 5,80 г/л. На данном этапе определяли правильность и вариабельность результатов измерений, выполненных на разных анализаторах (табл. 2).

Таблица 2

Правильность и воспроизводимость результатов определения концентрации фибриногена по методу Клаусса на различных анализаторах

Плазма №	Коагулологический анализатор			*M, (г/л)	Аттестованное содержание фибриногена (г/л)	**CV (%)	***B (%)
	Behrk Elekronik CL4	ACL 200	ACL Elite Pro				
1	3,12	3,08	2,89	3,03	3,00	3,81	1,00
2	5,21	5,51	6,31	5,68	5,80	4,33	2,00
3	1,78	2,05	2,08	1,97	1,99	3,03	1,00
4	2,46	2,54	2,48	2,49	2,50	2,92	0,40
5	0,88	0,97	1,04	0,96	1,00	2,96	4,00

*M - среднее значение концентрации фибриногена.
**C - коэффициент вариации.
***B - относительная систематическая погрешность.

Полученные данные свидетельствуют о том, что определенная на каждом из приборов концентрация фибриногена находится в пределах допустимых значений для каждой анализируемой плазмы, указанных в паспорте производителя. Низкие величины относительной систематической погрешности (от 1,0 до 4,0%) указывают на правильность определения содержания фибриногена на используемых коагулометрах. Коэффициент вариации данных между коагулометрами составляет от 2,92% до 4,33%. Вариабельность повышалась при концентрации аналита более 5 г/л, что может свидетельствовать о влиянии дополнительных разведений образца на конечный результат. Таким образом, доказана возможность правильного и воспроизводимого измерения концентрации фибриногена по методу Клаусса на каждом анализаторе.

Следующим этапом исследования являлось определение концентрации фибриногена по методу Рутберга. Для этого выполнили по 10 измерений содержания фибриногена в 5 вариантах плазм с концентрациями фибриногена от 1,00 до 6,00 г/л. на торсионных весах (табл. 3.).

Таблица 3

Правильность и воспроизводимость результатов определения концентрации фибриногена по методу Рутберга

Плазма №	Среднее значение (г/л)	Аттестованное содержание фибриногена (г/л)	Коэффициент вариации (%)	Относительная систематическая погрешность (%)
1	3,05	3,00	1,14	1,6
2	5,10	5,80	14,2	12,1
3	2,05	1,99	6,84	3,0
4	2,35	2,50	4,92	6,0
5	1,16	1,00	19,0	16,0

Результаты проведенного исследования показывают, что определенная средняя концентрация фибриногена во всех плазмах находится в пределах допустимых значений. Однако, в плазме 2 и 5 из 10 проведенных измерений несколько результатов выходят за пределы допустимых значений. Относительная систематическая погрешность составляет 12,1% для плазмы 2, и 16,0% для плазмы 5, что превышает предельно допустимые значения по ГОСТ Р 53133.1 - 2008. Коэффициент вариации полученных данных составляет от 1,14% до 19,0%. Более низкие значения этого коэффициента были характерны для плазм с содержанием фибриногена 2,5 - 3,0 г/л. Вариабельность существенно повышалась при низкой и высокой концентрации аналита.

Коэффициент вариации для плазмы с концентрацией фибриногена 1,0 г/л составил 19,0%; для плазмы с концентрацией фибриногена 5,8 г/л составил 14,2%, что превышает предельно допустимые значения по ГОСТ Р 53133.1 - 2008. Таким образом, величина систематической погрешности и коэффициент общей аналитической вариации метода определения фибриногена по методу Рутберга не соответствует установленным нормам.

Выводы.

Подводя итоги, следует отметить, что определение концентрации фибриногена в плазме человека по методу Клаусса позволяет получить правильные и воспроизводимые результаты на коагулологических анализаторах при оптимальном подходе к калибровке приборов.

Метод Рутберга для определения концентрации фибриногена в плазме человека дает правильные и воспроизводимые результаты измерения при нормальных концентрациях фибриногена в плазме. При гипо- и гиперфибриногенемии данный метод определения фибриногена дает неточные результаты, использование его для целей лабораторной диагностики нежелательно.

Иванова А.М., Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.

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

ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА

Угледобывающая промышленность занимает одно из ведущих мест в экономике России и обеспечивает постоянную трудовую занятость около 1млн. человек. В то же время, особенности технологических процессов угледобычи не позволяют полностью исключить воздействие вредных производственных факторов (пыль, неблагоприятный микроклимат, шум, вибрация) на организм работающих, в том числе на орган зрения шахтеров. Доля рабочих мест, находящихся в условиях воздействия вредных факторов производственной среды составляет в среднем 90%. Это обусловливает рост офтальмопатологии, связанной с профессией.

Цель исследования. Заключалась в изучении частоты возникновения и структуры заболеваний органа зрения у шахтеров, связанных с воздействием вредных производственных факторов в зависимости от класса вредности, а также стажа работы в угольном производстве.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили материалы результатов периодических медицинских осмотров работников шахты «им. Рубана» и шахты «Байкаимская». В обследовании приняли участие 1058 человек, из них - 988 мужчин (93,4%) и 70 женщин (6,6%).

В результате обследования было сформировано две группы: основная группа и группа сравнения. Основную группу составили работающие во вредных производственных условиях - 948 (89,6%). Профессиональный состав работников этой группы: проходчики, машинисты горно-выемочных машин, горнорабочие очистного забоя, горнорабочие проходки.

В основной группе шахтеры были разделены в зависимости от класса вредности на 2 подгруппы. Подгруппу 1 составили работники профессий: проходчик, гроз, мгвм. Численность первой подгруппы составила 466 человек (49,2%). Средний возраст составил 36,2 года, средний стаж работы во вредных условиях - 9,8±2,6года.

Подгруппу 2 составили работники вспомогательных профессий - электрослесарь подземный, грп 1-2-3 разряда, машинист дизелевоза, механик, помощник механика, начальник и помощник начальника участка. Ко второй группе отнесено - 482 человека (50,8%). Средний возраст - 36,9 года, средний стаж - 12,3±2,4.

Группу сравнения составили 110 сотрудников административно-управленческого звена. Основные критерии группы сравнения: отсутствие воздействия вредных факторов производственной среды. Среди них было - 59 (53,6%) женщин, 51 (46,4%) мужчин. Средний

возраст составил - 41,5 года, средний стаж работы на данном производстве составил - 14,9±4,6.

С целью оценки влияния производственного стажа во вредных условиях на изменения органа зрения шахтеры были разделены на следующие стажевые периоды: от 1-5 лет, от 5-9 лет, от 10 и более.

Вредные и опасные факторы производственной среды установлены в ходе аттестации рабочих мест основных профессий угольной отрасли, проведенной в соответствии с Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».

Гигиенические требования к предприятиям угольной промышленности и организации работ по степени вредности и опасности факторов производственной среды и трудового процесса, позволили отнести условия труда шахтеров к категории вредных (класс 3). У рабочих основной группы классы вредности варьировали в пределах 3.1-3.4. Различие между группами заключалось в увеличении интенсивности воздействия факторов производственной среды.

Подгруппу 1 составили работники профессий: проходчик, гроз, мгвм. Классы вредности 3.3-3.4.

Подгруппу 2 составили работники - электрослесарь подземный, грп 1-2-3 разряда, машинист дизелевоза, механик, помощник механика, начальник и помощник начальника участка. Классы вредности 3.1-3.2. У работников группы контроля условия труда соответствовали оптимальным.

В программу офтальмологического обследования вошло определение остроты зрения с коррекцией, полей зрения, скиаскопия, биомикроскопия, измерение внутриглазного давления, офтальмоскопия.

Результаты исследования. Всего было обследовано 1058 человек. 418 человек (39,5% всех обследованных) имели офтальмопатологию. В основной группе офтальмопатология выявлена у 376 шахтеров (39,7%). В группе сравнения выявлено 42 работника (38,2%) с офтальмопатологией. При анализе структуры офтальмологических заболеваний выявлены следующее закономерности. Нарушения рефракции и аккомодации занимали ведущее место среди выявленной патологии как в основной группе (33,9% - в подгруппе 1 и 34,4% - в подгруппе 2), так и в группе сравнения - 35,5%. Характерно, что пониженное зрение преобладает у лиц средней возрастной группы и с большим стажем работы.

Частота травм глаза и их последствий в основной группе оказалась значимо выше, чем в группе сравнения (7,9% - в подгруппе 1 и 3,1% - в подгруппе 2 против 2%). Чаще всего обнаруживались инородные тела роговицы и конъюнктивы, последствия контузий средней и тяжелой степени тяжести, проникающих ранений глаза. Больше половины всех травм - производственные. Травмы на производстве, как правило, были связны с нарушением техники безопасности, недостаточным пользованием средствами индивидуальной защиты.

Частота выявления катаракты в основной группе оказалась выше, чем в группе сравнения (11,9% - в основной группе против 7,9% соответственно). При биомикроскопии определялись начальные катаракты в виде нежных хлопковидных помутнений капсулы хрусталика с высокой остротой зрения 0,8-0,9. Реже наблюдали более выраженные помутнения коры хрусталика.

Второе место занимали болезни конъюнктивы и век. Частота заболеваний век в основной группе была значительно выше (33,2% в основной группе), чем в группе сравнения (6,9%). Наибольшая частота болезней век выявлена в подгруппе 1. Это, вероятно, связано с неблагоприятным влиянием факторов производственной среды, таких как повышенная запыленность, высокие концентрации промышленных аэрозолей, неблагоприятный микроклимат, перепады температур, сквозняки.

Заболевания конъюнктивы чаще регистрировались также в основной группе, чем в группе сравнения. Высокая частота встречаемости заболеваний конъюнктивы у шахтеров связана с тем, что они подвергаются большему неблагоприятному воздействию вредных факторов производственной среды, чем группа сравнения.

Из представленных данных следует, что наряду с воспалительными заболеваниями частым поражением конъюнктивы у шахтеров являются конъюнктивальные перерождения пингвекула

(9,6% в подгруппе 1 против 3,6% - в группе сравнения). Высокая частота данной патологии, скорее всего, связана с длительным воздействием повышенной запыленности, неблагоприятного микроклимата. Важно, что пингвекулы у шахтеров встречались не только чаще чем у группы сравнения, но и имели большие размеры, часто располагаясь как в области внутреннего, так и у наружного угла глаза, и выявлялись у шахтеров в возрасте младше 30-35 лет.

На основании изложенных данных выявлено, что частота офтальмопатологии в исследуемых группах возрастает с увеличением класса вредности и стажа работы. С увеличением стажа работы шахтеров во всех подгруппах отмечено увеличение числа случаев заболеваний век и конъюнктивы, преимущественно за счет воспалительных заболеваний.

Выводы.

1. Установлена высокая частота заболеваний органа зрения у шахтеров в сравнении с сотрудниками предприятия, чей труд не связан с влиянием вредных производственных факторов.

2. Увеличение частоты встречаемости офтальмопатологии зависело как от класса вредности, так и от стажа работы шахтеров во вредных условиях.

3. Вредные и опасные условия труда шахтеров - повышенная запыленность, неблагоприятный микроклимат, пониженная освещенность, шум, вибрация, оказывают неблагоприятное воздействие на орган зрения. Они способствуют развитию офтальмопатологии.

Игишева Л.Н., Худяшова Е.Н., Артамонова Г.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Современная кардиохирургия позволяет снизить показатели смертности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС), однако данные о состоянии здоровья детей, перенесших хирургическую коррекцию порока в отдаленном периоде ограниченны по числу наблюдений. Известно, что после коррекции ВПС выявляются нарушения физического, психологического и социального функционирования ребенка, его адаптации в обществе, что сказывается на качестве жизни и его ближайшего окружения.

Цель исследования. Изучение медико-социальных характеристик у детей с ВПС, перенесших радикальную кардиохирургическую операцию

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 91 детей в возрасте от 12 месяцев до 17 лет (44,6% мальчиков, девочек - 55,4%). Кардиохирургическое лечение проводилось в НИИ КПССЗ СО РАМН г.Кемерово в возрасте от 2 мес. до 17 лет с 2008-2011 гг.

Структура оперированных врожденных пороков сердца: септальные дефекты 73,3%, открытый артериальный проток и пороки развития аорты - 11,3%, пороки конотрункуса - 8,8%, клапанные пороки - 4,4% и открытый атриовентрикулярный канал - 2,2%. В условиях искусственного кровообращения оперировано большинство пациентов (88,7%). Повторным хирургическим вмешательствам подвергались 12,7%. Изучались: возрастно-половой статус, физическое, психо-эмоциональное, социальное функционирования, умственное развитие, условия жизни семьи ребенка («Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни» Москва, 2005г.).

Результаты исследования. По результатам анализа полученных данных пациенты были разделены на три группы. Не имели значимого нарушения качества жизни и вошли в первую группу 53% детей; у 37% отмечались различного рода проблемы, они составили - вторую группу; у 10% пациентов, вошедших в 3 группу, были диагностированы серьезные нарушения здоровья и они нуждались в проведении коррекционных воздействий. Среди детей, оперированных в раннем возрасте (от 2 месяцев до 3 лет), большинство (61,5%) вошли 1 группу, во 2 и 3 группы - 38,4%. Из 24 пациентов, оперированных в возрасте 4-17 лет, напротив, подавляющее большинство 83,3% имели низкое качество жизни.

Выявленная закономерность свидетельствует о том, что ранняя диагностика ВПС и радикальная коррекция дефекта не позволяет возникнуть тяжелым осложнениям естественного течения заболевания и определяет оптимальное функционирование организма. У большинства пациентов, подвергшиеся повторному оперативному вмешательству диагностированы отклонения в основном в психо-эмоциональной сфере и физическом статусе.

Анализ социальных показателей выявил, 80% оперированных пациентов из многодетных семей и с доходом ниже прожиточного минимума имели отклонения в состоянии здоровья. 18,7% исследуемых были из социально неблагополучных семей и большинство из них (3/4) вошли в 2 и 3 группы, при этом они перенесли одномоментную операцию с хорошей анатомической коррекцией.

Выводы.

Своевременное кардиохирургическое вмешательство в сочетании с благоприятными социально-психологическими условиями, определяют в дальнейшем у детей с ВПС высокое качество жизни. Поэтому необходим комплексный подход в реабилитации данной категории пациентов.

Игишева Л.Н., Князева Е.В., Болгова И.В., Цой Е.Г.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово,
МБУЗ ЦРБ Гурьевского района
г.Гурьевск
МБУЗ ДГКБ N 5
г.Кемерово, Россия

ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Актуальность. В последние годы в связи с широким внедрением эхокардиографии в педиатрии, увеличилась частота выявления открытого овального окна (ООО). ООО - естественное внутриутробное межпредсердное сообщение, закрывается после рождения. Однако, лишь 1% детей в возрасте 3-5 дней не имеют сброс через ОО. У 50% здоровых детей ОО продолжает функционировать до одного года жизни. Частота выявления открытого ОО у взрослых при аутопсиях составляет около 25-30%. Особенности клиники и катамнез детей с ООО представлено единичными работами.

Цель исследования. Изучение особенностей детей с открытым ОО, рожденных при различных сроках гестации.

Материалы и методы исследования: обследовано 153 ребенка с диагнозом ООО, с 1-го месяца до 3-х лет. Дети распределены на 2 группы:

I - составили доношенные дети (n=89),

II - недоношенные(n=64).

Средний срок гестации в I группе - 39 нед., во II - 33 нед. II группу в зависимости степени недоношенности разделили на подгруппы.

Подгруппа А - дети со сроком гестации 32-36 недель (n=48) и подгруппа Б - рожденные до 32 недель (n=16). В подгруппе А средний гестационный возраст - 34 недели, в подгруппе Б - 29 недель. В комплексное обследование входили клинико-анамнестический с оценкой физического развития и инструментальные методы: ЭХОКГ и ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. У доношенных детей в периоде новорожденности ООО выявлено у 59%, средний возраст составил 3,2±0,6 мес. У недоношенных ООО в первый месяц жизни выявлено у 71%, средний возраст диагностирования пришелся на 1,9±1,4 мес. У подгруппы Б ООО верифицировано раньше, чем у подгруппы А. Средние размеры овального отверстия в обеих группах были практически одинаковыми около 0,24 см. Диаметр ОО у детей, рожденных до 32 недель был наибольшим - 0,38 см. При оценке темпов физического развития (ФР) выявлено следующее. В подгруппе А ФР ниже среднего у 20%,в подгруппе Б уже у 62%.

Проведенный нами корреляционный анализ выявил прямую зависимость ФР от срока

гестации, массы тела при рождении, наличия фоновой и неврологической патологии. Зависимости ФР от размеров ОО не выявлено.

Далее изучалась связь ООО с инфекционной заболеваемостью. И наибольшая доля частоболеющих детей выявлена среди недоношенных, доказана корреляционная связь между инфекционной респираторной заболеваемостью и сроком гестации. При анализе ЭКГ достоверных различий не выявлено. Спонтанное закрытие ОО за период наблюдения произошло у 50 детей. У детей первой группы ОО в среднем перестало функционировать в 1,52±0,64 года. У недоношенных - в 1,27±0,36 г. В подгруппе А недоношенных - в 1,1±0,32 г., а в подгруппе Б средний возраст закрытия ОО приблизился к 1,6±0,10 г.

Определилась закономерность, что у детей, родившихся ранее 32 нед., ОО перестало функционировать позже. И выявлено, что сроки закрытия ОО прямо зависят от его размеров, но не от срока гестации. В среднем анатомическое закрытие ОО в обеих группах, происходит в 1,5 года. Можно предположить, что если к 1,5-2 годам не произойдет закрытия ОО, оно останется функционирующим всю жизнь.

Выводы.

1. Нарушение физического развития, инфекционная заболеваемость не зависит от наличия ООО и его размера.

2. Спонтанное закрытие ОО происходит до 2-х лет, срок закрытия зависит от размеров ОО, но не от срока гестации.

3. Если к 2 годам не произойдет закрытия овального окна, то оно, вероятно, останется функционирующим всю жизнь. Таких детей нужно наблюдать.

4. Функционирующее овальное окно у детей раннего возраста (до 2-х лет) необходимо расценивать не как патологию, а как пограничное состояние, не требующее диспансерного наблюдения.

Игишева Л.Н., Гвоздева А.В., Сизова И.Н.

ФГБУ «Научно исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»

г.Кемерово, Россия

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) у детей, несмотря на разнообразие этиопатогенетических механизмов, отличается неблагоприятным течением, при этом прогноз зависит от времени верификации диагноза и проводимой терапии.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей в комплексе с морфометрическими показателями сердца у детей с ДКМП на фоне комбинированной медикаментозной терапии в динамике длительного наблюдения.

Материалы и методы. 12 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет, 8 девочек и 4 мальчиков. У 9 (75%) пациентов заболевание диагностировано на первом году жизни. Длительность наблюдения - от 1 до 8 лет. Базовую терапию составили: ингибиторы АПФ, В-адреноблокаторы, диуретики, дигоксин метаболические препараты, периодически дети получали внутривенный иммуноглобулин. Инструментальное обследование включало в себя электрокардиографическое исследование, ЭКГ- Holter, эхокардиография оценкой индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Результаты и обсуждения. Клинически все дети имели признаки сердечной недостаточности - чаще всего одышка, на втором месте тахикардия кардиомегалия, гепатомегалия (в половине случаев), приглушение сердечных тонов, цианоз. Преобладала сердечная недостаточность 2А стадия (84%) (Белоконь Н. А., 1987 г.) В 30% отмечалось отставание в масса-ростовых показателях.

По результатам ЭКГ у большинства больных регистрировались признаки перегрузки левых отделов сердца, желудочковая тахикардия (91%), нарушения проводимости и процессов

реполяризации (63%). По данным эхокардиографии у всех пациентов в дебюте имелась выраженная дилатация левого желудочка, и гипертрофия миокарда. Так средний показатель КДО 59,5±29,5 см; КСО 41,5±13,5 см^3, что значительно превышало границы 97 процентиля, ИММЛЖ превышал значения 99 процентиля.

Наиболее выраженные показатели гипертрофии миокарда отмечены в младшей возрастной группе, так у 5 (42%) детей с началом заболевания в на первом году жизни, показатель ИММЛЖ >100г/м - 2,7. Фракция выброса (ФВ) составляла 34,3±15,3. Комплексная терапия проводилась с постоянным мониторированием клинико-инструментальных показателей. В зависимости от результата, индивидуально, определялась кратность амбулаторно-стационарного наблюдения от 3-х до 12-и месяцев. На фоне лечения у всех пациентов отмечено уменьшение клинических признаков СН (уменьшение или купирование тахикардии, одышки), нормализация массо-ростовых показателей, увеличение ФВ.

Наиболее значимые изменения - у 4-х пациентов, получающих лечение на протяжении 4-х и более лет. У них удалось добиться уменьшения гипертрофии левого желудочка (в 2-х случаях ИММЛЖ уменьшился в 2 раза), значительно уменьшилась дилатация полостей, отмечена хорошая динамика ФВ (до 50%). По ЭКГ значительно уменьшились признаки перегрузки отделов сердца, купирована тахикардия. У пациентов с длительностью наблюдения менее 4-х лет выявлена положительная динамика клинического статуса, однако одышка и тахикардия сохранялись, и половина детей не достигли возрастных показателей физического развития. Кроме того, достигнуты менее значимые показатели уменьшения дилатации и гипертрофии миокарда, у всех пациентов ФВ сохранялась ниже 50%. У одной пациентке из старшей группы стабилизация состояния обеспечена трансплантацией сердца.

Выводы.

Стабилизация состояния больных и улучшения внутрисердечной гемодинамики достигнута у подавляющего большинства пациентов. Более благоприятное течение отмечено у детей с выявлением заболевания в возрасте до 6-и месяцев при условии проведения постоянной комбинированной терапии, корригируемой в зависимости от динамики клинико-инструментальных характеристик.

Индукаева Е.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКЕ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Социально-экономические и демографические характеристики, климато-географические и экологические особенности условий проживания могут являться важным фактором в распространенности факторов риска (ФР) БСК.

Цель исследования. Аанализ региональных особенностей распространенности основных ФРБСК в г.Кемерово.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка мужского и женского взрослого населения в возрасте 25-64 лет г.Кемерово. Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено в период с марта по октябрь 2013 г. В конечном виде объем выборки составил 2 тыс. человек (мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет), отклик составил 81,4% (1628 человек).

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 1628 человек, доля мужчин составила 700 человек (43%), женщин - 928 (57%). Нормальную массу тела имели 30,9% мужчин и 33,1% женщин, избыточную массу тела и ожирение у мужчин - 39,4% и 29,6%, соответственно, у женщин - 27,6 и 39,4% соответственно, что превышает Российские показатели.

По данным опроса не курят 49,8% респондентов: 22,5% мужчин и 77,4% женщин.

Доля курящих мужчин составляет 45,7%, женщин - 18,9%. В группе бросивших курить также преобладают мужчины - 61,4%.

Алкоголь употребляли 42,5% респондентов, из них 64,7% - мужчины, 25,8% - женщины, аналогичная тенденция наблюдается по Российской Федерации (РФ).

Распространенность гиперхолестеринемии (ГХС) среди населения г. Кемерово составила 53,1%, что выше, чем по России в 2 раза - 26,2% (в 2007 г.). Среди мужского и женского населения Кемерово - 41,3% и 58,7% соответственно (p<0,001), среди населения РФ - 27,2% и 25,6% соответственно. С увеличением возраста распространенность ГХС закономерно возрастает в Кемерово с 11,9% до 40,3% у мужчин и с 9,0% до 54,5% у женщин, аналогичная тенденция наблюдается по РФ.

Гипергликемия выявлена у 17,2% лиц, 18,5% - у мужчин, 16,2% - у женщин.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ), стандартизованная по возрасту, среди населения г. Кемерово составила 43,4%, что выше, чем по России - 38,1% (в 2007 г.). Среди мужчин - 51,7%, среди женщин - 37,2%.

При сравнении региональных и общенациональных показателей распространенности АГ отмечается уменьшение различий с возрастом. Субъективное знание уровня своего артериального давления продемонстрировали 84,7% респондентов, из них 79,1% мужчин и 88,9% женщин (p=0,00001). Осведомленность в среднем по России составляла 74,4%. С увеличением возраста этот показатель возрастает как при анализе региональных, так и общенациональных показателей и не зависит от гендерной принадлежности.

При изучении распространенности АГ и факторов риска БСК в Кемерово в сравнении с Россией выявлены следующие особенности: преобладание АГ у мужчин, высокий процент курящих женщин, высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения и употребления алкоголя, преимущественно у мужчин Кемеровской выборки.

Исакова Н.В., Емельянова О.Н.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
г.Чита, Россия

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЕ СВЕЧЕНИЕ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Хемилюминесцентный метод выявляет изменения функциональной активности клеток, в частности фагоцитов, в процессе их взаимодействия с различными, в том числе специфическими агентами. Течение сахарного диабета типа 1 (СД-1) характеризуется наличием микроангиопатий. Возможным патогенетическим механизмом развития и прогрессирования диабетических ангиопатий является повышение функциональной активности клеток крови.

Обследовано 42 больных сахарным диабетом 1 типа (средний возраст 26±0,2 лет). 1-я группа - 18 больных без признаков диабетических микроангиопатий, 2-я группа - 24 пациента с ангиопатиями: ангиоретинопатия, нефропатия, нейропатия. Контрольная группа: 23 здоровых человека (средний возраст 25±0,6 лет), сопоставимых по половому составу, без отягощенного семейного анамнеза по СД.

Из крови на соответствующих градиентах плотности выделяли тромбоциты и мононуклеары. Функциональную активность клеток оценивали по интенсивности их хемилюминисцентного ответа в ответ на введение латекса, определяя максимальную интенсивность свечения (I max), выраженную в условных единицах (у.е.).

Интенсивность хемилюминесценции тромбоцитов больных СД-1 без осложнений (I max 1,19±0,01 у.е.) превышала таковую кровяных пластинок здоровых (I max 0,19±0,08 у.е.) в 6 раз, а при развитии диабетических микроангиопатий (I max 1,71±0,06) - в 9 раз.

Функциональная активность моноцитов у пациентов СД-1 (I max 2,78±0,10) определялась повышенной и продолжала нарастать при развитии микроангиопатий (I max 3,39±0,30) при сравнении с данными контрольной группы (I max 1,07±0,10).

Уровень хемилюминесцентного свечения при фагоцитозе характеризует степень

«респираторного взрыва» в клетках с продукцией активных форм кислорода, поэтому полученные данные свидетельствуют об активации процессов липопероксидации при сахарном диабете и их роли в формировании диабетических ангиопатий.

Таким образом, интенсивность хемилюминесцентного свечения тромбоцитов и моноцитов может служить диагностическим маркером развития диабетических микроангиопатий.

Кабанова М.А., Калентьева С.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПЛОДА

Цель исследования. Провести сравнительный анализ адаптационных возможностей системы «мать-плацента-плод» в зависимости от пола плода.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования, проведенного с 2003-2012 гг. на базе акушерской клиники МУЗ Детская городская клиническая больница N 5 г.Кемерово, выполнено обследование 24466 женщин в возрасте от 15 до 40 лет. Для оценки адаптационных возможностей системы «мать-плацента-плод» использованы: УЗИ плаценты, морфологическое исследование последа и кардиоинтервалография.

Оценка величины влияния фактора на частоту осложнений проводилась по показателю отношения шансов (ОШ) при помощи программы WinPepi Version 11.25. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Всех беременных женщин разделили на 2 группы: I группа - 12779 женщин, вынашивающих плод мужского пола, и II группа - 11687 женщин, вынашивающих плод женского пола.

По данным УЗИ фетоплацентарного комплекса у женщин I группы чаще по сравнению с женщинами II группы диагностировались ФПН (ОШ=1,30, p=0,010), многоводие (ОШ=1,56, p=0,000). Однако у них значимо реже диагностировались маловодие (ОШ=0,69, p=0,000), аномалии развития плода (ОШ=0,44, p=0,000) и преждевременное старение плаценты (ОШ=0,72, p=0,000).

При гистологическом исследовании последов рожениц установлено, что у женщин I группы чаще диагностировалась субкомпенсированная форма ФПН (ОШ=1,79, p=0,000), однако реже имела место не только декомпенсация ФПН (ОШ=0,32, p=0,000), но и ее компенсированные формы (ОШ=0,50, p=0,000). Также у этих женщин реже определялись гемодинамические (ОШ=0,76, p=0,000), воспалительные (ОШ=0,79, p=0,004) и деструктивно-склеротические изменения (ОШ=0,71, p=0,000) в плаценте.

Наличие регуляторно-метаболических взаимоотношений между функцией плаценты и развивающимися органами и тканями плода является необходимым звеном системогенеза и осуществляется по типу обратной связи. Нарушение этих взаимоотношений начинается либо с момента инфицирования плацентарной ткани, либо с нарушения микроциркуляции маточно-плацентарного кровообращения.

По данным ВРС исходное состояние рожениц I группы характеризовалось парасимпатикотонией и доминированием автономного контура регуляции сердечного ритма. При проведении пробы «Счет» наблюдалось умеренное повышение тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС) и роли центрального контура управления ритмом сердца. У всех женщин I группы адаптационно-приспособительные механизмы регуляции системы кровообращения соответствовали высокому или среднему уровням. У женщин II группы преобладал тонус симпатического отдела ВНС, что указывает на централизацию управления сердечным ритмом, обусловленную повышением активности гипоталамо-лимбических и корковых структур.

Такие механизмы таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с последующим

развитием патологического процесса. На фоне исходной симпатикотонии в нагрузочный период происходило возрастание активности обоих контуров регуляции с преобладанием автономного. Это повышало вероятность развития дисбаланса в регулирующих системах, что в 8,3% случаях привело к срыву адаптационно-приспособительных механизмов регуляции сердца.

Выводы.

У женщин, вынашивающих плод женского пола, по данным УЗИ фетоплацентарного комплекса и морфологического исследования последов выявлена большая частота нарушений в системе «мать - плацента - плод» с явлениями декомпенсации адаптационно-приспособительных механизмов, подтвержденных данными ВРС.

Кабанова М.А., Калентьева С.В.

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

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России г.Кемерово, Россия

ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И РЕЗУС ФАКТОР МАТЕРИ

Цель исследования. Провести сравнительную оценку показателей здоровья новорожденных в зависимости от резус-фактора матери.

Материалы и методы исследования. С 2004-2013 гг. на базе родильного дома N 5 г.Кемерово методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 24466 историй родов (форма 096/у) и 24622 историй развития новорожденных (форма 097/у).

Оценка величины влияния фактора на частоту осложнений проводилась по показателю отношения шансов (ОШ) при помощи программы WinPepi Version 11.25. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Для сравнительной оценки показателей здоровья новорожденных мальчиков и девочек в зависимости от резус-фактора матери детей разделили на 2 группы: I группа - 12870 детей мужского пола и II группа - 11752 детей женского пола. Каждую из групп разделили еще на 2 подгруппы: А - дети, рожденные от матерей с резус-положительной группой крови, и Б - дети, рожденные от матерей с резус-отрицательной группой крови.

При сравнительном анализе групп IA и IIA установлено, что мальчики IA чаще рождались с массой тела более 4000 грамм (ОШ=1,62, p=0,000), с оценкой по Апгар 1-4 баллов (ОШ=1,25, 95% [ДИ=1,07-1,47], p=0,004) и 5-6 баллов (ОШ=1,21, 95% [ДИ=1,15-1,28], p=0,000) на фоне тугого (ОШ=1,25, 95% [ДИ=1,17-1,34], p=0,000) обвития пуповиной. Девочки IIA группы чаще рождались с массой тела менее 3000 грамм (ОШ=0,82, p=0,000) с оценкой по Апгар 7-9 баллов (ОШ=0,80, p=0,000). Мальчикам IA группы чаще выставлялся диагноз: церебральная ишемия (ОШ=2,02, p=0,000), особенно тяжелые ее формы (ОШ=1,56, p=0,000) вплоть до отека головного мозга (ОШ=1,61, p=0,000). Также в данной группе чаще развивался синдром дыхательных расстройств (ОШ=1,18, p=0,000) вплоть до отека легких (ОШ=2,14, p=0,000), а также диагностировались ВПР мочевыделительной системы (ОШ=1,37, 95% [ДИ=1,02-1,86], p=0,030). У девочек группы IIA чаще имели место клинические проявления ВУИ (ОШ=0,85, p=0,000) и ВПР центральной нервной системы (ОШ=0,73, p=0,016).

Далее мы сравнили группу IБ (мальчики от матерей с резус-отрицательной группой крови) и IIБ (девочки от матерей с резус-отрицательной группой крови). При рождении мальчики IБ группы чаще рождались с оценкой по Апгар 1-4 баллов (ОШ=1,69, p=0,001) и 5-6 баллов (ОШ=1,19, p=0,007) на фоне тугого (ОШ=1,25, p=0,004) обвития пуповиной. Девочки IIБ группы чаще рождались с массой тела менее 3000 грамм (ОШ=0,56, p=0,000) с оценкой по Апгар 7-9 баллов (ОШ=0,80, p=0,000). У мальчиков IБ группы чаще наблюдался синдром дыхательных расстройств (ОШ=1,52, p=0,000), а также диагностировались врожденные пороки развития (ОШ=4,31, p=0,000). Только в данной группе имели место ВПР ЦНС (p=0,000) и ВПР мочевыделительной системы (p=0,000). У девочек группы IIБ чаще выставлялся диагноз: церебральная

ишемия (ОШ=0,44, p=0,000), особенно тяжелые ее формы (ОШ=0,45, p=0,000).

Выводы.

По данным проведенного исследования установлено, что частота и тяжесть осложнений периода новорожденности не только зависит от пола ребенка, но и свое влияние оказывает резус-фактора матери. Так риск развития церебральной ишемии у детей от матерей с резус-положительной группой крови выше у мальчиков, а от матерей с резус-отрицательной группой крови выше у девочек.

С врожденными пороками развития прослеживается обратная закономерность. По результатам выявленных закономерностей показателей здоровья новорожденных мальчиков и девочек в зависимости от резус-фактора матери необходимо разрабатывать индивидуальные меры первичной профилактики перинатальной патологии.

Казызаева А.С., Воробьева Е.Н., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
ФГБОУ «Алтайский государственный университет»
г.Барнаул, Россия

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА БАРНАУЛА)

Главными причинами смертности во всем мире выступают заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ). Метаболический синдром, относящийся к модифицируемым факторам риска развития ССЗ, назван экспертами ВОЗ «пандемией XXI века». В общей популяции людей распространенность метаболического синдрома составляет 25-35%, а по некоторым данным до 40% и к 2025 году может превысить 500 млн. человек.

У больных метаболическим синдромом летальность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 2-3 раза, риск сахарного диабета (СД) типа 2 в 5-9 раз выше, у мужчин в 4 раза выше ИБС, в 2 раза - цереброваскулярных заболеваний и смерти от всех причин, чем у лиц без метаболического синдрома.

Целью исследования явилась оценка развития ожирения у жителей города Барнаула.

Было обследовано 368 мужчин и женщин (51,1% - женщины, 48,9% - мужчины) в возрасте от 20 до 80 лет (средний возраст обследованных - 55,3±0,54 лет; мужчин - 53,7±0,79 года; женщин - 56,9±0,71 лет). О наличии ожирения судили по величине индекса массы тела (ИМТ) (при ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2 - избыточная масса тела, 30,0-34,9 кг/м^2 - ожирение 1 степени, 35,0-39,9 кг/м^2 - ожирение 2 степени, более 40,0 кг/м^2 - ожирение 3 степени), для расчета которого измеряли рост и массу тела пациентов. Окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ) определяли для вычисления отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ), по величине которого судили о типе ожирения (абдоминальный тип ожирения у мужчин при ОТ/ОБ >1,0; у женщин при ОТ/ОБ>0,85).

Согласно полученным данным, средние значения ИМТ у обследованных мужчин и женщин статистически не различались (28,82±0,37 - у мужчин, 29,06±0,71 - у женщин), в то время как ОТ был достоверно выше (p<0,05) у мужчин (99,7±0,87 - мужчины, 90,2±1,06 - женщины), а ОБ - у женщин (108,8±0,72 - женщины; 104,5±0,66 - мужчины). Соответственно отношение ОТ/ОБ у обследованных мужчин (0,95±0,01) статистически выше (p<0,05), чем у женщин (0,83±0,01).

Зависимости величин ИМТ, ОТ, ОБ и отношения ОТ/ОБ от возраста нами выявлено не было. Ожирение было отмечено у 42,3% обследованных женщин (из них 30,2% женщин имели 1 ст. ожирения, 88,8% - 2 ст. и 3,3% - 3 ст.) и 41,01% мужчин (34,3% мужчин имели 1 ст. ожирения, 5,6% - 2 ст., 1,1% - 3 ст.) разных возрастных групп. Для большинства обследованных пациентов было характерно ожирение по абдоминальному типу, так как отношение ОТ/ОБ у 44,9% женщин было >0,85 (0,90±0,01), а у 24,4% мужчин этот показатель был >1,0 (1,03±0,01).

В группе 20-29-летних у 33,4% женщин было обнаружены признаки ожирения, а у мужчин ожирением нами не выявлено, но у 80% из них отмечена избыточная масса тела. Ожирение у женщин 30-39 лет наблюдалось у 37,5% женщин, у 40-49 летних женщин - в 28,6% случаях.

В возрастных группах старше 50 лет доля женщин с ожирением постепенно нарастала. Среди обследованных мужчин 30-39 и 40-49 лет отмечено ожирение у 61,6% и 71,0% соответственно. С возрастом число лиц с ожирением среди мужчин существенно снижалось, а в группе мужчин старше 70 лет случаев ожирения зафиксировано не было.

Таким образом, у мужчин признаки ожирения появляются после 30 лет. Пациенты с ожирением среди женщин встречаются во всех возрастных группах, их доля возрастает в период постменопаузы (после 50 лет).

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

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА)

Актуальность. Недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в педиатрии посвящено большое число научных работ, что обусловлено ее широким распространением в популяции и полисистемностью поражения. Однако точно данных о распространенности НДСТ у детей и подростков на сегодня не существует. По-прежнему не выяснены до конца и этиопатогенетические механизмы развития НДСТ и связанных с нею патологий. Одной из причин развития НДСТ рассматривается влияние разнообразных неблагоприятных факторов на плод в период его внутриутробного развития.

Материалы и методы исследования. Обследованы ученики одной из школ г.Ленинска-Кузнецкого в возрасте от 10 до 14-и лет (всего 110 подростков, 57 мальчиков и 53 девочки). Наличие и степень выраженности НДСТ устанавливали по шкале балльной оценки значимости фенотипических критериев (Кадурина Т.И., 2009). При сумме баллов менее 12 диагноз НДСТ отвергали, при сумме баллов в пределах 12-23 констатировали умеренную НДСТ, более 23 - выраженную НДСТ. Выявление особенностей течения антенатального периода осуществляли с помощью изучения дородовых патронажей и выписок из роддомов.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программ Statistica 6.0 («StatSoft, Inc.») и IBM SPSS Statistics 20,0. Прогностически неблагоприятные факторы антенатального периода выявляли с использованием метода логистической регрессии с последующим построением характеристической кривой (ROC-анализ).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования у 73,6% обследованных подростков установлено наличие фенотипических признаков НДСТ, При этом у 41 подростка (37,3%) наблюдалась выраженная НДСТ (они составили первую (I) группу), у 40 (36,3%) - умеренная (вторая (II) группа). К контрольной группе отнесли 29 подростков с минимальными проявлениями НДСТ.

Анализ сведений, содержащихся в амбулаторных картах, показал, что почти все дети исследуемых групп были рождены в срок, с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. По средней массе и росту при рождении, по течению раннего неонатального периода группы существенно не отличались. Не обнаружено также различий по среднему возрасту матерей и наличию у них вредных привычек. Однако течение беременности проходило часто на фоне токсикоза (в 53,7% случаев в I группе, в 65% случаев - во II-ой группе и в 31% случаев - в контрольной группе), гестоза (26,8%, 25% и 10,3% случаев, соответственно), анемии (65,9%, 57,5% и 31%), хронической внутриутробной гипоксии плода (53,7%, 30% и 13,8%), угрозы прерывания беременности (51,2%, 32,5% и 27,6%).

Отмечались также различия по наличию заболеваний сердечно-сосудистой системы

(артериальная гипертензия, гипотензия) (36,6%, 35,5% и 13,8%) и других хронических заболеваний у мамы (пиелонефрит, гастрит, холецистит, гипофункция щитовидной железы) (39%, 32,5% и 10,3%, соответственно). С помощью метода логистической регрессии были установлены наиболее значимые патогенетические и прогностические факторы развития НДСТ. Факторы, не вошедшие в модель: угроза прерывания беременности, возраст матери, поздняя беременность, наличие сердечно-сосудистых заболеваний у матери. Модель статистически значима: $ч^2$=39,09 (ст.св. 5), p<0,001. Общая точность модели составила 80,9%. Использование порога классификации 0,5 позволяет с 96,3% точностью прогнозировать развитие НДСТ. Площадь под ROC-кривой составила 0,85 (ДИ: 0,778-,923), что свидетельствует о достаточной эффективности модели.

Таким образом, предложенное уравнение логистической регрессии, может быть использовано для оценки риска и прогноза развития НДСТ. Предикторами развития НДСТ являются такие факторы антенатального периода, как хроническая гипоксия плода, токсикоз, гестоз, анемия и наличие хронических заболеваний у беременной. Профилактика развития диспластикоассоциированной патологии у детей должна начинаться с антенатального периода при выявлении факторов риска у беременных.

Кашталап В.В., Быкова И.С., Зыков М.В., Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Распространенность мультифокального атеросклероза среди взрослого населения по данным различных исследований составляет от 13,5-95%. Распространенность почечной дисфункции в общей популяции достигает 20% и почти в трети случаев осложняет течение инфаркта миокарда (ИМ).

Цель исследования. Оценка встречаемости и клинико-прогностическая значимость почечной дисфункции и мультифокального атеросклероза у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 783 пациента, госпитализированных по поводу инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) до 24 часов от начала заболевания. При поступлении всем пациентам определялся уровень креатинина крови и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. На 5-7 сутки госпитального периода пациентам было проведено ультразвуковое исследование периферических артериальных бассейнов на предмет наличия мультифокального атеросклероза (наличие поражения коронарных артерий (КА) в сочетании с любыми поражениями брахиоцефальных и/или артерий нижних конечностей, включая утолщение комплекса интима-медиа (КИМ). На госпитальном и трехлетнем этапе наблюдения проведена оценка частоты развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (сердечно-сосудистых смертей, повторных инфарктов миокарда, ишемических инсультов).

Результаты исследования. У 351 (36,9%) пациента с инфарктом миокарда по результатам оценки СКФ были выявлены признаки почечной дисфункции (СКФ<60). Средний возраст пациентов в группе без почечной дисфункцией оказался на 10 лет меньше и составил 59,8 (58,9-60,7) лет, в группе с почечной дисфункцией - 69,6 (68,5-70,7) лет (p=0,0001). В группе пациентов с почечной дисфункцией чаще выявлялась артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульты, инфаркты миокарда, течение инфаркта миокарда у больных с почечной дисфункцией характеризовалось высоким классом острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip. Госпитальная летальность была достоверно выше в группе пациентов с почечной дисфункцией и составила 19,9% (p=0,0001).

У 710 (90,7%) пациентов с инфарктом миокарда были выявлены признаки мультифокального атеросклероза. Из них у 32,8% больных выявлена почечная дисфункция.

С утяжелением проявлений мультифокального атеросклероза ухудшалась функция почек и прогноз больных с инфарктом миокарда. Частота госпитальной летальности среди пациентов с сохраненной функцией почек и отсутствием проявлений мультифокального атеросклероза и некоронарными стенозами до 30% была самой низкой - 1,56% случаев, у пациентов с умеренной и выраженной почечной дисфункцией вне зависимости от степени выраженности мультифокального атеросклероза летальность составляла более 22%.

При оценке смертности в течение 3 лет в зависимости от наличия почечной дисфункции и выраженности мультифокального атеросклероза определено, что с утяжелением почечной дисфункции и проявлений мультифокального атеросклероза ухудшается отдаленный прогноз больных (1,59% случаев у пациентов без почечной дисфункции и мультифокального атеросклероза и 57,14% у больных со скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин/м^2 и периферическими стенозами >50%) (p=0,0001).

Выводы.

У 32,8% больных STEMI встречается сочетание мультифокального атеросклероза и почечной дисфункции, которые ухудшают как госпитальный, так и отдаленный трехлетний прогноз заболевания.

Ким Л.Б., Путятина А.Н., Розуменко А.А., Чечушков А.В., Кожин П.М.

ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
ФГБУ «НИИ биохимии» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ВАХТОВИКОВ В АРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ СТРАНЫ

Освоение природных ресурсов Арктики - приоритетное направление экономического развития России. Реализация этой программы не может осуществляться только за счет местных трудовых ресурсов. В последние десятилетия признано предпочтительным привлечение приезжего населения с использованием вахтовой или экспедиционной формы труда. При освоении месторождений вахтовым методом адаптация рабочих к экстремальным арктическим условиям часто затруднена из-за краткости пребывания на период вахты. До последнего времени не разработаны критерии, позволяющие прогнозировать срыв адаптивных механизмов с развитием дизадаптации и патологии внутренних органов со снижением работоспособности.

Одна из причин данной ситуации заключается в том, что, как правило, проводится анализ отдельных показателей (биохимических, функциональных, структурных) в отрыве от фаз адаптации и дизадаптации, без учета фоновых состояний. В качестве последнего можно привести наличие северной тканевой гипоксии, которая составляет основу для развития синдрома полярного напряжения и соматических заболеваний.

Цель исследования. Выявление ряда биохимических показателей, пригодных для использования в качестве маркеров риска развития соматических заболеваний на Севере.

Материалы и методы исследования. На основании информированного согласия было обследовано 48 мужчин (средний возраст = 42,5±1,6 лет, средний полярный стаж = 10,2±1,6 лет, длительность вахты = 30 дней), вахтовиков газодобывающего комплекса «Ямбурггаздобыча». Были изучены отдельные показатели липидного, углеводного, белкового и минерального обмена, а также провели оценку активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и отдельных звеньев системы антиоксидантной защиты в сыворотке крови.

Результаты исследования. У северян такие показатели как содержание малонового диальдегида (МДА), сульфгидрильных групп (SH-групп), церулоплазмина (ЦП), активности глутатионредуктазы (ГР), содержания гликозаминогликанов (ГАГ) в сыворотке крови оказались очень тесно сопряженными между собой, отражая реакцию внеклеточного матрикса в условиях измененной эндогенной антиоксидантной защиты. У 6,5% обследованных мужчин анализируемые параметры были близки к физиологическим параметрам практически здоровых лиц (Н). У 22,5% - отмечены активация реакций ПОЛ при нормальной активности ГР, признаки измененного метаболизма внеклеточного матрикса (5-кратное увеличение содержания ГАГ относительно

группы Н). У остальных вахтовиков (71%) наблюдалась тенденция к накоплению продуктов ПОЛ со снижением активности ГР.

Корреляционный анализ выявил сильную положительную связь возраста мужчин с концентрацией МДА, отрицательную связь с содержанием SH-групп, положительную связь средней силы с содержанием глюкозы, триглицеридов и слабую отрицательную связь с содержанием фосфора, железа и кальция.

Кроме того показано наличие корреляционной связи полярного стажа с содержанием МДА (r=0,84), SH-групп (r=-0,61), глюкозы (r=0,54), активностью ГР (r=-0,55), содержанием фосфора (r=-0,40). Наконец, наличие положительной связи между полярным стажем и возрастом обследованных мужчин позволяет говорить о активации реакции ПОЛ на фоне снижения содержания SH-групп и подавления активности ГР и увеличения глюкозы, триглицеридов с увеличением возраста и полярного стажа.

Выводы.

Результаты исследования позволяют рекомендовать изученные показатели, связанные с возрастом и полярным стажем, в качестве маркеров для выявления лиц из группы риска развития соматической патологии.

Ким Л.Б., Путятина А.Н., Розуменко А.А., Чечушков А.В., Кожин П.М.
ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
ФГБУ «НИИ биохимии» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

АКТИВНОСТЬ РЕАКЦИЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ ЗВЕНЬЯ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ВАХТОВИКОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПОЛЯРНОГО ДНЯ И ПОЛЯРНОЙ НОЧИ

Известно, что жизнедеятельность человека в условиях высоких широт сопряжена с напряжением функциональных систем организма, обеспечивающих развитие адаптивных механизмов на влияние комплекса климато-географических факторов. Среди них постоянными являются низкая температура и специфический фотопериодизм (полярный день и полярная ночь). Поскольку холод вызывает активацию реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ), то интерес представляет эффект сочетания низкой температуры и смены полярного дня и полярной ночи на выраженность этих процессов.

Цель исследования. Сравнение отдельных показателей системы антиоксидантной защиты у вахтовиков в разные сезоны года.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие практически здоровые лица мужского пола трудоспособного возраста (n=89), работающие вахтовым методом на Крайнем Севере (Ямбург). Из них первую группу составили лица, обследованные в осенний период (n=38, средний возраст - 41,50±1,55 года, полярный стаж - 10,21±1,09 лет), а вторую группу - весенний период (n=51, средний возраст - 47,95±1,27 лет, полярный стаж - 15,49±1,35 лет).

С информированного согласия проводили забор крови в утренние часы из локтевой вены. Интенсивность перекисного окисления липидов измеряли по концентрации малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови в реакции с тиобарбитуровой кислотой. Отдельные звенья системы антиоксидантной защиты организма оценивали по активности глутатионредуктазы (ГР), содержанию церулоплазмина (ЦП), сульфгидрильных (SH-групп) спектрофотометрическим методом.

Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ Statistica v. 10,0 (StatSoft Inc., 2011).

Результаты исследования. В осенний период у вахтовиков установлено повышенное содержание продуктов ПОЛ (МДА, 5,08±0,44 нмоль/мл) по сравнению с данными мужчин, обследованных весной (МДА, 3,07±0,13 нмоль/мл, p=0,001). При этом содержание SH-групп (2,08±0,10 мкмоль/л), активность ГР (0,17±0,01 мкмоль/л час) и содержание

ЦП (424,78±12,66 мг/л) оказались ниже аналогичных показателей, полученных весной (3,08±0,14 мкмоль/л, p=0,0001; 0,47±0,05 мкмоль/л час, p=0,0001; 524,04±24,06 мг/л, p=0,0001, соответственно).

Надо заметить, что эти результаты количественно не отличались от данных, полученных ранее у полярников прибрежной Антарктиды. Однако у последних сезонные различия обнаружены не были.

Таким образом, в период смены полярного дня на полярную ночь в сыворотке крови вахтовиков отмечено усиление липидной пероксидации и снижение активности антиоксидантной защиты по сравнению с данными, полученными в период смены полярной ночи на полярный день.

Кирилович Е.А., Желнина Т.П.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
ГУЗ «Кемеровский областной перинатальный центр им. Л.А. Решетовой»
г.Кемерово, Россия

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ БИОТОПОВ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ГУЗ КОКПЦ ИМ. РЕШЕТОВОЙ

Цель исследования. Многофакторность и постоянная изменчивость эпидемического процесса инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), требует комплексной и непрерывной системы учета и слежения, важной составляющей которой является микробиологический мониторинг. При анализе причин развития вспышек зачастую на первом месте стоит отсутствие налаженного и регулярного мониторинга микрофлоры, выделяемой от пациентов. Особенно актуален микробиологический мониторинг в учреждениях родовспоможения и раннего детства.

С целью дифференциальной диагностики внутриутробного и внутрибольничного генеза колонизации биотопов новорожденных был проведен выборочный сравнительный анализ микрофлоры родильниц и новорожденных за 2011-2012 гг.

Результаты исследования. Всего проведено 925 микробиологических исследований биотопов родильниц и новорожденных. Проанализированы результаты выделенной микрофлоры в 243 пробах содержимого кишечника, в 82 пробах с кожи новорожденных и 600 последов.

Известно, что колонизация локусов новорожденного микрофлорой начинается сразу после рождения и зависит от ряда факторов - наличия и вида бактерий окружающей среды, микрофлоры матери, способа родоразрешения, использования отдельных препаратов, а также характера вскармливания. При бактериологическом исследовании содержимого кишечника новорожденных выделено 168 культур микроорганизмов. В 31,65±3,59% (24,62; 38,68) отсутствует рост микрофлоры. Отмечено незначительное преобладание 54,76±3,84% (47,23; 62,29) грамотрицательной микрофлоры, в основном представленной Escherichia coli 32,74±3,62% (25,64; 39,84) и Klebsiella pneumoniae 10,12±2,33% (5,55; 14,69). Представители грамположительной микрофлоры выделены в 45,24±3,84% (37,71; 52,77), среди которой лидируют Staphylococcus epidermidis 11,77±2,49% (6,89; 16,64), в 19,75±3,07% (13,73; 25,77) выделялись Enterococcus spp.

На современном этапе микрофлора кожи, и слизистых рассматривают как один из основных факторов, обеспечивающих стабильность гомеостаза организма. С кожных покровов выделено 59 культур микроорганизмов. В основном 44,06±6,46% (31,39; 56,73) Staphylococcus epidermidis. Достаточно высока доля Staphylococcus haemolyticus 10,17±3,94% (2,46; 17,88) и Staphylococcus aureus 6,78±3,27% (0,37; 13,19). Среди Enterococcus spp. выделялся только Enterococcus faecalis 16,95±4,88% (7,38; 26,52), хотя в кишечном содержимом новорожденных выделялись и другие энтерококки (E.faecium и E.durans). Доля грамотрицательных микроорганизмов составила только 10,17±3,94% (2,46; 17,88), представленная единичными Klebsiella spp. 5,08±2,86% (0; 10,68), Escherichia coli 3,39±2,36% (-1,24; 8,02) и Enterobacter spp.1,69±1,68% (-1,6; 4,98).

С последов было выделено 160 культур, среди которых в основном Escherichia coli 26,88±3,50% (20; 33,57), S. epidermidis 16,25±2,92% (10,53; 21,97) и Enterococcus spp.

15,63±2,87% (10; 21,26). Небольшой удельный вес приходится на Corynebacterium spp. 5,63±1,82% (2,06; 9,22), Streptococcus spp. 5±1,72% (1,63; 8,37) и Klebsiella pneumoniae 4,38±1,62% (1,21; 7,55).

Выводы.

Таким образом, микробный пейзаж с кишечника и кожи новорожденных повторяет микрофлору последов, что говорит о преимущественной колонизации биотопов новорожденного материнской микрофлорой.

Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С.
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава РоссииРФ
г.Новокузнецк, Россия

НЕОПТЕРИН ПРИ АНЕМИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Согласно современным представлениям анемия хронических заболеваний (АХЗ) является иммунорегулируемым процессом. Многофакторные механизмы развития АХЗ обусловлены ингибиторным и модулирующим действием провоспалительных цитокинов, образующихся в больших количествах при воспалительных и инфекционных процессах. Совместное действие различных цитокинов отражает уровень неоптерина в крови, который синтезируется в моноцитах-макрофагах, стимулированных интерфероном-γ (Fuchs D et al., 1996 г.). Считают что, интерферон-γ активирует ключевой фермент - гуанозинтрифосфатциклогидро лазу в цепочке превращения гуанозинтрифосфата в неоптерин (Fuchs D et al., 1992 г.). При этом влияние на образование неоптерина других цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) незначительно и опосредовано.

Цель исследования. Изучить значимость неоптерина в оценке активности иммуновоспалительного процесса и формирования анемического синдрома (АХЗ).

В работе мы исследовали следующие показатели: сывороточное железо (СЖ), общую и латентную железосвязывающую способность сыворотки крови (ОЖСС, ЛЖСС), сывороточный ферритин (СФ). Гематологические показатели определяли на гематологическом анализаторе "Coulter 5 Diff". Исследование цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α, ИФН-γ) проводили методом ИФА с использованием тест-систем фирмы "Вектор-Бест". Уровень неоптерина определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов "Neopterin ELISA" фирмы "IBL" (Германия).

Исследования проведены у 181 женщины в возрасте от 16 до 60 лет. 79 из них были практически здоровыми и составили контрольную группу. У 102 диагностирована анемия хронических заболеваний, при этом у 52 женщин диагностирована анемия, развившаяся на фоне ревматоидного артрита. Начало заболевания у всех больных имело подострый характер и в последующем принимало затяжное прогрессирующее течение. У 50 женщин была диагностирована анемия хронических заболеваний при бактериальных инфекциях (хронический тонзиллит, бактериальный эндокардит, хронический пиелонефрит).

Математическую обработку данных проводили с помощью прикладных программ "Microsoft Excel" - 2000, "Biostat", Version 4.03. Для оценки достоверности результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента и определяли значимость различий (p). Нормальное распределение определялось с помощью критерия Шапиро-Уилка. Корреляционный анализ проводили методом ранговой корреляции по Спирмену. Разницу двух сравниваемых величин считали достоверной при $p<0,05$ (Лакин Г.Ф., 1990 г., Гланц С., 1998 г.).

Показатели феррокинетики и состояние эритрона (наличие гипохромной, микроцитарной анемии) при инфекционно-воспалительных заболеваниях и при ревматоидном артрите демонстрируют функциональный дефицит железа, при котором железо присутствует в макрофагах, о чем свидетельствуют высокие концентрации ферритина сыворотки, а эритрон испытывает дефицит железа, на что указывает гипохромный, микроцитарный характер анемии (табл. 1).

Содержание неоптерина в сыворотке крови у больных анемией хронических заболеваний при бактериальных инфекциях и у больных с ревматоидным артритом составило в среднем 75,67±12,96 нмоль/л и 102,75±40,27 нмоль/л, соответственно и было значимо выше, чем у практически здоровых лиц (p=0,000). При исследовании цитокинов (ФНО-α, ИЛ-6, ИФН-γ) отмечается значимое увеличение их уровня у больных АХЗ на фоне ревматоидного артрита и при бактериальных инфекциях, при этом отмечается прямая корреляционная связь между уровнем исследованных цитокинов и содержанием неоптерина в сыворотке крови. Коэффициенты корреляции составили соответственно: для ФНО-α + 0,712 и + 0,65 (p=0,000), для ИЛ-6 + 0,658 и + 0,847 (p=0,000) и для ИФН-γ + 0,745 и + 0,814 (p=0,000).

Таблица 1

Показатели гемограммы и феррокинетики

Показатель	АХЗ при ревматоидном артрите	АХЗ при бактериальной инфекции	Контрольная группа
Hb, г/л	103,00±3,87*	91,00±7,55*	135,88±3,08
MCH, пг	27,99±1,22*	26,80±1,97*	33,15±0,31
MCV, фл	76,67±2,99*	76,00±3,88*	89,15±1,38
СЖ,мкмоль/л	9,52±1,0*	11,07±1,9*	20,4±1,02
ОЖСС	49,65±6,56*	53,24±4,5*	65,68±1,83
КНТ	16,74±2,02	14,99±2,73*	32,32±1,84
Ферритин сыворотки	210,64±30,1*	155,81±24,56*	33,55±2,59

Примечание * - достоверность различий показателей по сравнению с показателями контрольной группы

Высокий уровень неоптерина при анемиях хронических заболеваний является интегральным показателем активации клеточного иммунитета и моноцитарно/макрофагальной системы. Повышение фагоцитарной активности макрофагов в отношении железа, вероятно, обусловлено действием интерлейкина-1 и других провоспалительных цитокинов, стимулирующих освобождение нейтрофилами лактоферрина, который связывает железо и доставляет его макрофагам, где оно депонируется, что формирует функциональный дефицит железа.

Нами проведено исследование уровня неоптерина у лиц с АХЗ разной степени выраженности (табл. 2). Отмечается обратная корреляционная зависимость между уровнем снижения гемоглобина (степенью анемического синдрома) и уровнем повышения неоптерина.

Таблица 2

Содержание неоптерина в сыворотке крови при АХЗ в зависимости от тяжести анемического синдрома

Показатель	АХЗ при РА, I ст.	АХЗ при РА, II ст.	АХЗ при бактериальных инфекциях,I ст.	АХЗ при бактериальных инфекциях,II ст.
Hb, г/л	102,51±3,2	80,26±2,0	114,23±4,1	87,6±2,1
Неоптерин	68,25±7,04	107,0±13,2	63,31±6,5	88,82±14,3
R	- 0,617	- 0,689	- 0,928	- 0,562
p	0,000	0,000	0,000	0,003

Выводы.

Неоптерин является индикатором активации моноцитарно-макрофагальной системы при хронических воспалительных и иммуновоспалительных процессах, его повышение связано с уровнем провоспалительных цитокинов (ИФН-γ, ФНО-α, ИЛ-6), которые обуславливают выраженность иммуновоспалительных и инфекционных процессов.

Кондрацкая О.В., Онищенко Е.Г.
МБЛПУ «ГКБ N1»
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Успешная реабилитация больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), повышение качества жизни, трудоспособности, социальной активности являются важными задачами амбулаторного этапа кардиологической помощи. Успех реабилитационных программ для пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) зависит не только от профессионализма врача-кардиолога, но и от личности, активности пациента, его психологической компетентности. Субъектом реабилитации является сам пациент, его личность.

Материалом для обобщения возможностей и перспектив психотерапевтического сопровождения лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) на амбулаторном этапе реабилитации послужил 28-летний опыт индивидуальной и групповой работы с пациентами кардиологического диспансера.

Актуальность темы связана с психосоматической природой заболевания, ролью стресса в запуске и формировании особых нейрофизиологических, нейрогуморальных сдвигов в системе гемостаза, с высокой частотой встречаемости тревожно-депрессивных состояний, особенностями психологического статуса пациентов, перенесших ИМ. К ним относятся:

- пониженная самооценка,
- запрет на выражение чувств,
- алекситимия,
- соматизация тревоги,
- пониженный уровень поисковой активности,
- недостаточный уровень стрессоустойчивости и дополнительная деморализация в процессе заболевания.

Общие задачи психотерапии пациентов, перенесших инфаркт миокарда: выявление особенностей представления пациента о своем страдании - внутренней модели болезни (ВМБ), формирование позитивной стратегии оздоровления, формирование модели позитивного будущего в различных контекстах, включая семейные отношения, трудовую деятельность, с учетом модели мира пациента.

К общим задачам также относятся формирование навыков психофизической саморегуляции, лечение (медикаментозное и специфическими психотерапевтическими методами) невротических расстройств психологической адаптации.

Во время первичной консультации проводится оценка актуального психического состояния пациента, уровень социальной адаптации, личностные особенности, когнитивные функции, особенности ВМБ, наличие личностных ресурсов для успешной реабилитации.

На следующем этапе проводится психокоррекционная работа, а также решается вопрос о необходимости участия психотерапевта на дальнейших этапах реабилитации. При необходимости назначаются встречи с семейными парами, рекомендуется обращение к семейному терапевту.

Для повышения стрессоустойчивости важным является освоение навыков релаксации и самоконтроля. Профилактика состояний растерянности и тревоги обеспечивается точностью и адресностью информации, согласованностью и преемственностью в терапии.

Раннее выявление патогенных типов ВМБ, особенностей структурных элементов и их коррекция влияет на прогноз. Коррекция сенсомоторного уровня ВМБ предполагает повышение уровня осведомленности о теле путем идеомоторных тренировок, изменение эмоционального тона ощущений, принятие своего тела.

Развитие тревожных и депрессивных реакций связано с личностными особенностями в преморбиде, формированием патогенных психологических защит, таких как отрицание, регрессия, тревога, печаль. Значимым фактором в успешной реабилитации является модель или внутренняя

картина здоровья (ВКЗ). Появление концепции ВКЗ - проявление перехода глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую.

Понимание здоровья, как способности личности к самореализации и саморегуляции, повышает личную ответственность, активность в реабилитации. К интеллектуальному уровню ВМБ относят метамодель, метапрограммы, критерии, убеждения, ценности.

Общая психологическая атмосфера, профессионализм сотрудников, этика и эстетика коммуникативного пространства медучреждения являются ведущими факторами профилактики нарушений адаптации у наших пациентов.

Выводы.

Определение типа ВМБ, ее структурных элементов, базовых эмоций, патогенных психологических защит, особенностей восприятия психологического времени, является значимым структурным материалом для разработки индивидуальной программы психологической реабилитации, профилактики и коррекции тревожных и депрессивных состояний, повышения качества жизни и улучшения прогноза у больных с перенесенным ИМ.

Конев Е.В., Ишуткин И.В., Агафонова Н.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.

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

ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОГО МР-ТОМОГРАФА В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга занимают одно из первых мест в структуре органической патологии центральной нервной системы (около 17%). Летальность при них, по данным Всемирной организации здравоохранения, составляет 14% общей, уступая по частоте только заболеваниям органов кровообращения и злокачественным новообразованиям.

Одной из основных форм церебральной сосудистой патологии являются аневризмы сосудов головного мозга. Частота АВМ составляет 28% среди всех внутричерепных аневризм. Длительное время традиционная рентгеновская ангиография являлась «золотым» стандартом в диагностике церебральной сосудистой патологии и аномалий развития сосудистой системы. Магнитно-резонансная томография (МРТ) и магнитно-резонансная ангиография (МРА), без сомнения может быть отнесена к наиболее информативным современным методам неинвазивной диагностики.

Цель исследования. Оценка возможности низкопольного МР томографа в диагностике патологии сосудов головного мозга.

Материалы и методы исследования. За период 2012 и 2013 годов было проведено магнитно-резонансных исследований у 153 пациентов с подозрением на сосудистую патологию головного мозга, в возрасте от 18 до 56 лет. Обследовано 92 женщины (60%) и 61 мужчина (40%). Исследование проводилось на аппарате на аппарате «Signa Profile» фирмы General Electric с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл, с получением изображений в Т1, Т2 и Т2 flair (с подавлением сигнала от воды) ВИ и 3D TOF бесконтрастной ангиографии.

Результаты исследования. У 10 (6,5%) больных выявлены артериальные аневризмы различных локализаций. У 4 (2,6%) пациентов аневризмы встречались в области бифуркации внутренней сонной артерии. У 3 (1,9%) пациентов были выявлены аневризмы передней соединительной артерии. У 2 (1,3%) пациентов аневризмы диагностированы в области отхождения задней соединительной артерии. У 1 (0,6%) пациента выявлена аневризма задней мозговой артерии. Размеры выявленных аневризм варьировали от 2 до 10 мм.

По данным МР-ангиографии аневризмы имеют округлую форму, четкие ровные контуры, достаточно большие размеры и очевидную ее связь с артерией. МР-сигнал от кровотока на МРА внутри аневризмы несколько неоднороден, в результате турбулентности крови внутри аневризматического расширения. У 12 (7,8%) больных была выявлена артерио-венозная мальформация (АВМ). В 3 (1,9%) случаях локализовались в лобной области, в 4 (2,6%) случаях в теменной области, в 5 (3,2%) случаях в височной области, размеры варьировали в пределах от

2 до 6 см в диаметре. АВМ на МР-ангиограммах представляют собой конгломераты причудливо переплетенных артерий и вен, между сосудистыми структурами сохраняются небольшие участки мозгового вещества. У 4 (2,6%) пациентов выявлена аномалия развития в виде сохранения эмбриональных каротидно-вертебральных соустий. В дальнейшем выявленные изменения были подтверждены на контрастной МСКТ-ангиографии и селективной ангиографии.

Выводы.

Таким образом, использование низкопольного магнитно-резонансного томографа позволяет выявить артериальные аневризмы, артерио-венозные мальформации, аномалии развития сосудов головного мозга без использования контрастных веществ, что позволяет сократить количество инвазивных обследований у больных с данной патологией.

Королева Е.А., Елыкомов В.А., Ломова Н.В.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»
г.Барнаул, Россия

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ АНЕМИЙ

Нарушения обмена железа встречаются более чем у 20% взрослого и детского населения и чаще всего бывают связаны с железодефицитной анемией (ЖДА) либо анемией хронических заболеваний (АХЗ). Дефицит железа приводит к поражению жизненно важных органов и систем организма, что определяет социально-экономическую актуальность данной проблемы.

До настоящего времени не решены многие вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения железодефицитных состояний. Основной проблемой остается ошибочная диагностика ЖДА,в результате чего назначение препаратов железа может привести к развитию вторичного гемосидероза.

Цель исследования. Установить особенности биохимических показателей метаболизма железа и общего анализа крови при ЖДА и АХЗ и найти те лабораторные тесты, которые позволяют достоверно провести дифференциальную диагностику.

Материалы и методы исследования. Обследованы 65 больных с анемиями, разделены на 2 группы. В 1 группу вошел 31 пациент с ЖДА, (29 женщин, 2 мужчины, возраст 47±2,5 года). Во 2-ой - 34 больных с АХЗ (28 женщин, 6 мужчин, возраст 54±3,4 года). Средний возраст лиц контрольной группы (20 человек) соответствовал возрасту пациентов с анемиями - 48±3,5 года.

Всем больным исследовали содержание гемоглобина, число эритроцитов и показатели MCV, MCH, MCHC RDW, число и показатели ретикулоцитов с помощью гематологического анализатора Sysmex XT-2000i (Япония), уровень сывороточного железа, ОЖСС («Ольвекс»), ферритина и эритропоэтина (ЭПО) (ИФА, «Вектор-Бест»). Для статистической обработки данных вычисляли среднеарифметическое значение, среднеквадратичное отклонение, стандартную ошибку среднего, использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У больных обеих групп было обнаружено снижение числа эритроцитов, содержания гемоглобина и сывороточного железа, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы. Между группами имелись достоверные различия показателей MCV, MCH, MCHC, RDW, ферритина и ЭПО.

У больных ЖДА отмечались низкие значения MCV (70,2±2,10 фл), MCH (21,5±0,89 пг), MCHC (320,5±0,67 г/л), ферритина (10,2±0,75 мкг/л) и высокие - ЭПО (86,1±11,31 мМЕ/мл и RDW (17,5±0,83%). У больных АХЗ - нормальные значения ЭПО, MCV, MCH, MCHC, RDW и высокие - ферритина (202,2±39,80 мкг/л). Остальные показатели достоверно не изменялись.

Выводы.

Таким образом, ЖДА характеризуется низким уровнем ферритина в сочетании с повышенной продукцией ЭПО, а АХЗ - высоким уровнем ферритина и нормальным - ЭПО. Выявлены сниженные значения показателей MCV, MCH, MCHC и повышение RDW при ЖДА, а также нормальные их значения при АХЗ.

Достаточными лабораторными тестами для достоверной дифференциальной диагностики ЖДА и АХЗ являются: исследование крови на гематологическом анализаторе (без дополнительного исследования ретикулоцитов) и определение уровня ферритина и ЭПО методом ИФА.

Косякова К.Г., Каменева О.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Детская городская больница N 22
г.Санкт-Петербург, Россия

УРОВНИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Распространение инфекций, вызванных устойчивыми к антимикробным препаратам грамнегативными бактериями, в том числе семейства Enterobacteriaceae, является актуальной проблемой современного здравоохранения. Среди возбудителей нозокомиальных инфекций количество изолятов Escherichia coli, устойчивых к цефалоспоринам III поколения, в России достигает 67,4%. В условиях нарастания популяционной резистентности энтеробактерий карбапенемы остаются препаратами резерва для терапии тяжелых инфекций.

Поэтому появление полирезистентных штаммов, в том числе устойчивых к карбапенемам, требует проведения активного динамического мониторинга за уровнем, спектром и механизмами антибиотикорезистентности бактерий.

Цель исследования. Определить чувствительность к антимикробным препаратам E. coli - возбудителей инфекций у госпитализированных и амбулаторных пациентов лечебных организаций города Колпино.

Материалы и методы исследования. За 2013 г. из различного клинического материала пациентов 2 стационаров и 8 поликлиник выделено 365 штаммов E. coli. Идентификацию и определение чувствительности к антибиотикам проводили с помощью прибора MicroScan WalkAway Plus System (Siemens, США) в соответствии с критериями CLSI (2012 г.). Карбапенем-резистентные штаммы исследованы методом ПЦР с применением наборов «Амплисенс® MDR MBL-FL» и «Амплисенс® MDR KPC/OXA-48-FL» (ИнтерЛабСервис, Россия).

Результаты исследования. Из 365 штаммов E. coli от госпитализированных пациентов выделено 143 (39,2%), от амбулаторных - 222 (60,8%). Среди штаммов от пациентов стационаров устойчивых к цефалоспоринам II-IV поколений - 52 (36,4%), БЛРС продуцентов - 42 (29,4%), устойчивых к эртапенему - 20 (14,0%), имипенему - 16 (11,2%), меропенему - 11 (7,7%). От пациентов поликлиник выделено 33 штамма, устойчивых к цефалоспоринам II-IV (14,9%), 21 (9,5%) БЛРС, устойчивых к эртапенему - 23 (10,4%), к имипенему - 18 (8,1%), к меропенему - 14 (6,3%).

Полученные результаты соответствуют научным данным о преобладании устойчивости к эртапенему среди карбапенем-резистентных энтеробактерий. Устойчивость к трем карбапенемам выявлена у 7 (4,9%) штаммов от госпитализированных пациентов и 10 (4,5%) от амбулаторных. Из 17 карбапенем-резистентных штаммов E. coli чувствительность хотя бы к одному из цефалоспоринов III поколения сохранили 7 изолятов, хотя, по данным литературы, карбапенемы являются препаратами выбора для терапии инфекций, вызванных полирезистентными энтеробактериями. У всех 17 карбапенем-резистентных штаммов методом ПЦР не было выявлено генов сериновых карбапенемаз (KPC, OXA-48-подобные) и метало-бета-лактамаз (VIM, IMP, NDM). Устойчивость к карбапенемам у данных штаммов может быть связана с иными механизмами, праймеры геномных последовательностей которых не входят в состав использованных наборов.

Выводы.

Частота выделения резистентных штаммов E. coli выше у госпитализированных больных. В условиях сокращения пребывания пациентов в стационарах и перевода для завершения лечения в поликлинические учреждения повышается риск и скорость распространения резистентных штаммов бактерий.

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОКСПST НЕ НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРОНАРОГРАФИЮ

Актуальность исследования. Согласно существующим рекомендациям по ведению острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST, приоритетной стратегией ведения является первичное чрескожное коронарное вмешательство. Однако данные регистровых исследований показывают, что ряд пациентов не направляются на экстреннуюкоронарографию, несмотря на наличие показаний.

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику пациентов ОКСпST, которые не были направлены на коронарографию (КАГ) в момент госпитализации в в сравнении с теми, кто был направлен.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследованиевключено 460 пациентов, госпитализированных в клинику в 2012 году с ОКСпST. Из них 356 - направлены на коронарографию, а 104 - велись консервативно. Группы сравнивались по клинико-анамнестическим характеристикам и госпитальной летальности.

Результаты исследования. Пациенты, которым исходно определена консервативная тактика, были достоверно старше (79,10±9,14 vs 59,95±10,71 лет, p=0,0000). Исходная тяжесть при поступлении по классификации Killip ≥2 отмечена чаще в группе консервативного ведения (59,61% vs 15,71%, p=0,0000); среди лиц, ненаправленных на КАГ, чаще наблюдалась почечная дисфункция (34,61% vs 9,26%, p=0,0000). В отношении частоты сахарного диабета группы были сопоставимы.

Модифицируемые факторы риска, такие как курение и дислипидемия, достоверно реже отмечены в группе консервативного ведения. Инфаркты миокарда ранее перенесли 44,23% пациентов их группы консервативного ведения и лишь 12,35% из тех, кто был направлен в рентгеноперационную (p=0,0000%). Показатель госпитальной летальности составил 50% при консервативном ведении и 3,08% при инвазивном.

Выводы.

Несмотря на наличие показаний к экстренной коронарографии, часть пациентов не получают медицинской помощи в полном объеме. В настоящем исследовании это были пациенты старческого возраста, имевшие исходно более тяжелое состояние при поступлении. Закономерно, в этой группе наблюдаются высокие показатели госпитальной летальности.

Крючков Д.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВЕРОЯТНОСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Цель исследования. Изучение медико-социальных аспектов госпитальной летальности при инфаркте миокарда (ИМ).

Материалы и методы исследования. Объект исследования - пациенты сИМ, пролеченные в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер». Материалом исследования стала база данных пациентов, сформированная ретроспективно сплошным методом, в которую включены 6463 пациента с ИМ, поступивших в период 2006-2011 гг.

Статистическая обработка данных осуществлялась стандартным лицензионным пакетом

программы «Statistica 6.0». В качестве метода прогнозирования и классификации для наличия/отсутствия госпитальной летальности от ИМ использовался графический метод «деревья классификации».

При использовании деревьев классификации применялся метод дискриминантного одномерного ветвления для категориальных и порядковых предикторов (Discriminant-based univariate splits for categorized and ordered predictors). Критическим уровнем статистической значимости принимался 5%, то есть статистически значимые различия и р-уровень для выбора переменной ветвления (для деревьев классификации) принимались при $p<0,05$.

Результаты исследования. В целях идентификации значимости предикторов в развитии летального исхода от ИМ построены модели смертности по изучаемым факторам.

В первой модели единственным предиктором дифференциации пациентов на живых и умерших явился фактор «отсутствие/наличие кардиогенного шока»: наличие кардиогенного шока характеризуется как значимый предиктор смертельного исхода (100 у.е.). Влияние других факторов в прогнозе смертельного исхода колеблется от 0 у.е. до 21 у.е.

Удаление из выборки пациентов с кардиогенным шоком и проведение анализа без учета данного фактора обусловливает построение второй модели развития смертельного исхода с двумя значимыми предикторами: «возраст» и «первичный/повторный инфаркт миокарда». На первых двух уровнях дерева классификации пациенты дифференцируются на основании возраста, на третьем уровне - по типу инфаркта миокарда (первичный/повторный).

Из рассматриваемых факторов максимальная значимость в прогнозе развития смертельного исхода наблюдается по фактору «возраст» (100 у.е.), более низкая - по факторам «первичный/вторичный ИМ» (61 у.е.) и «не проводилось/проводилось чрескожное коронарное вмешательство» (15 у.е.). Значимость других факторов (пол, социальный статус, хронобиологические данные) составляет от 1 у.е. до 6 у.е.

Для оценки возрастной зависимости влияния рассматриваемых факторов построена третья модель развития летального исхода в возрастных группах: трудоспособной, пенсионной и старческой. В трудоспособном возрасте максимальное влияние на летальность оказывает «возраст» (100 у.е.), затем в порядке снижения: «первичный/повторный инфаркт миокарда» (75 у.е.), «не проводилось/проводилось чрескожное коронарное вмешательство» (62 у.е.) и «отсутствие/наличие кардиогенного шока» (49 у.е.). Значимость других предикторов (пол, социальный статус, хронобиологические данные) существенно ниже - от 17 у.е. до 38 у.е.

В пенсионном и старческом возрастах единственным высоко значимым предиктором остается «отсутствие/наличие кардиогенного шока» - 100 у.е., значимость других факторов не превышает 12 у.е.

Выводы.

К социальным факторам высокой вероятности летальности относится возраст пациента, к медицинским - тяжесть заболевания (наличие кардиогенного шока, повторный ИМ) и проведение реперфузионной терапии.

Кузьмина О.К., Шафранская К.С., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГОСПИТАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Коронарное шунтирование (КШ) является эффективным методом лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Несмотря на достигнутые успехи как в технике выполнения КШ, так и в послеоперационном ведении пациентов, такие грозные осложнения, как инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, острое повреждение почек (ОПП) с развитием почечной недостаточности, являются лидирующими в причинах госпитальной летальности после КШ.

В последние годы ведется активный поиск новых высокочувствительных биологических маркеров, которые смогут прогнозировать риск развития ранних госпитальных осложнений и,

особенно, острого повреждения почек еще до наступления первых клинических проявлений. Таким ранним маркером может быть определение микроальбумина в моче.

Цель исследования. Оценить клинико-прогностическую роль микроальбуминурии в оценке осложнений госпитального периода у больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Материалы и методы исследования. В проспективном исследовании с марта 2011 по апрель 2012 г проанализировано течение периоперационного периода 719 пациентов (576 мужчин и 143 женщин), подвергшихся КШ. Возраст пациентов составил от 33 до 78 (средний возраст 59 лет.

Всем пациентам определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) и уровень микроальбумина в моче: за сутки до и на 7-е сутки после КШ. К выписке из стационара (10-12 сутки после КШ) оценивали развитие комбинированной конечной точки, в которую вошли инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, острое повреждение почек (ОПП), которое оценивалось по критериям RIFLE, выполнение ремедиастинотомии (РМ) по поводу кровотечения. Наличие хотя бы одного из перечисленных событий относилось к проявлению неблагоприятного госпитального исхода.

Результаты исследования. Острый ИМ зарегистрирован у 6 (0,8%) пациентов, инсульт - у 9 (1,2%) пациентов, ОПП - у 19 (2,6%) пациентов, прогрессирование уже имеющейся почечной недостаточности выявлено у 7 (0,9%) пациентов. РМ выполнялась у 15 (2,0%) пациентов.

Выявлено, что динамика медианы концентрации креатинина у пациентов с благоприятным исходом КШ составила от 84 (71-100) до 79 (64-100) мкмоль/л (p=0,1), у пациентов с неблагоприятным исходом - от 86 (71-105), до 85 (73-104) мкмоль/л (p=0,09). Медиана СКФ в динамике также не имела статистически значимых различий между пациентами с благоприятным и неблагоприятным исходом (p=0,4). Медиана микроальбумина в моче за сутки до операции у пациентов с благоприятным исходом составила 3,0 (2,3-6,1) мг/сут, у пациентов с неблагоприятным исходом - 30 (22-44) мг/сут (p=0,03). На 7-е сутки после КШ медиана микроальбумина у пациентов с благоприятным исходом составила 5,1 (3,3-8,2) мг/сут, у пациентов с неблагоприятным исходом - 60 (42,0-115) мг/сут (p=0,001).

Выводы.

Наличие микроальбуминурии можно рассматривать как прогностический маркер риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых и почечных исходов коронарного шунтирования до развития их клинических проявлений.

Лаптева Н.Л., Визило Т.Л., Полищук М.В., Трубицына М.В.

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

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И НАЛИЧИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Острое нарушение мозгового кровообращения на сегодняшний день во многих странах представляет третью по частоте причину смертности и первую по частоте причину инвалидности людей среднего и пожилого возраста.

В России заболеваемость инсультом и смертность от него остаются одними из самых высоких в мире, ежегодно в нашей стране регистрируется около 400000 инсультов, среди которых чаще (70-85%) встречаются ишемические инсульты. У перенесших инсульт значительно увеличивается риск развития повторного инсульта по сравнению с показателями в общей популяции лиц того же возраста и пола. Поэтому профилактика и раннее начало лечения инсульта являются наиболее актуальными в настоящее время.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 35 пациентов в позднем периоде ишемического инсульта, из них 22 мужчин (63%), и 13 женщин (37%),

средний возраст составил 65,9±2,9 лет. Подтипы ишемического инсульта были подразделены в соответствии с классификацией TOAST (Adams H.P. et all., 1993): атеротромбоэмболический - 60%, кардиоэмболический - 40%. Ишемический очаг был подтвержден при компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Всем пациентам с целью выявления когнитивных нарушений проводились тесты: MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), тест рисования часов, FAB (батарея лобной дисфункции), Монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA). Изучение регуляции вегетативного баланса проводились с помощью спектрального анализа: оценивались надсегментарные влияния (VLF), симпатическая (LF) и парасимпатическая регуляции (HF).

Результаты исследования. Выделено 3 группы пациентов:

1 группа 20 человек (57%) с когнитивными нарушениями,

2 группа 15 человек (43%) - когнитивные нарушения отсутствовали.

В качестве группы контроля обследовано 10 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста (3 группа).

1 и 2 группы сравнивались по неврологическому дефициту, достоверной разницы в сравниваемых группах не было (модифицированная шкала Рэнкин). Аффективные нарушения достоверно выше в 1-ой группе (шкала Гамильтона (HDRS) для оценки тревоги: 1 группа - 18 баллов, 2 группа - 2 баллов, шкала депрессии Бека: 1 группа - 18 баллов, 2 группа - 7 баллов).

Данные нейропсихологического тестирования 1-ой группы: MMSE - 23,2±2, тест рисования часов - 6,1±1,2, по шкале FAB -12,3±1,3), MOCA 19,0±2,2 балл; во 2-ой группе по соответствующим шкалам: MMSE - 28,3±2,0, тест рисования часов - 8,6±1,1, по шкале FAB -16,5±1,6, MOCA - 25,0±3,2 баллов.

У пациентов в позднем периоде ишемического инсульта состояние нейрогуморальной регуляции характеризовалось высоким уровнем гуморально-метаболических (VLF) влияний (2238,84±412,6 контроль 1248,7±290,2; $p<0,05$), снижением симпатических (LF) влияний (691,1±143,5 контроль 1112,7±218,8; $p<0,05$), и вагальных влияний в модуляции сердечного ритма (879,03±152,2 контроль 1346,5±376,4; $p<0,05$).

При сравнении вегетативного статуса пациентов 1 и 2 группы гуморально-метаболические влияния (VLF) были выше у пациентов с когнитивными нарушениями (1111,3±110 в отличие от группы без когнитивных нарушений 502,4±42,9; $p<0,02$). Повышенная активность симпатической нервной системы (LF) выше у пациентов с когнитивными нарушениями 1011,1±95,4, вторая группа 130,2±12,4 $p<0,0003$). Сегментарные парасимпатические влияния (HF) в 1-ой группе статистически значимо выше (2094,1±209,9, в отличие от 2-ой группы 63,3±6,4, $p<0,0001$).

Выводы.

1. 57% пациентов в позднем периоде ишемического инсульта имели умеренные когнитивные нарушения.

2. Отмечена коморбидность аффективных и когнитивных нарушений.

3. Дисбаланс вегетативной регуляции наиболее выражен у пациентов с когнитивными нарушениями, выявлено отклонение по всем уровням вегетативной регуляции.

Лещенко И.Ж., Воробьева Е.Н.
КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЯ

Цель исследования. Оценить особенности уровня коронарного кальция артерий у мужчин и женщин.

Материалы и методы исследования. Обследованы пациенты из неорганизованной популяции жителей Алтайского края на базе КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». Для выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) были обследованы 320 пациентов, сгруппированные по десятилетиям в зависимости от возраста и пола. Средний возраст у женщин (n=131) - (59,15±7,17 лет), у мужчин (n=189) средний возраст - 55,28±7,66 лет.

Проводили анкетирование (выявление факторов риска ССЗ), антропометрическое обследование (рост, масса тела с расчетом индекса массы тела - ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер - ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое исследование (АД, частота пульса).

Лабораторное исследование включало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов Roshe ферментативным колориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe).

По рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2010 г.) за «целевое» значение ОХС принята величина - 5,0 ммоль/л. Степень кальциноза коронарных сосудов определялась подсчетом индекса коронарного кальция по Агатстон при исследовании пациентов на мультиспиральном (64 среза) компьютерном томографе AQUILION - 64 TOSHIBA (Japan) с обработкой полученных данных на рабочей станции VITREA.

Для оценки полученное значение индекса сопоставляли с референтной базой данных. Критериями оценки возрастных и половых норм коронарного кальция явились показатели, рекомендованные Mayo Clinic (1999) для мужчин 40-49 лет до 12 единиц, 50-59 лет до 54 единиц, для женщин 40-59 лет до 5 единиц.

Результаты исследования. При мультиспиральной компьютерной томографии индекс коронарного кальция у всех пациентов отмечен в диапазоне от 0 до 3763 единиц. Причем, выявлено, что значения выше 1000 единиц были характерны для лиц с множественными факторами риска ССЗ (мужчин старше 55 лет с семейной предрасположенностью, курением, гиперхолестеринемией, а также проживающих в сельской местности).

Анализ частоты кальциноза у сельских женщин и мужчин выявил статистически значимое преобладание показателя у мужчин ($p<0,05$). Частота значимого стеноза артерий (> 50%) выше у городских и сельских мужчин, чем у женщин сопоставимых групп. Кроме того, отмечено, что частота значимых стенозов выше у городских мужчин по сравнению с лицами, проживающими в сельской местности.

Выводы.

Полученные нами результаты свидетельствуют о важности ранней диагностики атеросклероза у лиц обоего пола с целью проведения профилактических мероприятий.

Луняков В.А., Бурцева Л.В., Урясьев О.М., Панфилов Ю.А.
ГБОУ ВПО «Рязанская государственная медицинская академия» Минздрава России
ГБУ РО «ОКБ»
г.Рязань, Россия

СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО «НЕМОГО» ОТЕКА ЛЕГКИХ

Вещества раздражающего действия могут быть причиной развития острых и хронических поражений органов дыхания у работников различных отраслей промышленности. Несмотря на различное химическое строение, эти вещества способны вызывать формирование сходных клинических форм. Одним из таких симптомокомплексов является токсический отек легких.

Приведем клинический случай острой интоксикации веществами раздражающего действия.

Монтажник ремонтно-аварийной бригады по на ЗАО «РНПК» А. 23 лет работая без средств индивидуальной защиты, подвергся воздействию из негерметичного трубопровода смеси углеводородов с сероводородом и сернистым газом. Появились жалобы на кашель и першение в горле. Сотрудниками медсанчасти предприятия и бригадой скорой помощи пациентам введено 20 мл 40% глюкозы с 6 мл 5% аскорбиновой кислоты и 400 мл физиологического раствора. С момента отравления режим полного покоя не соблюдался.

Больной был доставлен в приемное отделение областной больницы через три часа с жалобами на надсадный кашель, першение в горле, небольшую слабость, тошноту.

В легких больного выслушивалось везикулярное дыхание, хрипы отсутствовали. ЧДД=18 в мин. Тоны сердца были несколько ослаблены, ритм правильным. ЧСС= 92 в мин, АД= 80/30 мм рт. ст. В анализах крови: лейкоцитов - $16,4x10^9$/л, эритроцитов - $4,5x10^{12}$/л, гемоглобин - 146 г/л. На ЭКГ: синусовый ритм, нормальное положение ЭОС. Состояние расценено как

удовлетворительное.

Такая же картина была констатирована дежурным врачом отделения профпатологии, который проводил больному инфузионную терапию в объеме 1200 мл с введением 90 мг преднизолона, 10 мл 7,5% раствора KCl. При осмотре в отделении в 8 часов больной жаловался на сухой кашель, першение в горле, слабость. При осмотре отмечался цианоз губ, при аускультации выслушивалось небольшое количество сухих рассеянных хрипов. На рентгенограмме легких: с обеих сторон прозрачность всех легочных полей неоднородно снижена за счет очаговоподобных теней, сливающихся между собой, корни бесструктурны, расширены, диафрагма и синусы очерчены, срединная тень в норме.

Заключение: рентгенологическую картину можно расценивать как отек легких. У больного в отделении: лейкоцитоз - 24,6х10^9/л, ЭКГ без динамики. Состояние больного было расценено как средней тяжести. Было решено, что у пострадавшего имеет место «немая» форма токсического отека легких. Пациенту установлен диагноз: острое ингаляционное отравление смесью газов (сероводород, сернистый газ, смесь углеводородов), средней степени тяжести, острый токсический отек легких, ДН II ст.

Больной наблюдался в течение 6-и дней. Ему проводилось лечение: эуфиллин 2,4% 10 мл внутривенно струйно, преднизолон 120 мг внутривенно струйно, фуросемид 80 мг внутримышечно, панангин 20 мл, гентамицин 160 мг в день внутримышечно, хлористый кальций 10% 10 мл внутривенно. Первые 3 дня для пациента был установлен постельный режим.

Больные выписаны без жалоб с нормальными показателями крови, с отсутствием признаков отека легких при контрольном рентгенологическом исследовании. В легких у больного при контроле обнаружена норма. Невнимательность рабочего и несоблюдение им техники безопасности привели к острой интоксикации веществами раздражающего действия, а незнание тактики ведения подобных больных - к развитию токсического «немого» отека легких. Своевременная рациональная терапия помогла избежать завершенной формы токсического отека легких у пострадавшего.

Максимов С.А., Артамонова Г.В.

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

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ

Анализ факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) позволяет максимально полно охарактеризовать возможные риски развития сердечно-сосудистых заболеваний в различных когортах населения, но не дает интегральной информации о потенциальном суммарном риске развития сердечно-сосудистой патологии.

Существующие в настоящее время модели интегральной оценки суммарного сердечно-сосудистого риска позволяют рассматривать лишь небольшое фиксированное количество ФССР и лишь в связи с конкретными конечными точками.

Цель исследования. Интегральная оценка факторов риска артериальной гипертензии (ФРАГ) в профессиональных группах.

В исследовании приняли участие 4800 работников промышленных предприятий и служащих, государственных и частных учреждений Кемеровской области. Выборка сформирована методом случайного отбора.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка и внедрение системы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у работников угольных предприятий», проект N 12-06-00107.

Для оценки профессиональной обусловленности ФРАГ рассчитывался показатель нагрузки ФРАГ, состоящий из двух компонентов: относительный риск ФРАГ в профессиональных группах по сравнению со всей выборке, а также значимость данных ФРАГ в вероятность развития АГ.

Для определения значимости ФРАГ в вероятность развития АГ использовались деревья классификации. Показатель нагрузки ФРАГ в профессиональной группе рассчитывался как сумма произведений относительных рисков ФРАГ со значимостью соответствующих ФРАГ в вероятность развития АГ по следующей формуле:

Нагрузка ФРАГ = $У(RRxC)_n$

Где: RR - относительный риск ФРАГ в профессиональной группе;

С - значимость ФРАГ в вероятность развития АГ в целом по выборке.

По значениям относительного риска ФРАГ и значимости данных ФРАГ в вероятности развития АГ рассчитаны значения нагрузки ФРАГ в профессиональных группах. Значения нагрузки ФРАГ по всей выборке составляет 633.

В соответствие с рассчитанными показателями 3 профессиональные группы характеризуются высокими нагрузками ФРАГ по сравнению с общей выборкой: у обслуживающего и технического персонала суммарная нагрузка достигает 709 или в 1,12 раз выше, чем в общей выборке; у руководителей - соответственно 698 или в 1,10 раза; у механиков - соответственно 692 или в 1,09 раза. Минимальные значения нагрузки ФРАГ отмечаются у шахтовых руководителей среднего звена - 544 или в 1,16 раза и у горнорабочих подземных - 524 или в 1,21 раза.

Таким образом, с ухудшением условий труда в профессиональных группах наблюдается тенденция снижения нагрузки ФРАГ.

Максимальные значения нагрузки ФРАГ наблюдаются преимущественно в профессиональных группах с незначительными тяжестью трудовой деятельности и уровнями воздействия физических факторов производственной среды (шум, вибрация, параметры микроклимата, освещенность, аэрозоли).

Рассчитанные нагрузки ФРАГ основываются на распространенности ФССР в конкретных профессиональных группах и на вкладе данных ФССР в риски развития АГ. Использование данной методологии возможно на других профессиональных группах и в других условиях формирования общей выборки (географических, социально-экономических, экологических). Кроме того, в зависимости от целей исследования и имеющихся данных возможно изменение набора исследуемых ФССР.

Мальцева Н.В., Воробьева О.Н., Тараско А.Д., Старцева В.А.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Современные лабораторные методы диагностики раневых инфекций, включающие бактериологическое исследование с последующей морфологической и биохимической идентификацией возбудителей, чрезвычайно трудоемки и нуждаются в использовании большого количества разнообразных реактивов.

Ранее нами разработан метод оценки течения раневого процесса и эффективности лечения кожных ран различного генеза, заключающийся в электрофоретическом исследовании образцов ДНК, выделяемой из соскобов с поверхности ран. Использование принципа и приемов данного метода для выявления раневой инфекции явилось целью настоящей работы.

В соответствии с поставленной целью с поверхности питательных сред (мясопептонный агар, среда Эндо) с культурами золотистого стафилококка Staphylococcus aureus, кишечной палочки Escherichia coli, фекального энтерококка Enterococcus faecalis, синегнойной палочки Pseudomonas aeruginosa (Ps. aeruginosa) бактериологической петлей были взяты соскобы и каждый из них помещен в отдельную пробирку с реагентом для выделения ДНК (ДНК-экспресс, НПФ «Литех»).

После стандартного выделения ДНК (прогревание при 99°С, ультрацентрифугирование) пробы были подвергнуты горизонтальному электрофорезу, как описано ранее. На полученной электрофореграмме была выявлена яркая флуоресценция в ультрафиолетовом свете образца ДНК Ps. aeruginosa в виде трех светящихся полос, в отличие от образцов других исследуемых бактерий, которые практически не продемонстрировали свечения.

Однако дальнейшие исследования показали, что использование реагента ДНК-экспресс эффективно для выделения и последующего электрофоретического выявления ДНК из бактерий других родов, например, из Proteus mirabilis и негемолитических штаммов Escherichia coli, что приводит к невозможности межродовой дифференциальной диагностики бактерий с помощью данного способа.

В последующем было обнаружено, что использование физиологического раствора вместо реагента ДНК-экспресс в качестве транспортной среды с последующим прогреванием образцов культур бактерий при 99°С приводит к эффективному выделению ДНК только из образцов культур различных штаммов Ps.aeruginosa (исследовано 37 музейных и клинических пигментообразующих и беспигментных штаммов) в сравнении с образцами культур Citrobacter spp., Enterobacter spp., Klebsiella spp., Enterococcus spp, Staphylococcus spp., Proteus spp., Esherichia coli, Acinetobacter spp. (исследовано 59 штаммов). ДНК, выделяемая из образцов культур Ps.aeruginosa посредством их прогревания в физрастворе, легко определялась на электрофореграммах в виде трех светящихся в ультрафиолете фракций.

Данный способ идентификации Ps.aeruginosa в бактериальных культурах был апробирован на клиническом материале. Для этого образец раневого отделяемого язвы лимфедемы правой нижней конечности II ст. пациентки хирургического кабинета А., 1961 г.р., с подозрением на контаминацию синегнойной инфекцией, без процедуры бактериального посева был обработан в соответствии с предлагаемым нами способом. На полученной электрофореграмме выявлено свечение в виде трех полос, характерное для получаемых нами образцов ДНК Ps. aeruginosa.

Таким образом, разработанный нами способ позволяет выявить Ps.aeruginosa как в бактериальных культурах, так и в клиническом материале без его стандартного бактериологического исследования и может служить методом экспресс-диагностики синегнойной инфекции.

Маркин А.В., Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.
Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ХОБЛ

Цель исследования. Определить особенности респираторной поддержки у пациентов с сочетанием синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Данное сочетание определяется как синдром перекреста.

Материалы и методы иследования. Среди 240 пациентов, обследованных в сомнологическом центре синдром перекреста диагностирован у 65 (27,1%) человек в возрасте 56,5±9,7 лет. Это были преимущественно мужчины (63 человека) с индексом массы тела (ИМТ) = 35,5±6,6.

Индекс апноэ/гипопноэ составил 50,3±26,5; pH=7,36±0,04; $PaCO_2$=48,7±11,0 mmHg; PaO_2=60,8±10,9 mmHg). Полисомнография (ПСГ), бодиплятизмография, определение газового состава крови проводилось у наблюдаемых пациентов. Было диагностировано 22 (33,9%) случая гиперкапнии. Всем 65 пакциентам с синдромом перекреста проводилось тестирование CPAP-терапии. Двухуровневая вентиоляция легких (BiPAP) была назначена у пациентов с недостаточностью CPAP-терапии и значительной гиповентиляцией, которая не могла быть скорректирована высоким уровнем CPAP. Титрация давления на вдохе (IPAP) проводилась до достижения уровня $SaO_2 \geq 88\%$. В этом случае давление на выдохе (EPAP) соответствовало настроенному уровню CPAP.

У 24 (36,9%) пациентов с синдромом-перекреста была назначена двухуровневая вентиляция легких. Критериями для назначения BiPAP стали:

1. Чачтые пробуждения на фоне CPAP в результатае высокого давления, подаваемого аппаратом.

2. Персистирующая гипоксемия, несмотря на устранение обструктивных нарушений дыхания в течение CPAP-терапии (SaO_2<88% в течение 5 минут и более).

3. Появление центральных апноэ при проведении CPAP-терапии.

Результаты исследования. Все 65 пациентов с перекрест-синдромом были тестированы на CPAP-терапии, показания к проведению BiPAP-терапии встретились у 24 (36,9%).

Ретроспективный анализ инструментальных и лабораторных показателей дыхательной недостаточности в подгруппах BiPAP-терапии (n=24) and CPAP-терапии (n=41) показал, что двухуровневая вентиляция была инициирована у пациентов, у которых дневная гиперкапния была выше: 49,7±2,5 mmHg против 44,4±1,3 mm Hg в группе CPAP (p=0,004), дневная PaO_2=57,9±2,1 mmHg в группе BiPAP против 64,5±1,7 mm Hg в группе CPAP (p=0,02) и средняя SaO_2 - 88,6±0,9% в группе BiPAP против 94,9±0,3% в группе CPAP (p=0,004).

Выводы.

1. Представленность перекрест-синдрома среди пациентов с СОАС составила 27,1%.

2. Потребность в двухуровневой вентиляции у пациентов с синдромом перекреста составила 36,9%.

3. В подгруппе BiPAP-терапии дневной уровень $PaCO_2$ был выше на 5,3 mmHg, дневная PaO_2 была ниже на 6,6 mmHg и уровень SaO_2 в течение ночи был ниже на 6,3%, чем в подгруппе CPAP-терапии.

Михеенко Т.В., Мартьянова Е.В., Начаров Ю.В., Грибачева И.А., Попова Т.Ф. Дергилев А.П., Пятова А.Е., Киметова Е.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России г.Новосибирск, Россия

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

По результатам большинства проспективных исследований, выявлена достоверная связь повышения уровня гомоцистеина в плазме крови с увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. У лиц с повышенным содержанием ГЦ увеличивается риск развития ХЦИ и инсульта независимо от курения, уровня холестерина и артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. Предметом изучения явилась группа больных с ХЦИ из 156 человек, которые были обследованы по единому диагностическому алгоритму.

Критериями включения явились: клинически установленный диагноз ДЭ I и II стадий, подтвержденный методами нейровизуализации (МРТ в условиях естественной контрастности и с искусственным контрастированием), умеренные клинические признаки атеросклероза с использованием данных липидемического профиля и отсутствие признаков выраженной сердечной недостаточности.

Среди обследованных было 88 (56,4%) женщин и 68 (43,6%) - мужчин. Средний возраст составил 67,4±2,8 лет. Достоверных отличий по возрасту и тяжести состояния среди мужчин и женщин внутри обследованной группы выявлено не было.

Все больные были разделены на группы, согласно степеням тяжести ДЭ.

В контрольную группу были включены больные, сопоставимые с основной группой по полу и возрасту. Для оценки биохимических и иммунологических параметров была обследована вторая контрольная группа - больные с ХЦИ III (16 человек).

Определение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови методом ферментативной циклической реакции. Содержание гомоцистеина определяли с помощью коммерческого набора фирмы «Dia Sys Diagnostic Systems GmbH&Co, KG» (Германия).

Анализ данных производился с использованием статистических пакетов STATISTIKA 5.

Результаты и их обсуждение. В данном исследовании концентрация гомоцистеина в сыворотке крови у больных ХЦИI стадии была существенно выше контрольного уровня (11,2±1,21 и 8,9±0,03 соответственно). У пациентов со II степенью содержание ГЦ была более, чем в 3 раза выше контроля (29,7±2,37) и более чем в 2 раза - значения, определенного у больных с I стадией. И, наконец, у больных с III стадией ХЦИ концентрация ГЦ становилась более чем в 4 раза выше контроля (38,9±2,88), почти в 3,5 раза, чем в 1-й

группе и в 1,3 раза, чем во 2-й группе.

В эндотелиальных клетках ГЦ не только стимулирует образование свободных радикалов в эндотелиоцитах и повышает в них концентрацию ЛПНП и ЛПОНП, но также приводит к понижению продукции релаксирующего фактора и сульфатированных глюкозаминогликанов (ГАГ) - гепариноидов. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) понижает эластичность внутрисосудистой выстилки. При ней понижается синтез простациклина, а также усиливается рост артериальных клеток. Так формируется сосудистый компонент тромбоваскулярной болезни, который полностью идентичен механизму зарождения атеросклеротического процесса.

Выводы.

Наши данные соответствуют исследованиям, в которых показано, что гомоцистеин является сильным, независимым фактором риска атеросклероза коронарных, периферических и мозговых сосудов. Каждое повышение уровня гомоцистеина на 5 мкмоль/л сопровождается увеличением риска заболевания мозговых артерий в 1,5 раза и периферических артерий - в 6,8 раз.

Мосейко У.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

СТРЕССРЕАТИВНОСТЬ МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПРИ РОЖДЕНИИ

Актуальность прогнозирования функционального состояния плода при рождении неоспорима (Филиппова К.Г., 2013 г.), т.к. от этого во многом зависит и благополучие развития ребенка в течение постнатального периода (Баркалов О.А., 2009 г.; Ремнева О.В., Фадеева Н.И., Видеркер Т.В., 2010 г.). Практическая значимость исследования состоит в возможности улучшения оценки состояния новорожденного путем коррекции стрессреактивности беременной женщины.

Цель исследования. Выявление влияния стрессреактивности беременных женщин на оценку плода при рождении.

Материалы и методы исследования. У 180-и практически здоровых беременных женщин в возрасте 17-25 лет дважды в разные сроки беременности - ранние (8-12 нед.) и поздние (28-32 нед.) определяли показатели стрессреактивности, используя оценку тревожности по Тейлору и качества сна при помощи анкетирования, а также измерение длительности индивидуальной минуты (ИМ). Сравнивали оценку плода при рождении по шкале Апгар у женщин с разной стрессреактивностью.

Результаты и их обсуждение. Выяснилось, что в ранние сроки беременности высокая тревожность (более 20 баллов) наблюдается у 25%, а укорочение ИМ (менее 50 секунд), характерное для высокой стрессреактивности, - у 45% женщин. Оценка качества сна в ранние сроки беременности составляет в среднем 91±23 балла.

В поздние сроки беременности число женщин с высокой тревожностью мало изменяется (23%). Однако в 1,5 раза снижается ($p<0,01$) число женщин с недооценкой временных интервалов (29%). По-видимому, это может быть связано с изменением гормонального фона и формированием родовой доминанты. Качество сна в поздние сроки беременности заметно ухудшается ($p<0,05$) и составляет 76±18 баллов в среднем, что вполне объяснимо увеличением размеров и активности плода.

При анализе оценки плода по шкале Апгар выяснилось, что самый низкий показатель (7,1±0,4 балла) наблюдается у женщин с сочетанием высокой тревожности и укорочением ИМ в ранние сроки беременности. Практически такие же значения данного показателя (7,3±0,4 балла) отмечаются у женщин с «недомериванием» ИМ как в ранние, так и в поздние сроки беременности.

Значительно лучшие ($p<0,05$) оценки плода при рождении наблюдаются у женщин с адекватной оценкой ИМ (60±5 секунд) в ранние сроки беременности, а также у женщин с сочетанием умеренной тревожности (14-19 баллов) и адекватной ИМ как в ранние, так

и в поздние сроки - 8,9±0,3 и 9,1±0,4 баллов соответственно.

Выводы.

Высокая стрессреактивность беременных женщин способствует ухудшению показателей функционального состояния плода при рождении. Следовательно, мероприятия по целенаправленному снижению стрессреактивности женщин во время беременности, особенно в ранние сроки, могут способствовать улучшению состояния новорожденного.

Одинцева О.В., Семенихин В.А., Заикин С.И.

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

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У УГОЛЬЩИКОВ КУЗБАССА

Цель исследования. Изучение состава жидкости бронхоальвеолярного лаважа при хроническом бронхите у шахтеров Кемеровской области в зависимости от интенсивности фактической пылевой нагрузки.

Материалы и методы исследования. Исследован состав жидкости бронхоальвеолярного лаважа у 21 шахтера, страдавшего хроническим необструктивным бронхитом. Все включенные в исследование пациенты - мужчины 40,5±0,9 лет со стажем работы во вредных условиях 17,8±0,8 лет.

В зависимости от интенсивности пылевой нагрузки пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили 11 работников основных профессий угледобывающей промышленности, труд которых характеризовался воздействием высокой концентрации угольно-породной пыли. В состав второй группы пациентов вошли 10 пациентов, работающих в условиях воздействия умеренной концентрации пыли.

Результаты исследования. В клеточном составе жидкости бронхоальвеолярного лаважа у пациентов обеих групп преобладали альвеолярные макрофаги. Содержание лимфоцитов, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов у пациентов первой группы было значительно выше, чем у пациентов второй группы ($p<0,05$). Соотношение количества нейтрофилов и альвеолярных макрофагов (НФ/АМ) у пациентов первой группы превышало соответствующий показатель у пациентов второй группы ($p<0,05$).

При проведении корреляционного анализа установлена прямая зависимость между среднесменной концентрацией пыли в воздухе рабочей зоны и общим количеством клеток в лаважной жидкости ($r=0,618$, $p<0,05$), а также количеством содержащихся в ней нейтрофилов ($r=0,542$, $p<0,05$).

Величина фактической пылевой нагрузки прямо коррелировала с содержанием нейтрофилов ($r=0,552$, $p<0,05$) в составе эндопульмональной цитограммы, с соотношением НФ/АМ ($r=0,590$, $p<0,05$). Отмечена обратная корреляционная зависимость между величиной фактической пылевой нагрузки и содержанием альвеолярных макрофагов в составе бронхоальвеолярной лаважной жидкости ($r=-0,543$, $p<0,05$).

Выводы.

При длительном ингаляционном воздействии угольно-породной пыли происходит потребление альвеолярных макрофагов. Снижение их количества в респираторной области сопровождается повышением НФ/АМ, являющегося маркером цитотоксичности фиброгенной пыли.

Высокий цитоз на фоне гибели макрофагов легких может служить признаком повышенной функциональной нагрузки на макрофагальную систему в условиях формирования пневмофиброза при хроническом бронхите у шахтеров.

Онищенко Е.Г., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Пахтусова Н.И. Позднякова О.А., Варфоломеева Е.П.
МБЛПУ «ГКБ N 1»
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ШКОЛА БОЛЬНОГО - ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Школа для пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в кардиологическом диспансере работает с 2003 года. В 2008 году, с учетом особенностей наблюдаемых пациентов (сочетание АГ и ИБС), школа была преобразована в «Школу для больного АГ и ИБС». Основная цель занятий в «Школе» - предупреждение повторных сердечно-сосудистых осложнений у больных группы очень высокого риска.

Основные задачи школы - повышение информированности пациентов с АГ и ИБС о заболевании, факторах риска (ФР) и осложнениях АГ и ИБС, повышение приверженности к лечению, формирование ответственного отношения к своему здоровью. Обучение в «Школе больного АГ и ИБС» является частью программы реабилитации больных ИБС, которые в большинстве случаев имеют АГ, очень высокий сердечно-сосудистый риск (перенесли инфаркт миокарда, реваскуляризацию). Обучение данной категории больных проводится с целью предупреждения повторных сердечно-сосудистых осложнений, улучшения прогноза и увеличения продолжительности жизни.

Цель исследованя. Изучить степень информированности о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ИБС в сочетании с АГ, обученных в «Школе больного АГ и ИБС» с 2008-2013 гг..

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 717 пациентов с АГ и ИБС в возрасте от 35 до 74 лет, прошедших обучение в «Школе больного АГ и ИБС» в 2008-2013 гг. Анкетирование проводили дважды - перед началом обучения и после его завершения. В анкету были включены вопросы о нормальном и повышенном АД, целевом АД, уровне собственного АД, правилах измерения АД, необходимости постоянного регулярного лечения, связи повышенного АД с риском сердечно-сосудистых осложнений - инфарктом и инсультом. Также в анкету были включены вопросы по питанию, двигательной активности, курению и другим ФР. Среди пациентов было 272 женщин (38%) и 445 мужчин (62%).

По возрасту больные распределились следующим образом: до 40 лет - 17 человек (2%), 40-49 лет - 248 (34%), 50-59 лет - 392 (55%), 60 и старше - 60 (9%). У всех пациентов имелась АГ в сочетании с ИБС (100%), из них перенесенный инфаркт миокарда - у 560 человек (78%), стенокардия - у 172 (24%), после реваскуляризации миокарда - 468 человек (65%), из них 242 (33%) - после операции аорто- и маммарокоронарного шунтирования и 226 (32%) после ангиопластики со стентированием.

У всех пациентов имелись признаки хронической сердечной недостаточности: I функционального класса (ФК) по NYHA - 52 человека (7%), II ФК - 488 (83%), III ФК - 75 (10%). Большая часть пациентов поступила на амбулаторное лечение в кардиологический диспансер после выписки из кардиологических отделений города, отделений кардиохирургии - 616 человек (86,1%). У 385 человек (54%) имелась АГ I степени, у 265 (37%) - II степени, у 67 человек (9%) - III степени. Все пациенты (100%) - группа очень высокого риска.

До начала обучения целевые цифры АД (менее 140/90 мм.рт.ст.) имели 420 пациентов (58,6%), у 297 (41,4%) на фоне лечения АД было выше целевых цифр. Большая часть пациентов с АГ 2-3 степени получала комбинированную антигипертензивную терапию (два и более препаратов) - 605 (84,4%). На монотерапии находилось 112 (15,6%) пациентов с АГ 1 степени.

Результаты исследования. Нерегулярный прием антигипертензивных препаратов отметили 587 пациентов (81,9%), 618 (86,2%) не знали, что такое целевое АД. О причинной связи инфаркта миокарда и инсульта не знали 688 человек (96%). Курили 592 человек (82,6%), и курение как фактор риска, отметили только 107 (18,1%). Избыточную массу тела и ожирение

имели 572 пациента (79,7%), к факторам риска ее отнесли 111человек (19,4%), о повышенном холестерине знали 67 пациентов (9,3%).

После обучения число пациентов с целевыми цифрами АД увеличилось в 1,3 раза (с 58,6% до 76,3%), все пациенты знали целевые уровни АД и выразили готовность к регулярному приему антигипертензивных препаратов. Количество курящих пациентов уменьшилось в 1,7 раза (с 83% до 48%). Снизить избыточную массу тела удалось только 57 (8%) пациентам. Изменили свой рацион питания 496 человек (69,2%), увеличили физическую активность 515 (71,8%). До занятий регулярно физически активный образ жизни вели 281 человек (39,2%), после занятий в «Школе» количество таких пациентов увеличилось в 1,9 раза до 542 (75,5%). Увеличилось число пациентов, регулярно принимающих лекарственные препараты (в том числе антигипертензивные) с 587 до 681 человек (с 81,9% до 94,9%).

Выводы.

Информированность пациентов с ИБС и АГ остается низкой. Пациенты с осложненным течением АГ, несмотря на перенесенный инфаркт миокарда, реваскуляризацию сердца, имеют низкую степень готовности к изменению своего образа жизни, коррекции факторов риска.

Обучение в «Школе больного АГ и ИБС» позволяет увеличить степень информированности данной группы пациентов и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. Необходимы продолжать работу по увеличению степени информированности данной группы пациентов в целях профилактики повторных сердечно-сосудистых осложнений и улучшения прогноза.

Онищенко Е.Г., Кондрацкая О.В., Грудцына И.В., Позднякова О.А., Варфоломеева Е.П., Котарова Л.В.
МБЛПУ «ГКБ N 1»
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ГИПЕРДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется наличием увеличенных камер сердца и снижением систолической функции сердца в сочетании с нормальной толщиной стенок желудочков. Распространенность ДКМП составляет 1:2500 обследованных в общей популяции.

Клинические проявления заболевания отражают наличие сердечной недостаточности (СН) - одышка, хрипы в легких, увеличение размеров печени, отеки на голенях, стопах, в некоторых случаях превалируют симптомы правожелудочковой сердечной недостаточности, нарушения ритма. Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП) - патологическое состояние миокарда, обусловленное комплексом диффузных морфофункциональных нарушений, которые развиваются вследствие хронической и эпизодов острой ишемии миокарда, основными проявлениями которого являются также дилатация камер сердца и симптомокомплекс хронической сердечной недостаточности (ХСН). Больные ИКМП составляют около 5-8% пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), в то же время среди всех случаев кардиомиопатий на долю ишемической приходится 11-13%.

Нами проведено изучение историй заболевания пациентов, выписанных из кардиологических отделений г.Новокузнецка с диагнозом ДКМП на амбулаторное лечение в кардиологический диспансер за 2012-2013 гг.. С данным диагнозом из отделений было выписано 10 человек.

При тщательном анализе жалоб и анамнеза у 4-х пациентов были выявлены эпизоды болей в грудной клетке до возникновения симптомов СН. Из них у 3-х больных (мужчины 47, 50 и 54 лет) в анамнезе были эпизоды длительных (более 30 мин.) болей давящего характера, сопровождавшихся вегетативной симптоматикой (за медицинской помощью эти пациенты не обращались), у 1 пациентки (женщина, 46 лет) в течение года были давящие загрудинные боли при умеренных физических нагрузках, ходьбе. Еще у 2-х пациентов (мужчины, 54 и 57 лет) был длительный гипертонический анамнез в сочетании с гиперхолестеринемией, курением

и отягощенной наследственностью по ИБС. В дебюте заболевания у этих больных наблюдалась одышка при физических нагрузках. Причиной госпитализации в кардиологические отделения была прогрессирующая сердечная недостаточность.

По результатам эхокардиографического исследования были выявлены умеренная и выраженная дилатация левых отделов сердца, а также снижение сократительной способности миокарда. Все пациенты были выписаны из стационара с диагнозом ДКМП. После выписки из стационара всем пациентам на амбулаторном этапе была проведена коронаровентрикулография (КВГ) с целью исключения ишемической кардиомиопатии.

При дообследовании ИКМП диагностирована у 6 (60%) пациентов. По результатам КВГ у них были выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий - у 2-х больных однососудистые, у 4-х - множественные. Пациентам с однососудистым поражением КА была проведена баллонная ангиопластика со стентированием, пациентам с множественным поражением КА - операция аорто-, маммарокоронарного шунтирования.

После оперативного лечения у этих пациентов наблюдалась положительная динамика - уменьшение симптомов ХСН, увеличение сократительной способности миокарда. Диагноз ДКМП был подтвержден у 4-х пациентов (40%).

Выводы.

На стационарном этапе нередко отмечается гипердиагностика ДКМП. Диагноз ставится в основном на основании данных ультразвукового исследования сердца.

В случае предполагаемого диагноза ДКМП необходим тщательный сбор анамнеза, а также проведение КВГ с целью исключения ИКМП, требующей других методов лечения, обычно хирургических, которые могут реально улучшить клинический прогноз пациента.

Осокина А.В., Щеглова А.В., Жучкова Е.А., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

МОЖНО ЛИ С ПОМОЩЬЮ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА ОЦЕНИТЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА?

В настоящее время изучается новый показатель, оценивающий жесткость артерий - сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ). Данный индекс активно изучается у больных ИБС, показана его взаимосвязь с выраженностью поражения коронарных артерий. СЛСИ предлагается использовать как неинвазивный маркер тяжести коронарного атеросклероза.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь СЛСИ с распространенностью атеросклероза у больных ИБС.

Материалы и методы исследования. Обследованы 744 больных ИБС. Критерии включения: мужчины и женщины с наличием стабильной ишемической болезни сердца, находящиеся на этапе подготовки к плановой хирургической реваскуляризации миокарда, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: состояние после острого коронарного синдрома сроком до одного месяца, сократительная способность миокарда ЛЖ$\leq$30%, ритм фибрилляции предсердий на момент исследования, наличие кожных заболеваний. Анализируемая выборка составила 511 человек.

Всем пациентам были проведены стандартные предоперационные лабораторные и инструментальные методы обследования, включая коронарную ангиографию. Для оценки жесткости магистральных сосудов и уровней АД в бассейнах верхних и нижних конечностей использовалась объемная сфигмография на аппарате VaSera-1000 (Fukuda Denschi, Япония).

В зависимости от значений СЛСИ были выделены три группы: I группа (n=235) - пациенты с нормальным СЛСИ (<8,0), II группа (n=149) - пациенты с промежуточным СЛСИ ($\geq$8 и <9,0), III группа (n=127) - пациенты с патологическим СЛСИ ($\geq$9,0). Группы были сопоставлены

между собой по клинико-анамнестическим показателям, результатам обследования (КАГ, УЗ-обследования, данным лабораторных анализов).

Результаты исследования. Самыми старшими оказались пациенты группы III при сравнении с пациентами I и II группы (p=0,0001). Пациенты группы II имели достоверно большее значение ИМТ при сравнении с группой III (p=0,055) и наибольшее значение ФВ ЛЖ при сравнении с группой I (p=0,056).

Гендерные различия проявились в превалировании мужчин в I и II группах относительно III группы (82,9%, 84,5% против 70,8%, p=0,005), и, соответственно, преобладанием женщин в III группе при сравнении с группами I и II (29,1% против 17%, 15%, p=0,005).

Выявлены достоверные различия в отношении перенесенных ранее ИМ. Так, в группе III чаще встречался в анамнезе факт ПИКС при сравнении с группой I (65,3% и 29,7%, p=0,021). Пациенты группы III достоверно чаще страдали АГ чем пациенты групп I и II (96% против 85,9% и 86,5%, p=0,022). Однако курильщиками чаще были пациенты группы I (42,5%) при сравнении с пациентами группы III (25,9%), p=0,004. Пациенты группы I чаще страдали нарушением углеводного обмена в сравнении с пациентами II и III групп (27,2% против 18,1% и 14,1%, p=0,04).

Подобная ситуация была выявлена и в отношении заболеваний периферических артерий. Так пациенты I группы чаще страдали заболеваниями периферических артерий в сравнении с пациентами II и III групп (22,5% против 9,3% и 12,6%, p=0,003). При сравнении значений ЛПИ справа и слева между всеми тремя группами были получены статистически значимые различия в каждом тренде. При межгрупповом сравнении справа и слева были выявлены значимые различия между первой и второй и первой и третьей группами.

Выводы.

У больных ИБС нормальные значения СЛСИ (<8,0) выявлены в 46% случаев, пограничные (≥8,0 и <9,0) - в 29% случаев и патологические (≥9,0) - в 25% случаев. У больных с различными значениями СЛСИ не было отличий по выраженности коронарного и каротидного атеросклероза.

В то же время, атеросклероз артерий нижних конечностей чаще встречался у больных с низкими значениями СЛСИ (11,4-14,0%), реже при его патологических значениях (6,3%) и еще реже - при промежуточных значениях этого индекса (1,3%). Зависимость СЛСИ от наличия атеросклеротических изменений в артериях нижних конечностей требуется учитывать при оценке жесткости артерий с помощью данного показателя у больных ИБС.

Отдушкина Л.Ю.
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

АНТАГОНИСТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТАФИЛОКОККОВ

Среди этиологических факторов дисбиотических нарушений лидирующие положение занимают стафилококки, варианты представителей и частота встречаемости данного рода в кишечном микробиоценозе у детей различны. Всвязи с этим возникает необходимость изучения взаимного влияния различных представителей стафилококковой флоры на рост при их совместном культивировании.

Цель исследования. Изучение биологических свойств стафилококков, определяющих их антагонистическую активность в кишечном микробиоценозе у детей.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 20 штаммов стафилококков выделенных из кишечника относительно здоровых детей. Для изучения антагонистической активности стафилококков использовали метод прямого совместного культивирования испытуемого и индикаторного штаммов на плотной питательной среде Мюллера-Хинтона по Н.А.Глушановой (1999 г.).

При задержке роста одной из исследуемых культур взаимоотношения между ними рассматривались как антагонистические, а сами культуры относили в категорию бионесовместимых.

Культуры считались биосовместимыми в случаях обнаружения полного «слияния» пятен, или усиление роста исследуемых штаммов в зоне совместного культивирования.

Если одна из культур в зоне совместного культивирования «выходит наверх», подавляя рост второй культуры, такой вариант расценивали как слабый антагонизм. Наличие выраженной зоны угнетения (задержки роста) одной культуры по периферии пятна другой испытуемой культуры расценивали как признак сильного антагонизма.

Результаты исследования. Изучение микробиоценоза кишечника детей позволило установить, что частота встречаемости кокковой флоры составляет 75% с доминированием S.Aureus доля которого составила 60% случаев. Кроме того из кишечного биотопа выделялись S.xylosusи S.intermedius (20% и 7% соответственно). Доля других видов стафилококков не превышала 3%. Ассоциации стафилококков встречались реже и составили 25% от всех исследуемых, при этом сочетание S.aureus и S.Xylosus составило 40%, а комбинации S.aureus с S.intermediusи S.aureus с S.lentus по 20%.

При анализе степени выраженности межштаммового антагонизма выявлено, что 20-33% штаммов проявляет невысокую степень антагонизма. Данный вид взаимоотношений наблюдается у S.aureus (28%), из них процент встречаемости с S.Intermedius составил 46%, сдругими штаммами S.aureus - 25%, с S.lentus - 25% случаев, с S.xylosus - 24%. У S.lentus «выход наверх» наблюдался в 25%, при этом в 50% случаев с S.intermedius, в 33% с S.aureus. Доля S.intermedius с невысокой степенью антагонизма составила 33%, при этом с S.aureus 15%, с S.Xylosus 20% случаев.

Выраженная степень антагонизма наблюдалась при исследовании комбинации S. aureus: с S. intermedius (23%) и S. lentus (33%) случаев. В меньшей степени наблюдалась задержка роста других штаммов S. aureus (16%) и S. xylosus (6%).

Среди всех выделенных штаммов стафилококков количество биосовместимых видов S.Aureus составило 58%. Биосовместимость S.aureusс S.Xylosus составила 70%; 58% с другими штаммами S.aureus; 42% и 30% - с S.Lentusи S.intermedius. Процент полного «слияния» пятен у S.Xylosus составил 73%, с другими видами стафилококков биосовместимость составила: 66% с S.xylosus, 60% с S.intermedius, 23% с S.aureus, 20% с S.lentus. У S.intermedius количество биосовместимых культур составило 56%, из них с S.aureus - 61%, с S.xylosus - 50%, с S.Lentus - 42%.

Выводы.

Несмотря на биосовместимость штаммов стафилококков в кишечном микробиоценозе у детей чаще встречается монокультуры с преобладанием S.aureus составляющего 60% случаев. Все штаммы S.Aureus проявляют наибольшую антогонистическую активность по отношению к остальным видам стафилококков, чаще вступают в ассоциативные взаимоотношения.

Таким образом S.aureus, проявляя наибольшую антагонистическую активность, занимает в кокковой флоре лидирующее положение и определяет этиологию дисбиотических нарушений в кишечнике у детей.

Павлова В.Ю.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: НЕ РЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Врач любой специальности постоянно сталкивается с различными изменениями в показателях общего анализа крови (ОАК), и чаще всего это явления анемии. На современном этапе известно большое количество патогенетических вариантов анемий, но наиболее частый - это железодефицитная анемия (ЖДА).

С одной стороны это самый известный и изученный вариант анемии, но на практике до сих пор сохраняется высокий уровень неадекватной диагностики и неэффективной терапии данного состояния. Основополагающими является правильная интерпретация показателей ОАК, правильность выбора лекарственных препаратов и длительность терапии.

Цель исследования. Изучение информированности терапевтов о клинической значимости показателей эритроцитарных индексов (MCV, MCH, MCHC), получаемых на современных

автоматических гематологических анализаторах для исследования показателей ОАК, различий между классами препаратов железа (двухвалентного и трехвалентного железа) и необходимой длительности терапии ЖДА. В работе использовался опросник, состоящий из 6-ти вопросов.

В результате исследования был проведен анонимный вопрос 68 врачей терапевтов.

На три вопроса посвященных клинической значимости эритроцитарных индексов, которые являются ведущими показателями для первоначальной верификации патогенетического варианта анемии, и как следствие необходимого объема диагностических исследований, правильно ответили только 3 (4,4%) специалистов. На два вопроса, посвященных правилам назначения препаратов двух- и трехвалентного железа, правильно ответили 11 (16,2%) специалистов. На вопрос, посвященный длительности назначения препаратов железа, правильно ответили - 9 (13,2%) специалистов.

Результаты проведенного анализа отражают недостаточный уровень информированности медицинского персонала, как по вопросам диагностики, так по тактике ведения пациентов с ЖДА. При правильной интерпретации показателей эритроциатрных индексов, уже при первом обращении пациентов, возможно установить вариант анемии, от чего будет зависит спектр диагностических исследований. Не правильное назначение препаратов железа приводить к значительному снижению их эффективности. Наиболее частая причина повторного обращения пациентов с ЖДА за медицинской помощью, это недостаточная продолжительность приема препаратов железа.

Таким образом, с одной стороны хорошо известная и распространенная патология, не имеет адекватных подходов к решению.

Петухова О.В., Хорохордина К.Н., 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 НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Цель исследования. Выявить взаимосвязи клинических и лабораторных показателей липидного обмена и неспецифических маркеров воспаления у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от половой принадлежности.

Материалы и методы исследования. Обследовано 24 пациента с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 34 до 60 лет (средний возраст - 50,4±7,5 года), из них женщин - 13 (54,2%), мужчин - 11 (45,8%). Стаж заболевания пациентов не более 5 лет. Все пациенты получали медикаментозную терапию (бигуаниды, антигипертензивные препараты). В качестве критериев компенсации состояния использовали Рекомендации ВОЗ: систолическое артериальное давление (САД) $\leq$130 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) $\leq$80 мм.рт.ст., гликозилированный гемоглобин (HbA1c) $\leq$6,5%.

Оценивались антропометрические данные (масса тела, рост) с расчетом индекса массы тела (ИМТ) по Кетле. Ожирение устанавливали при ИМТ $\geq$30 кг/м^2, избыточную массу тела - при ИМТ в пределах 25,0-29,5 кг/м^2 (критерии ВОЗ, 1997 г.), абдоминальное ожирение - по соотношению объем талии/объем бедер (ОТ/ОБ).

Концентрацию глюкозы и показателей липидного спектра крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов высокой и низкой плотности (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, соответственно), триглицериды (ТГ) - определяли на анализаторе «Cobas 6000» (Япония), β-липопротеиды - турбидиметрически на спектрофотометре "Spectronic 601" (США). Фибриноген определяли на анализаторе STA Compact (Франция), С-реактивный белок (СРБ) - на биохимическом анализаторе "Hitachi-912" (Япония), гомоцистеин, С-пептид и инсулин - на иммунохемилюминесцентном анализаторе "Immulite" (США). Липидный статус пациентов, получающих медикаментозную терапию, оценивался как компенсированный при

уровне ОХС<4,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП<2,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП у мужчин - >1,0 ммоль/л, у женщин - >1,2 ммоль/л, ТГ<1,7 ммоль/л, индекс атерогенности (ИА)<2,5 (Методические рекомендации Минздрава РФ, 2011 г.). В качестве критерия инсулинорезистентности пользовались индексом HOMA-IR (>3,4).

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием пакета программ Statistica 6,0. Различия между мужчинами и женщинами по количественным показателям оценивали при помощи критерия Манна-Уитни, по качественным - по критерию долей $ч^2$. Связи между переменными находили с помощью корреляционного анализа Спирмена. Связь и различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты исследования. По большинству изучаемых показателей между мужчинами и женщинами не выявлено статистически значимых различий, за исключением стажа заболевания (у мужчин - 2 (1-3) года, у женщин - 4 (3-5) года, p=0,009), отношения ОТ/ОБ и встречаемости повышенного ИА. У 20 обследованных пациентов (83,3%) выявлено ожирение, у 2-х (8,3%) - избыточная масса тела. При этом преобладал абдоминальный тип ожирения. Индекс ОТ/ОБ, независимо от ИМТ, колебался в пределах 0,8-1,02 (медиана 0,9 (0,87-0,99)) и был выше у мужчин (в среднем на 0,1, p=0,024). Инсулинорезистентность выявлена у 7 (63,6%) мужчин и 9 (69,2%) женщин.

У 12 обследованных пациентов (50%) отмечалось повышенное САД и у 17 (70,8%) - ДАД. 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 наблюдались прямые корреляционные связи между ДАД и ИМТ (r=0,68; p=0,02), ДАД 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.

У всех пациентов установлено нарушение липидного обмена атерогенного характера, что проявлялось в увеличении уровня β-липопротеидов в плазме крови до 90,3±10,33 у.е. (при референсных значениях до 55,0 у.е). Гиперхолестеринемия зарегистрирована у 70% мужчин и 61,5% женщин, повышенный уровень ХС-ЛПНП - у 100% мужчин и у 86% женщин. ХС-ЛПВП ниже порогового значения наблюдался только у 2-х женщин и 3-х мужчин, однако ИА у 100% мужчин и у 8 (61,5%) женщин превышал рекомендуемые значения, что свидетельствует о недостаточных компенсаторных возможностях организма по транспорту ХС антиатерогенным классом липопротеинов у большинства пациентов с СД 2 типа, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, и о повышенном риске развития атеросклероза.

В ходе корреляционного анализа установлены различия между мужчинами и женщинами по выявленным взаимосвязям. Так, у женщин зарегистрированы прямые корреляционные связи между ИМТ и ХС-ЛПНП (r=0,57, p=0,033), ИА (r=0,47, p=0,020), индексом HOMA-IR (r=0,42, p=0,0054); ОТ/ОБ и содержанием β-липопротеидов (r=0,55, p=0,049) и отрицательная - между ИМТ и ХС-ЛПВП (r=-0,52, p=0,05). У мужчин не обнаружено корреляционных связей между антропометрическими и липидными показателями, но установлены прямые корреляционные связи между ИМТ и инсулином (r=0,64, p=0,046), С-пептидом (r=0,64, p=0,046), индексом HOMA-IR (r=0,69, p=0,050), что подтверждает роль повышенной массы тела в развитии инсулинорезистентности. В свою очередь, инсулинорезистентность при СД 2 типа способствует развитию дислипижемии, о чем свидетельствуют выявленные корреляционные связи между индексом HOMA-IR и показателями липидного спектра крови: у женщин с ИА (r=0,55, p=0,049), у мужчин - прямая - с β-липопротеидами (r=0,81, p=0,015) и обратная - с ХС-ЛПВП (r=-0,75, p=0,050).

Нарушения углеводного и липидного обмена способствуют изменению сосудистой стенки с развитием местного воспаления и формированием атеросклеротических бляшек. Повышенный уровень маркеров воспаления (СРБ и/или ФГ) без других клинических признаков воспаления выявлен у 12 (50%) пациентов, с одинаковой частотой у мужчин и у женщин. При этом у мужчин отмечалась положительная корреляционная связь между данными показателям (r=0,67, p=0,033), а также между холестерином и гомоцистеином (r=0,75, p=0,033). Также у мужчин наблюдалась прямая корреляционная связь между САД и β-липопротеидами (r=0,61, p=0,047), САД и СРБ (r=0,59, p=0,049).

Установленные взаимосвязи подтверждают патогенетическую роль исследованных факторов в развитии сердечно-сосудистой патологии у мужчин с СД 2 типа. Отсутствие подобных

взаимосвязей у женщин, возможно, связано со значительной вариабельностью изучаемых показателей. Существенная разница по длительности заболевания между вошедшими в исследование женщинами и мужчинами не позволяют сделать вывод о гендерных различиях и диктуют необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

Таким образом, у пациентов с СД 2 типа, несмотря на проводимое медикаментозное лечение, наблюдается сочетание патогенетических факторов повышенного сердечно-сосудистого риска: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, дислипидемия, наличие признаков неспецифического воспаления (повышенный уровень СРБ, фибриногена).

Полученные результаты свидетельствуют о трудностях в подборе рациональной медикаментозной терапии при данной патологии и о необходимости дополнительной коррекции дислипидемии.

Пиктушанская Т.Е.
ГБУ РО «Лечебно-реабилитационный центр N 2»
г.Шахты, Россия

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АНТРАКОСИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

В нашем центре сформирован Регистр профессиональных больных, в котором содержатся сведения о более чем 46 тыс. профессиональных больных, взятых на учет в Ростовском областном центре профпатологии, начиная с конца пятидесятых годов XX века.

Анализ структуры суммарного контингента профессиональных больных, накопленного за 55 лет, показал следующее: в 60-70 годы в структуре контингента с огромным отрывом лидировали больные антракосиликозом, на долю которых приходилось 75%, второе место занимали работники с вибрационной болезнью (9%), третье - пылевым бронхитом (7%).

На сегодняшний день структура контингента наблюдаемых больных значительно изменилась: больные пневмокониозами на четвертом месте - 15,8%. В структуре впервые выявленных профессиональных заболеваний доля антракосиликоза за 30 лет сократилась с 48,6% до 7,8%.

В 1960-1970 гг. основным методом диагностики пневмокониоза являлась узкокадровая, а затем ширококадровая флюорография и обзорная рентгенография грудной клетки, которые позволяли говорить о наличии узелковых форм в 65-84%, интерстициальных в 4-12% случаев, узловых форм в 13-18% случаев.

Внедрение в 70-80 гг. широкозахватной добычной техники и проходческих комбайнов, проведение активных мероприятий по пылеподавлению привело к изменению рентгенологических форм пневмокониоза.

Доля узловых форм резко сократилась до 2% в 80-90 гг. и практически совсем исчезла к 2000 г., в то же время отмечается значительный рост диффузно-склеротической формы. К 2000 г. сложилось мнение, что в основном в угольной промышленности развиваются преимущественно диффузно-склеротические формы. Это мнение было пересмотрено с появлением компьютерных томографов, которые позволили увидеть на фоне диффузно-склеротической формы наличие мелкоочаговых узелковых теней.

Важной особенностью современного клинического течения антракосиликоза у шахтеров следует назвать значительное снижение удельного веса больных силикозом, к которому присоединился туберкулез. Так, с 60-х годов прошлого века по настоящее время доля шахтеров, у которых к антракосиликозу присоединился туберкулез, уменьшилась с 30 до 14%, а в 90-е годы она и вовсе составляла лишь около 6%.

Несмотря на то, что общий удельный вес профессиональных больных с силикотуберкулезом снизился, сроки присоединения туберкулеза к антракосиликозу сократились почти в 3,5 раза. Если 50 лет назад это происходило, в среднем, через 15 лет от момента диагностики профессионального заболевания, то сегодня этот период не превышает 4,5 лет.

Существенно возросла распространенность антракосиликоза с развившейся дыхательной

недостаточностью. Удельный вес шахтеров с антракосиликозом, включая антракосиликотуберкулез, у которых была диагностирована дыхательная недостаточность, возрос с 40 до 80%. Помимо того, что резко возросла распространенность дыхательной недостаточности, более чем в четыре раза - с четырех с половиной лет до 10 месяцев - сократились сроки от момента диагностики антракосиликоза до ее развития.

Очевидно, что более раннее присоединение столь тяжелых осложнений как туберкулез и дыхательная недостаточность обусловило и раннюю инвалидизацию шахтеров с антракосиликозом, срок развития которой от момента установления первичного диагноза сократился более чем в 60 раз - с 20 лет до четырех месяцев.

Наконец, почти в 10 раз, с 38 до 4 лет, сократился средний срок дожития шахтеров с антракосиликозом.

Полищук М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Трубицына М.В., Сидоров А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В Г.ЛЕНИНСКЕ-КУЗНЕЦКОМ

Болезнь Паркинсона - медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, проявляющееся двигательными нарушениями в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя и немоторными проявлениями - вегетативной недостаточностью, нарушениями речи, психики, когнитивными нарушениями и пр. Это одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний. Эпидемиологические исследования указывают на то, что болезнь Паркинсона наблюдается во всех этнических группах.

Заболеваемость составляет около 20 на 100 000 населения, распространенность - 120-180 на 100000 и достигает 1% в популяции лиц старше 60 лет. Заболевание встречается, как правило, в пожилом и старческом возрасте. Средний возраст начала заболевания составляет 65,3±2,6 года, распространенность в популяции лиц старше 85 лет - 2205,3 на 100000.

Целью исследования было оценить распространенность болезни Паркинсона в г.Ленинске-Кузнецком Кемеровской области и сравнить с распространенностью ее в России и странах Европы, Азии, Африки, Северной Америки и Австралии, используя анализ литературного материала, статистические данные Министерства здравоохранения.

Для сравнения использовались эпидемиологические показатели разных стран мира. В России болезнь Паркинсона встречается с частотой 22,6-68,6 случая на 100000 населения.

Цифры общей распространенности болезни Паркинсона, т.е. без повозрастного распределения, различны для каждой страны и имеют следующие диапазоны по количеству случаев на 100 000 населения (данные литературного обзора).

В странах Европы от 76 в Швеции до 320 во Франции случаев на 100 000 населения. Россия - 139,9-238. Северная Америка: США - 107-329, Канада - 126-244,4; Южная Америка: от 50,2 (Боливия) до 330 (Бразилия). В Азии болезнь Паркинсона встречается с частотой от 117,9 случаев (Япония) до 374 случаев (Южная Корея) на 100 000 населения. В странах Африки - от 7 случаев (Эфиопия) до 43 случаев (Тунис) на 100 000 населения.

Общая заболеваемость болезнью Паркинсона на 100 000 населения в год имеет следующий диапазон (данные литературного обзора): Россия 1,88-16,3 (максимальный показатель распространенности отмечен в Томске - 238 случаев на 100 тыс. населения, минимальный в Москве - 27 случаев на 100 тыс.). Северная Америка: США - 11,1-20,5; Канада - 8,0-19,3; Африка: Ливия - 4,5; Азия: от 1,5 в Китае до 32 в Сингапуре; Европа: от 7 в Австрии до 326,3 в Италии.

Количество зарегистрированных больных болезнью Паркинсона на 100000 населения в России в несколько раз ниже, чем в странах Европейского Союза, Азии, Северной Америки и Австралии и значительно выше, чем в странах Африки. С учетом того, что болезнь Паркинсона встречается преимущественно у пожилых людей, такой низкий уровень

ее распространенности в странах Африки может быть связан с короткой продолжительностью жизни людей в этом регионе.

В г.Ленинске-Кузнецком количество зарегистрированных больных болезнью Паркинсона в 2011 г. составляло 34,18 на 100000 населения, в 2013 г. - 67,9 на 100000 населения. Средний возраст составил 63,2±9,9 года, средняя длительность заболевания - 6,5±4,2 года, стадия - 2,6±0,6. Среди больных преобладали мужчины - 58%.

За последние 2 года на территории г.Ленинска-Кузнецкого общее количество зарегистрированных больных болезнью Паркинсона имели тенденцию к увеличению в связи с появлением новых квалифицированных кадров, привлечением внимания к данной проблеме. Существенные различия в количестве зарегистрированных случаев болезни Паркинсона в различных регионах России (1,88-16,3), подтверждают вывод о том, что имеется гиподиагностика болезни Паркинсона. На сегодняшний день основная проблема в области паркинсонизма связана с лечением, которое является пожизненным и требует постоянной корректировки.

Болезнь Паркинсона относится к числу наиболее затратных заболеваний. Правильно спланировать затраты на оказание эффективной медицинской и социально-экономической помощи, определить приоритетные направления научно-практической работы помогают знания эпидемиологических особенностей заболевания в данном конкретном регионе.

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель исследования. Изучить распространенность ожирения и дислипидемии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), работников Кузбасского отделения Западно-Сибирской железной дороги ОАО «РЖД».

Материалы и методы исследования. Обследовано 134 пациента с АГ, 70 (52,2%) мужчин и 64 (47,8%) женщин, в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил 50,6 лет (95% доверительный интервал (ДИ) 43,15-58,05 лет). Всем пациентам проводилось исследование липидного профиля сыворотки крови с определением уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), индекса атерогенности (ИА). Для оценки степени ожирения использовали индекс массы тела (ИМТ).

Результаты и их обсуждение. Ожирение (ИМТ>30 кг/м^2) выявлено у половины обследованных больных - у 27 (38,6%) мужчин и 41 (64,1%) женщин. Избыточная масса тела (ИМТ - 25-29,9 кг/м^2) определялась у 27 (38,6%) мужчин и 17 (26,5%) женщин. Нормальную массу тела (ИМТ - 18,5-25 кг/м^2) имели всего 16,4% обследованных больных - 16 (22,8%) мужчин и 6 (9,4%) женщин.

Согласно рекомендациям РМОАГ/ВНОК (2010 г.), уровень ОХС в сыворотке крови у пациентов с АГ не должен превышать 5,0 ммоль/л, а уровень ХС ЛПНП - 3,0 ммоль/л. В нашем исследовании уровень ОХС оказался повышенным у 78 (58,2%) пациентов и составил в среднем 5,6 ммоль/л (95% ДИ 5,23-5,97 ммоль/л). Уровень ХС ЛПНП превышал рекомендуемые значения у 43 (32,1%) больных и составил в среднем 3,5 ммоль/л (95% ДИ 3,17 - 3,83 ммоль/л). Средний уровень ТГ у мужчин составил 1,56 ммоль/л (95% ДИ 1,30-1,82 ммоль/л), у женщин - 1,52 ммоль/л (95% ДИ 1,27-1,77 ммоль/л). Уровень ХС ЛПВП у мужчин и женщин составил 1,41 ммоль/л (95% ДИ 1,22-1,60 ммоль/л) и 1,39 ммоль/л (95% ДИ 1,25-1,53 ммоль/л), соответственно. ИА составил в среднем 3,4 (95% ДИ 3,12-3,68).

Выводы.

Распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений среди работников Кузбасского отделения Западно-Сибирской железной дороги, страдающих

АГ, остается высокой. Ожирение диагностировано у 50,7%, гиперхолестеринемия - у 58,2%, повышение уровня ЛПНП в сыворотке крови - у 32,1% пациентов.

**Попова Т.А., Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Нагорнова Н.А.
Пьянкова Е.Э., Зобнина А.В.**

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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Цель исследования. Анализ клинического течения и оценка отдаленного прогноза у больных после комплексного лечения острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 71 больной (мужчин - 51, женщин - 14) в возрасте от 36 до 77 лет (средний возраст - 56,98 лет). Диагноз острый инфаркт миокарда был подтвержден клинико-анамнестическими данными, изменениями по электрокардиограмме, ЭХО-кардиограмме, повышением кардиоспецифических ферментов.

Все пациенты в острый период находились в палате интенсивной терапии, где проводилась терапия, соответствующая современным национальным рекомендациям. Тромболитическая терапия проведена по показаниям 10 пациентам (14%). Параллельно медикаментозной терапии проводилась поэтапная реабилитация пациентов.

Средние сроки пребывания в кардиологическом отделении терапевтического профиля составили 17 суток ± 2 дня. Больных в стабильном состоянии больных на реанимобиле в сопровождении кардиолога и реаниматолога доставляли в регионарный сосудистый центр, отдаленностью от города 80 км, где 68 (95,7%) проводилась коронароангиография. При этом 28 пациентам (39,43%) установлены стенты в гемодинамически значимую коронарную артерию, 20 больным (28,16%) приведено аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование.

Всем пациентам при выписки из кардиохирургического стационара была рекомендована консервативная терапия. Контрольное обследование проводилось в сроки после оперативного вмешательства (в среднем 12-16 месяцев), которое включало оценку клинической симптоматики, электрокардиограммы в покое, тест 6-ти минутной ходьбы, ЭХО-кардиограммы, нагрузочной пробы (велоэргометрию) при отсутствии противопоказаний, количества повторных госпитализаций в течение 1 года, процент летальных исходов в течении 12-и месяцев. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel XP.

Результаты исследования. У 68 (95,7%) пациентов имело место значимое поражение коронарного русла: однососудистое - у 9 (12,67%), двухсосудистое - у 10 (14,08%), трехсосудистое и более - у 35 (49,29%). У 46 пациентов (64,7%) было поражение ПНА, у 42 (59,15%) - ПКА, у 8 (11,26%) поражен ствол ЛКА, у 17 (23,94%) - ВТК, ОА - у 27 (38,02%), 1ДВ у 12 (16,9%) пациентов.

В отдаленные сроки наблюдения клиническое улучшение в виде отсутствия и урежения приступов стенокардии наблюдалось у 44 (69,97%) больных, повторный инфаркт миокарда развился у 4 (5,63%) человек. В среднем больные по тесту 6-ти минутной ходьбы проходили 309,375 м. По данным контрольной ЭХО-кардиограммы фракция выброса левого желудочка составила в среднем 54,57% (прирост 14,57%). При выполнении нагрузочной пробы (ВЭМ) в средне-отдаленные сроки после операции толерантность к физической нагрузке составила в среднем 71,87 ВТ. Повторная госпитализация с прогрессированием коронарной патологии была у 20 (28,16%) пациентов. Летальность в течении исследуемого периода составила 0%.

Выводы.

В средне-отдаленные сроки, после комплексного лечения больных перенесших острый инфаркт миокарда, наблюдается высокая клиническая эффективность, потверждаемая данными ЭХО-кардиограммы, ВЭМ, тестом 6-ти минутной ходьбы, субьективным самочувствием

больного, снижением повторных госпитализаций.

**Попова Т.Ф., Грибачева И.А., Корнач Н.В., Фонин В.В., Дергилев А.П.
Пятова А.Е., Киметова Е.В.**
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Новосибирск, Россия

ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИСХОДЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Одним из наиболее тяжелых и частых осложнений САК является ангиоспазм с развитием ишемии мозга. В 30-70% случаев после САК наблюдается образование очагов инфаркта, которые могут повлиять на исход болезни. В дальнейшем эти пациенты нуждаются в длительной реабилитации, поскольку в клинической картине преобладают симптомы ишемического повреждения мозговой ткани. Выбор тактики и стратегии ведения больных с САК, осложненном вазоспазмом, остается весьма проблематичной задачей. В последнее время все большее значение придается имеющимся сосудистым факторам риска.

Материалы и методы исследования. Группу обследованных составили 129 неоперированных пациентов с клиническими признаками субарахноидального кровоизлияниями, у которых диагноз был подтвержден методами компьютерной томографии (КТ) и люмбальной пункции. Степень тяжести САК оценивалась по классификации, предложенной W. Hunt и R. Hess, которая сопоставима с показателями количественной оценки нарушения сознания по шкале Glasgow. Статистический анализ осуществлялся на персональном компьютере «Pentium» с использованием пакетов статистической программы STATISTICA 8.

Для анализа полученных результатов использовали расчет средних арифметических величин (M), их ошибок (m) и среднеквадратичного отклонения (д). Сравнение средних величин в отдельных случаях осуществлялось с помощью параметрического критерия (t) Стьюдента. Разность считалась достоверной при $p<0,05$. Для установления связей между параметрами использовался корреляционный анализ с подсчетом ранговых коэффициентов корреляции (r) К. Спирмена.

Результаты исследования. Среди обследованных больных было 55,04% (71 чел.) женщин и 44,96% (58 чел.) - мужчин. Средний возраст больных составил 49,7±1,2 лет (д±14,8). Исследование больных по возрастным группам показало, что возникновение САК возможно в любом возрасте и может протекать с различной степенью тяжести. Только в группе старческого возраста существует положительная корреляционная связь между возрастом и тяжестью течения САК (r=0,53).

Считается, что ограничением для оперативного лечения являются сопутствующие соматические заболевания. Это позволило показать, что имеющиеся сопутствующие соматические заболевания в дальнейшем усугубляют течение САК. В данном исследовании установлено, что на 129 больных САК, среди которых у 32 сопутствующих факторов риска не было, что составляет четверть пациентов (24,8%), приходится 161 фактор риска. Это указывает на сочетание нескольких факторов риска у одного пациента. При этом 81,1% всех факторов риска в совокупности приходится на пациентов с IV и V степенями тяжести по сравнению с 38,7% у больных с I-II и III степенями тяжести в совокупности ($p<0,05$), что свидетельствует о влиянии сосудистых факторов риска на тяжесть течения САК.

Установлена положительная корреляционная связь (r=64) между количеством сосудистых факторов риска у больного и тяжестью течения САК. В рамках заданного алгоритма было изучено клиническое течение сосудистого спазма на разных этапах болезни.

Выводы.

Течение и исходы САК, осложненного вазоспазмом, в группе неоперированных больных зависят от клинической степени тяжести болезни, сроков госпитализации, возраста пациента, сопутствующих факторов риска, их сочетаний и выраженности.

Летальный исход у неоперированных больных с субарахноидальным кровоизлиянием имеет место у трети пациентов, среди которых более половины умирают непосредственно от

кровоизлияния, почти четверть - от вазоспазма с формированием обширных очагов инфаркта, остальные - при тяжести состояния субарахноидального кровоизлияния III степени имеют сопутствующие сосудистые факторы риска, которые значительно утяжеляют течение основного заболевания и приводят к летальному исходу.

**Реброва Н.В., Анисимова Е.А., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С., Рипп Т.М.
Саркисова О.Л., Хрулева Т.Г., Богомолова И.И.**
ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России
г.Томск, Россия

ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ревматоидный артрит (РА) - хроническое воспалительное ревматическое заболевание, ассоциированное с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярной летальностью. АГ является основной причиной и важнейшим фактором риска различных форм нарушения мозгового кровообращения.

В основе нарушения церебральной циркуляции при АГ лежит срыв механизмов ауторегуляции церебральной кровотока при критических изменениях уровня системного артериального давления (АД). Хроническое воспаление и аутоиммунные нарушения, свойственные РА, оказывают дополнительное повреждающее воздействие на сосудистую стенку и, вероятно, могут привести к более выраженному снижению компенсаторных возможностей сосудистой системы мозга.

Цель исследования. Изучить ЦВР и оценить влияние на ее показатели 6-месячной терапии амлодипином больных артериальной АГ в сочетании с РА.

Обследовано 19 пациентов с эссенциальной АГ с достоверным диагнозом РА в возрасте 58,7±7,5 лет. Длительность АГ составила 11,7±6,2 лет, РА - 12,2±9,6 лет. У 15 (78%) больных выявлена АГ 1-2 степени, у 4 (22%) - 3 степени. Дислипидемию выявили у 17 (89%) больных, гемодинамически не значимый атеросклероз сонных артерий - у 12 (63%), нарушение толерантности к глюкозе - 3 (16%), ожирение I-II степени - 7 (37%) пациентов. До и через 6 месяцев лечения амлодипином (Тенокс, фирма KRKA) в дозе 2,5-10 мг в сутки пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД), оценивали ЦВР с помощью транскраниальной допплерографии средней мозговой артерии (СМА) с использованием гиперкапнической (ингаляция 4% смеси углекислого газа с воздухом, фаза вазодилатации) и гипероксической (ингаляция 100% кислорода, фаза вазоконстрикции) нагрузочных проб.

По результатам СМАД через 6 месяцев приема амлодипина наблюдали достоверное снижение систолического и диастолического АД за сутки со 142,3±9,2/90,5±24,0 до 128,4±9,5/75,4±7,5 мм рт. ст. ($p<0,04$), за день со 143,1±11,8/93,6±21,7 до 131,1±8,9/78,6±7,3 мм рт. ст, ($p<0,03$), за ночь со 138,7±10,8/85,0±25,7 до 123,0±13,8/69,6±8,8 мм рт. ст. ($p<0,04$).

До лечения по результатам гипероксической пробы не установлено достоверных изменений линейных скоростей кровотока в СМА. Индекс реактивности (ИР) составил 0,94±0,15. Только у 5 (26%) пациентов выявлено адекватное снижение пиковой систолической скорости кровотока в СМА (Vps) на 20% и более. У 10 (53%) больных имело место недостаточное снижение, у 4 (21%) - парадоксальное увеличение Vps на 14-22%. Через 2 минуты гиперкапнической пробы наблюдали значимое увеличение Vps с 68,1±19,5 до 99,2±23,7 см/с ($p<0,01$). ИР составил 1,48±0,29.

Неадекватную ответную реакцию на гиперкапнию имели 42% пациента: у 6 (32%) - выявлена усиленная положительная реакция, у 2 (10%) - отрицательная реакция. Через 6 месяце в терапии амлодипином наблюдали лишь тенденцию к нормализации показателей ЦВР. ИР в гипероксической пробе снизился до 0,81±0,13, в гиперкапнической увеличился до 1,53±0,30. При гипероксии к концу курса терапии ни у одного больного не определяли парадоксальный

тип ответа ЦВР. При гиперкапнии незначимо увеличилось количество больных с положительной реакцией ЦВР с 11 (58%) до 13 (68%) человек.

Таким образом, по результатам транскраниальной допплерографии СМА у большинства больных АГ, ассоциированной с РА, выявлено нарушение ЦВР на метаболические стимулы. Терапия амлодипином не оказывает значимого влияния на сниженную ЦВР у этой категории больных.

Рябинина Е.Н.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ПРОГРАММАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРЕНИЯ

Актуальность проблемы курения как одного из первичных факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (Александров А.А., 2012 г.; Невзорова В.А., Захарчук Н.В., Агафонова И.Г., Сарафанова Н.С., 2013 г.) неоспорима, т.к. теоретические знания о вреде курения часто не подкрепляются мотивацией здорового образа жизни (ЗОЖ), особенно в юношеском возрасте. Об этом свидетельствуют многочисленные данные о высокой распространенности числа курящих - от 24 до 72% - среди молодежи, в частности, студенческой (Бакова Д.А., Сабанова З.Х., Эльгаров А.А., 2012 г.; Ханин А.Л., Чернушенко Т.И., 2012 г.). Связано это, по-видимому, с тем, что существует длительный временной разрыв между началом курения и манифестацией патологии, связанной с ним (Филипченко Е.М., 2012 г.). Молодые люди часто убеждены, что их здоровье неисчерпаемо. Поэтому важно найти критерии, доказывающие наличие в организме вторичных факторов риска, таких как субклинические изменения сонных артерий, которые на фоне курения могут развиваться достаточно рано, но длительное время остаются бессимптомными. (Eleid M.F., Lester S.J., Wiedenbeck T.L. et al., 2010 г.).

Цель исследования. Выявление у курящих лиц юношеского возраста изменений стенки сонных артерий с целью повышения мотивации ЗОЖ.

Материалы и методы исследования. У 160 студентов второго курса КемГМА (в группу наблюдений вошли курящие со стажем более 3 лет - 40 юношей и 30 девушек; группу контроля составили некурящие - 40 юношей и 50 девушек) проводили дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА) на аппарате ACUSON Antares ("Siemens", Германия), оснащенном линейным датчиком 5 МГц.

Результаты и их обсуждение. Выяснилось, что у практически здоровых курящих юношей толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) ОСА в 1,25 раза ($p<0,05$) превышает аналогичный показатель некурящих лиц, достигая критических значений для данной возрастной группы (Lorenz M.W. et al., 2007 г.; Балахонова Т.В., Трипотень М.И., Погорелова О.А., 2010 г.).

Кроме того, о повышении риска сердечно-сосудистых заболеваний у курящих юношей и девушек также свидетельствуют заметно большие ($p<0,05$ по сравнению с аналогичными параметрами лиц контрольной группы) величины систолодиастолического соотношения (S/D), являющегося показателем эластичности сосудистой стенки.

Напротив, усредненная по времени максимальная скорость кровотока (TAMX) у курящих лиц юношеского возраста значительно ниже ($p<0,05$) по сравнению с аналогичными параметрами лиц контрольной группы (55,53±1,09 см/с и 60,86±1,89 см/с у юношей; 56,05±1,1 см/с и 61,39±1,24 см/с у девушек).

Все это доказывает наличие доклинических изменений в стенке сонных артерий у лиц юношеского возраста при курении.

Выводы.

Дуплексное сканирование общей сонной артерии у лиц юношеского возраста можно использовать в скрининговых исследованиях с целью оценки степени риска развития сердечно-сосудистой патологии и дальнейшего формирования индивидуальных программ первичной

профилактики по снижению распространенности поведенческих (корригируемых) факторов риска, в частности, курения.

Силонова А.А., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л., Груздева О.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, АДИПОКИНОВОГО И ЛИПИДНОГО СТАТУСОВ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Цель исследования. Определить возможность использования биомаркеров инсулинорезистентности (ИР), адипокинового и липидного статусов для оценки прогноза развития сахарного диабета (СД) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST).

Материалы и методы исследования. Обследовано 136 человек с диагнозом ИМспST. Определены уровни общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеинов очень низкой плотности, свободных жирных кислот (СЖК), Апо-В, Апо-А1, глюкозы, инсулина, С-пептида, лептина, резистина, адипонектина, интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка, а также индекс атерогенности, отношение Апо-В/Апо-А1, индекс HOMA-IR на 1-е и 12-е сутки ИМ. Через год наблюдения оценивали развитие случаев СД 2 типа. Использовали метод логистической регрессии и ROC-анализ.

Результаты исследования. Наибольшей прогностической силой обладают индекс HOMA-IR: при его значениях на 12-е сутки ИМ 2,77 и более вероятность развития СД повышается в 3,6 (2,2; 6,1) раза, площадь под ROC-кривой - 0,95 (0,92; 0,99), чувствительность прогностического значения показателя - 95,0, а специфичность - 47,4. Уровень инсулина в сыворотке крови на 12-е сутки ИМ ≥12,7 мкМЕд/мл ассоциирован с повышением риска развития СД в 1,24 (1,2; 1,3) раза, площадь под ROC-кривой - 0,95 (0,91; 0,98), чувствительность - 95,0, а специфичность - 73,3. Уровень лептина на 12-е сутки ИМ ≥ 5,77 нг/мл способствует увеличению риска развития СД в 1,2 (1,1; 1,3) раза, площадь под ROC-кривой - 0,76 (0,65; 0,87), чувствительность - 90,0, а специфичность - 45,7.

При повышении концентрации адипонектина ≥8,2 мкг/мл на 12-е сутки ИМ снижается вероятность развития СД через год от развития ИМ на 28,0%, площадь под ROC-кривой - 0,74 (0,64;0,85), чувствительность - 82,8, а специфичность - 35,0. Вероятность манифестации СД также возрастает в 1,1 (1,0; 1,2) раза при повышении на 12-е сутки ИМ уровня ИЛ-6 ≥5,7 пг/мл, площадь под ROC-кривой - 0,73 (0,61; 0,86), чувствительность - 95,0, а специфичность - 28,4.

Результаты исследования свидетельствуют о повышении риска развития СД через год от начала развития ИМ в 3,0 (1,0; 8,5) раза при концентрации СЖК на 12-е сутки ИМ ≥0,61 ммоль/л, площадь под ROC-кривой - 0,70 (0,56; 0,84), чувствительность - 65,0, а специфичность - 44,0.

В тоже время установлено, что значения индекса HOMA-IR, уровни лептина, адипонектина, ИЛ-6, СЖК, инсулина, оцененные в остром периоде ИМ в сыворотке крови, не связаны с риском развития СД через год после ИМ.

Выводы.

Риск развития СД через год после ИМспST связан с индексом HOMA-IR ≥2,77, уровнями инсулина ≥12,7 мкМЕд/мл, лептина ≥5,77 нг/мл, ИЛ-6 ≥5,7 пг/мл, СЖК ≥0,61 ммоль/л, определенными на 12-е сутки ИМ в сыворотке крови. Концентрация адипонектина на 12-е сутки ИМ ≥8,2 мкг/мл ассоциирована со снижением вероятности развития СД на 28,0%.

Смирнова О.Ю., Лагута Е.А., 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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Цель исследования. Выделить основные факторы риска преждевременных родов, оценить результаты выхаживания детей рожденных с массой тела менее 1500 гр., в катамнезе через 3 года, 5 лет, для оптимизации лечения пациентов данной категории.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы 64 истории болезни новорожденных детей с массой тела при рождении до 1500 гр., с гестационным возрастом 30±4 недели, госпитализированных в отделение для детей до 1 года за 2007-2009 гг. и 40 амбулаторных карт (форма N 112) этих же детей. Выделены 2 группы: I (n=52) - дети, рожденные с очень низкой массой тела (ОНМТ), II (n=12) - дети, рожденные с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Результаты исследований. За 2007-2009 гг. госпитализировано 579 новорожденных детей, из них недоношенные - 46,5%. Минимальная масса тела детей, поступивших на выхаживание в 2007 г. - 660 гр, в 2008 г. - 875 гр, в 2009 г. - 700 гр со сроком 25, 28 и 29 недель соответственно.

Факторами риска преждевременных родов явилось неблагоприятное течение беременности: заболевания мочеполовой системы - 25%; сифилис - 5%; анемия - 30%; курение, употребление алкоголя-22,5%; ХФПН, внутриутробная гипоксия плода - 30%; аборт - 32,5%; выкидыш - 26,6%; носитель ВУИ - 22,5%; многоплодная беременность - 6,2%; не наблюдались - 37,5%. Средняя длительность лечения детей с ОНМТ - 36,1 max 60 дней; с ЭНМТ - 56,6 max 114 дней. 46,6% детей с m=1000 гр. до 1500 гр. и 100% с m<1000 гр. получали лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Каждый 3-й ребенок с ЭНМТ нуждался в ИВЛ. 73% детей с ОНМТ и 100% детей с ЭНМТ выхаживались в кювезе.

Структура заболеваний у детей с ОНМТ и ЭНМТ: поражение ЦНС 84 и 92%, синдром дыхательных расстройств - 47,1 и 77,3%, внутриутробные инфекции - 62,7% и 86,9%, врожденные пороки развития - 28,4% и 28,5%, бронхолегочная дисплазия - 5,5% и 33,3%, нозокомиальная, вентилятор-ассоциированная пневмония - 5,7% и 16,6% соответственно. 30,3% детей, рожденных с ЭНМТ, к моменту выписки находились в группе риска по развитию ДЦП, нарушению зрения и слуха.

В 2007 г. умерло 2 детей (28,5%) с ОНМТ, причиной смерти явился врожденный порок сердца и внутриутробная инфекция с преимущественным поражением органов дыхания, синдром дыхательных расстройств на фоне общей морфологической незрелости ребенка. Катамнез удалось отследить через 3 года и 5 лет у 40 (64,5%) детей: у 32 с ОНМТ и 8 с ЭНМТ.

Отдаленные результаты через 3 года: 1 группа здоровья у 4 детей (12,5%) с ОНМТ и у 1 ребенка (12,5%) с ЭНМТ; 2 группа (ПЭП, миопия, астигматизм) у 10 (31,2%) и 2 (25%); 3 группа (спастический тетрапапарез, ВПС) у 9 (28,1%) и 2 (25%) соответственно. Инвалидность у 28,1% детей с ОНМТ и в 37,5% случаев с ЭНМТ.

Отдаленные результаты через 5лет: 1группа здоровья у 6 детей (18,7%) с ОНМТ и по прежнему только у 1 ребенка (12,5%) с ЭНМТ; 2группа (ПЭП, миопия, астигматизм) у 8 (25,0%) и 2 (25%); 3 группа (спастический тетрпапарез, ВПС) у 9 (28,1%) и 2 (25%) соответственно. Инвалидность по прежнему сохранилась у 28,1% детей с ОНМТ и в 37,5% случаев с ЭНМТ.

Выводы:

1) Развитие плода происходило в условиях сочетанного воздействия повреждающих факторов, которые приводили к хронической внутриутробной гипоксии плода, инфицированию и осложнению в родах.

2). Выживаемость недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 гр., поступающих на выхаживание в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ», находится на высоком уровне и составляет 96,8%.

3). В группе детей с ЭНМТ при выписке из стационара 33,3% имели бронхолегочную дисплазию, треть- группу риска по развитию ДЦП, нарушению слуха и зрения, а у детей с ОНМТ бронхолегочная дисплазия - в 5,5% случаев.

4). В катамнезе через: наличие 1 группы здоровья у детей с ОНМТ и ЭНМТ по 12,5% случаев, выход в инвалидность на 6% чаще у детей с ЭНМТ.

5). В катамнезе через 5 лет: у 5,5% (6детей) с ОНМТ отмечено выздоровление; у детей с ЭНМТ при рождении 1группа здоровья по прежнему составляла 12,5%; инвалидность в обеих группах не была снята.

Сычева С.В., Ефимова Т.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБИОТИКОЧУВСТИТЕЛЬНОСТИ KLEBSIELLA PNEUMONIAE, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ УРОИНФЕКЦИЯМИ В СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 ГОДУ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) относятся к самым распространенным заболеваниям микробной этиологии. При выборе эмпирической антимикробной терапии используют данные о чувствительности микроорганизмов, выделенных от больных уроинфекциями. От того насколько правильно выбрана стартовая антимикробная терапия ИМП, зависит в конечном итоге эффективность лечения и прогноз заболевания. Чаще применяют препараты, активность которых составляет не менее 85%.

K.pneumoniae - один из ведущих уропатогенов и наиболее частый продуцент β-лактамаз расширенного спектра (БЛРС). Кроме того, штаммы Klebsiella spp. часто становятся причиной нозокомиальных инфекций. В разных странах распространенность нозокомиальных штаммов K.pneumoniae продуцирующих БЛРС составляет 7-75%. В стационарах лечебно-профилактических учреждений России частота выявления БЛРС достигает 90%.

Цель исследования. Сравнить чувствительность штаммов K.pneumoniae, выделенных от больных уроинфекциями стационаров и амбулаторий, к антибактериальным препаратам (АБП) и способность этих штаммов продуцировать БЛРС.

Материалы и методы исследования. Посев клинического материала (мочи), идентификация микроорганизмов проводилась в соответствии с приказом N 535 МЗ СССР, от 22.04.1985 г. "Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования применяемых в клинико-диагностических лабораториях ЛПУ". Определение чувствительности к АБП и определение продукции БЛРС - МУК 4.2.1890-04 "Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам".

Всего исследовано 7102 образца мочи, положительные пробы составили 73%. Среди выделенных возбудителей лидирующее место занимали микроорганизмы семейства Enterobacteriacae (35%), в том числе 29% - K.pneumoniae. Для сравнительной оценки взяты 50 штаммов K.pneumoniae, выделенных из клинического материала больных стационара и 50 штаммов - больных амбулаторий.

Результаты исследования. Анализ чувствительности к АБП K.pneumoniae, выделенных от больных стационара и амбулатории показал, что к ампициллину резистентны все штаммы. К карбенициллину чувствительны 0% и 8% штаммов соответственно, к цефазолину - 14% и 52%, к цефотаксиму - 18% и 66% соответственно. К амоксициллин-клавуланату, налидиксовой кислоте и гентомицину чувствительны 16% штаммов, выделенных от стационарных больных. Чувствительность к этим АБП штаммов, выделенных от амбулаторных больных 54 - 66%.

Результаты чувствительности штаммов K. pneumoniae от больных стационаров и амбулаторий к другим АБП: ко-тримоксазол 22% и 50% соответственно, фурадонин 26% и 34%, тетрациклин 26% и 56%, ципрофлоксацин 26% и 60%, амикацин 34% и 82% соответственно.

Продукция БЛРС выявлена у 30% штаммов K. pneumoniae, выделенных от амбулаторных больных и у 85% штаммов, выделенных от стационарных больных.

Выводы.

Чувствительность штаммов K. pneumoniae, выделенных от стационарных больных ниже, чем чувствительность штаммов, выделенных от амбулаторных больных, кроме того высокий процент штаммов (85%) продуцирующих БЛРС от стационарных больных значительно затрудняет выбор антимикробной терапии.

**Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В.
Афанасьева А.В., Фадеева Е.А., Веретенникова Л.С.**

Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти в большинстве развитых стран, включая Россию. Понимание причин развития этих заболеваний, а также расширение возможностей в области их профилактики, диагностики и лечения - один из ключевых приоритетов сегодняшней кардиологии. Известные факторы риска ССЗ, в той же мере негативны и по отношению к внутренней оболочке сосудов.

Основные факторы риска ССЗ: курение, избыточная масса тела, сахарный диабет, гиперлипидемия, пожилой возраст. Гиперлипидемия является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в основном в связи со значительным влиянием холестерина на развитие атеросклероза.

Цель исследования. Определить количественное содержание маркеров дисфункции эндотелия (ДЭ) (эндотелина-1, sICAM-1, sVCAM-1) и липидный спектр у пациентов молодого возраста с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 пациентов с острым инфарктом миокарда, 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). Липидный спектр определяли с помощью реагентов «Human, Germany» на полуавтоматическом анализаторе EPOLL-20.

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). У 88% обследованных больных были выявлены различные нарушения липидного спектра. Была обнаружена положительная корреляционная связь между маркерами ДЭ и показателями липидного спектра.

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 ДЭ.

Гиперлипидемия является мощным индуктором воспаления, повышает экспрессию маркеров повреждения эндотелия, тем самым усугубляя ДЭ. 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.

Табакаев М.В.

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

СВЯЗЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА ВЗВЕШЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С КОЛИЧЕСТВОМ СМЕРТЕЙ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

Актуальность исследования. В настоящее время ВОЗ относит загрязнение воздуха городов взвешенными веществами к ряду наиболее значимых причин потерь здоровья населения, вследствие как заболеваний дыхательной, так и кровеносной системы человека.

Цель исследования. Изучить влияние загрязнения воздуха взвешенными веществами (ВВ) на количество смертей от инфаркта миокарда (ИМ) в крупном промышленном центре.

Материалы исследования. Среднесуточные концентрации взвешенных веществ (ВВср.) атмосферного воздуха г.Кемерово за каждый месяц 2007-2012 гг. предоставлены Кемеровским ЦГМС.

Использовались показатели среднесуточного количества смертей от ИМ (СКСИМ) за месяц по данным ЗАГС г.Кемерово за 2006-2012 гг.. При этом, все умершие разделены на 3 возрастные группы: 1 возрастная группа (1в.г.) - до 45 включительно, 2 в.г. - 46-59 лет, 3 в.г. - от 60 лет и старше.

Оценка связи между двумя количественными показателями проводилась с помощью корреляционного анализа Спирмена. За уровень критической значимости принят 0,05; уровень 0,1>p>0,05 расценивался как тенденция к статистической значимости.

Результаты исследования. Корреляционный анализ показал прямую однонаправленную связь ВВср. и СКСИМ в 1 в.г. (r=0,09 при p=0,49) и 3 в.г. (r=0,23 при p=0,07) и разнонаправленную - для 2 в.г (r=-0,03 при p=0,81). При этом, в 3 в.г. направленность связей показателей сохраняется вне зависимости от сезона года.

Зимой наблюдается наибольшая сила и значимость связи количества смертей от ИМ с уровнем загрязнения воздуха ВВ в 1 в.г. и 3 в.г. Так, в 1 в.г. коэффициент корреляции r=0,65 при p=0,005, во 2 в.г. r=-0,10 при p=0,69 и в 3 в.г. r=0,40 при p=0,11.

Весной наблюдается преимущественно обратные направленности связей, за исключением «старшей» возрастной группы: для 1 в.г. r=-0,13 при p=0,64, для 2 в.г. r=-0,14 при p=0,61 и для 3 в.г. r=0,12 при p=0,68.

В летний период года сохраняются направленности связей показателей в зависимости от возраста умерших: в 1 в.г. r=-0,18 при p=0,52, во 2 в.г. r=-0,08, в 3 в.г. r=0,18 при p=0,51.

В осенний период года направленность связи в 1 в.г. остается обратной (r=-0,04 при p=0,88), во 2 в.г. - меняется на прямую (r=0,08 при p=0,77) и в 3 в.г. - остается прямой (r=0,35 при p=0,2).

Выводы.

Результаты проведенного корреляционного анализа свидетельствуют о наличии прямой связи между уровнем загрязнения атмосферного воздуха взвешенными веществами и количеством

неблагоприятных исходов при инфаркте миокарда в возрастной группе старше 60 лет, что подтверждает вклад загрязнения воздуха в уровень смертности населения от острой формы ишемической болезни.

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Клейменов Е.В., Казанцева Е.О., Воробьев С.Ю.
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучить структуру образований щитовидной железы (ЩЖ) и обосновать объем хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. На базе нашей клиники проведен ретроспективный анализ историй болезни 78 детей от 5 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении с 2000 по май 2014 гг. по поводу образований ЩЖ.

Объем обследования пациентов включал: общее клинико-лабораторное обследование, функциональные пробы, УЗИ ЩЖ, рентгенография грудной клетки, гистологические исследования, в том числе и пункционная биопсия под контролем УЗИ, осмотр эндокринолога. Окончательно объем оперативного вмешательства решался интраоперационно на основании данных срочного гистологического исследования.

Результаты исследования. Чаще образования ЩЖ встречаются у девочек - 52; при этом в возрасте 13-16 лет - 37 случаев. У 51 детей диагностированы доброкачественные образования: аденома - 28, коллоидный зоб - 10, токсический зоб - 5, кисты ЩЖ - 7 больных и единичное наблюдение тиреоидита Хашимото с узлообразованием. Рак ЩЖ диагностирован у 27 больных, из них девочек 19, мальчиков 8. Папиллярный рак диагностирован в 16 (59%) случаях, фолликулярный рак - 11 (41%). У 6 больных выявлены метастазы в регионарные лимфоузлы, в 1 случае - в легкие.

Выполнялись операции: удаления узла в пределах здоровых тканей (16), резекция доли ЩЖ (16), гемиструмэктомия (16), гемиструмэктомия с истмэктомией (11). При интраоперационном подтверждении диагноза фолликулярного рака, в случае одностороннего поражения выполнялась гемиструмэктомия с истмэктомией, в случае двустороннего поражения - тотальная струмэктомия экстракапсулярно. При папиллярном раке выполнялась в большинстве случаев тотальная струмэктомия; при диаметре опухолевого узла менее 1 см выполнялась гемиструмиэктомия с истмэктомией. У 2-х больных с папиллярным раком, при диаметре узла более 1 см, в связи с отказом родителей от тотальной струмэктомии, выполнена органосохраняющая операция.

При опухолевом поражении региональных лимфоузлов проводилась расширенная операция с лимфодессекцией и удалением центральной клетчатки шеи. В 3-х наблюдениях возникла необходимость повторной операции, когда при срочной гистологии диагноз был поставлен ошибочно.

Осложнения отмечены у 4-х больных после тотальной струмэктомии. В 2-х наблюдениях это частичная потеря голоса, сохранявшееся до двух месяцев и проходящая самостоятельно; в 2-х наблюдениях - явления гипопаратириоза, которые купировались приемом препаратов кальция. Наблюдение в катамнезе проводилось в течение от 2 до 12 лет. Летальных исходов, рецидивов не было.

Выводы.

Чаще образованиям ЩЖ подвержены девочки подросткового возраста. Примерно с равной частотой в Алтайском крае встречается фолликулярный и папиллярный рак.

Дифференцированный подход к объему операции, основанный на результатах пункционной биопсии, срочном интраоперационном гистологическом исследовании, позволяет добиться хороших результатов.

Прогноз при дифференцированном раке ЩЖ у детей благоприятен, даже при возникновении рецидива, при проведении, в дальнейшем, специального лечения.

Трубицына М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Полищук М.В., Сидоров А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БОЛЕВОМ ВЕРТЕБРОГЕННОМ СИНДРОМЕ

Боль является частой причиной обращения к врачу, чаще такую боль можно характеризовать как неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей. При устранении повреждения острая боль быстро исчезает. При длительном болевом синдроме, боль изменяет качество жизни пациента, является самостоятельной болезнью, причину такой боли очень сложно распознать, такая боль длится 3 месяца и более, и может носить нейропатический характер.

Нейропатическая боль разнообразна: обжигающая и стреляющая боль, аллодиния, парестезии, изменение чувствительности и др. Такую боль бывает трудно лечить, и не всегда удается полностью купировать болевой синдром. Чаще у таких пациентов нарушается сон, развивается депрессия и тревога, снижается качество жизни, возникают расстройства вегетативной нервной системы.

Цель исследования. Оценить характер, частоту и интенсивность вертеброгенного болевого синдрома, выявить тревожно-депрессивные проявлений и изменение вегетативного тонуса у пациентов с длительными болевыми синдромами.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 46 человек. Выделено 2 группы. В 1-ой группе - пациенты с корешковым болевым синдромом на поясничном уровне (периферической нейропатической болью) - 46 человек, средний возраст 47,3±7,2 лет, из них 24 мужчины и 22 женщины. Во второй группе (контроль) исследовано 10 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста.

Для оценки болевого синдрома применялись общепризнанные методы диагностики - шкалы, позволяющие оценить интенсивность боли и эффективность проводимого лечения - визуально-аналоговая шкала (ВАШ), для определения характера боли - опросник DN4, оценочная шкала нейропатических симптомов и признаков LANSS. Для подтверждения корешковой компрессии проводились инструментальные исследования: ЭМГ и МСКТ.

Состояние вегетативной нервной системы оценивалось при помощи вариабельности ритма сердца в покое и активном ортостазе с помощью прибора ВНС-Спектр. Исследовались показатели дыхательных волн и медленных волн 1-го и 2-го порядка: очень медленные волны 0,04-0,015 Гц (VLF), которые характеризуют колебания концентрации активных веществ в гуморально-метаболической среде, медленные волны 0,15-0,04 Гц (LF) - симпатические воздействия на пейсмекерные клетки синусового узла и быстрые волны 0,4-0,15 Гц (HF) - парасимпатические воздействия, связанные с дыханием.

Результаты исследования. Оценивая результаты опроса - у всех пациентов в 1 группе была выявлена боль нейропатического характера: по шкалам DN4 (более 4 баллов), LANSS (более 12 баллов), ВАШ (6 баллов). При нейрофизиологических исследованиях МСКТ и ЭМГ - верифицирована корешковая компрессия.

По данным вариабельности ритма сердца: в фоновой пробе у пациентов с периферической нейропатической болью показатели очень медленных волн (VLF), составили 801±89 в отличие от контрольной группы 1248±214, $p<0,05$, медленных волн (LF) - 611±89, контроль 1112±447, $p<0,05$, и дыхательных волн (HF) - 803±119 контроль 1346±512 соответственно, $p<0,05$. Общая мощность спектра вариабельности сердечного ритма (TP) 2216±280 в отличие от здоровых 3707±256, $p<0,05$.

В ортостазе 1-ой группе VLF 751±89 в отличие от 2-ой группы 1036±214, $p<0,05$, медленные волны (LF) 562±89 контроль 1511±447, $p<0,05$, и дыхательных волн (HF) - 487±119 контроль 1202±512, $p<0,05$, (TP) 1801±241 в отличие от здоровых 3749±349, $p<0,05$.

Выводы.

Состояние нейрогуморальной регуляции в группе пациентов с нейропатической болью

характеризовалось низким уровнем гуморально-метаболических влияний.

Наблюдается уменьшение уровня симпатических и вагальных влияний в модуляции сердечного ритма на фоне снижения общей мощности спектра вариабельности сердечного ритма.

Усов С.А., Ровенских Д.Н.

ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины СО РАМН
НВИ внутренних войск имени генерала армии И.К. Яковлева МВД России
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница N 1
г.Новосибирск, Россия

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ПРИОБРЕТЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ

Под термином «метаболический синдром» (МС) в настоящее время главным образом подразумевается кластерпатогенетически связанных между собой обменных нарушений, включающих абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, нарушения углеводного обмена (сахарный диабет II или нарушение толерантности к глюкозе), дислипидемию. Исследования, посвященные выявлению связи между наличием у пациента МС и развитием острого глубокого флеботромобоза нижних конечностей (ОГФНК) крайне немногочисленны, а результаты их противоречивы.

Цель исследования. Поиск ответа на вопрос: может ли МС расцениваться как одна из разновидностей приобретенной тромбофилии?

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 80 больных с «не спровоцированным» ОГФНК в возрасте от 25 до 59 лет (38 мужчин и 42 женщины, средний возраст 48,3±1,5 лет).В группу контроля включены 580 человек (360 мужчин, 220 женщин, средний возраст 49,9±0,5 лет) без патологии вен нижних конечностей. Наличие МС определялось по критериям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и International Diabetes Federation (IDF).

Результаты исследования. Как по критериям IDF, так и ВНОК МС встречался достоверно чаще в основной группе, чем группе контроля (53,8% vs 28,8% и 41,3% vs 25,0%, соответственно, $p<0,05$) При изучении липидного обмена было выявлено, что гипертриглицеридемия (повышение уровня ТГ $\geq$1,7 ммоль/л) встречалась у 61 (76,2%) больных ОГФНК, что достоверно ($p<0,05$) превышало показатели в группе контроля - 129 (22,2%) обследованных.

Уровень ХС-ЛПНП > 3,0 ммоль/л наблюдался у 38 (47,4%) больных ОГФНК. В группе контроля ХС-ЛПНП плазмы > 3,0 ммоль/л был у 155 (26,7%) обследованных. Снижение уровня ХС-ЛПВП < 1,0 ммоль/л у мужчин; < 1,2 ммоль/л у женщин по критериям ВНОК и IDF выявлено у 35 (43,7%) больных ОГФНК и у 58 (10%) обследованных группы контроля. Все различия статистически достоверны ($p<0,05$). Различий в количестве пациентов с артериальной гипертензией между основной и контрольной группами не выявлено, гипергликемия несколько чаще наблюдалась у пациентов контрольной группы.

Выводы.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что как МС в целом, так и такой его компонент, как дислипидемия (повышенная концентрация ТГ и ХС-ЛПНП и сниженное содержание ХС-ЛПВП), могут считаться вариантом приобретенной тромбофилии и, следовательно, являются факторами риска развития ОГФНК.

Усольцева Е.Н., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОТ ТЯЖЕСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В настоящее время обсуждается высокая прогностическая значимость мозгового натрийуретического пептида у пациентов с острым коронарным синдромом. Однако не ясна его роль у пациентов с инфарктом миокарда и мультифокальным атеросклерозом, наличие которого значимо влияет на прогноз острого коронарного события.

Цель исследования. Оценить зависимость концентрации мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови от характера поражения коронарного и некоронарного бассейнов у пациентов с инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. В течение 2008 года в Кемеровском кардиологическом диспансере функционировал электронный регистр острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Включено 529 больных. Наблюдение за пациентами охватывало госпитальный период и визит в клинику через год.

В рамках настоящего регистра проводилось исследование, оценивающее уровень NT-proBNP, дополнительными критериями включения в которое явились: возраст моложе 75 лет, отсутствие клинически значимой сопутствующей патологии. В течение госпитального периода проводились ультразвуковые исследования для оценки наличия и степени атеросклеротического поражения некоронарных артериальных бассейнов - экстракраниального и артерий нижних конечностей.

Для определения концентрации NT-proBNP на 10-14 дни от момента развития ИМ производили забор крови у обследуемых. В настоящее подисследование включено 177 пациентов; из них 136 (76,8%) мужчин и 41 (23,2%) - женщины. Средний возраст женщин составил 61,3 года, мужчин - 57,3 года.

Результаты и их обсуждение. Всех пациентов с известным уровнем мозгового натрийуретического пептида разделили на 3 группы. Первую группу составили больные с отсутствием атеросклеротического поражения (либо лишь начальными его проявлениями - утолщение КИМ), вторую - с имеющимся стенотическим поражением до 30-50%, и третью - более 50%. При этом не делали акцент на бассейне поражения, т.е. поражено могло быть как коронарное, так и некоранарное русло. Первая группа составила 99 больных, вторая и третья - по 32 пациента. Концентрация NT-pro BNP у больных с ИМ значимо отличалась от таковой в группе контроля (здоровые). Значения концентрации NT-pro BNP у больных второй группы оказались достоверно выше, чем у пациентов первой группы (I - медиана (M)=44,09, межквартильный интервал (МИ) = 20,1-95,4, II - M=54,27, МИ = 17,7-72,8).

Еще более разнились результаты между первой и третей группами: (III- M=49,67, МИ= 23,8-98,2) (p=0,045).

Таким образом, концентрация NT-pro BNP прямо пропорциональна степени атеросклеротического поражения артериального русла. Следующим этапом исследования была оценка пациентов в зависимости от количества пораженных артериальных бассейнов. Сравнение производилось в трех группах.

Первую группу составляли пациенты с поражением одного сосудистого бассейна, вторую - с вовлечением 2 бассейнов, третью - с поражением 3 бассейнов (коронарные артерии, экстракраниальные артерии, артерии нижних конечностей). Учитывали стенотические поражения просвета артерий от 30%. Получены следующие результаты: (I группа - M=44,09, МИ=20,1-95,4; II группа - M= 53,5, МИ = 25,05 -78,5; III группа - M=87,46, МИ= 34,5 - 128,5, p=0,03).

Выводы.

Концентрация натрийуретических пептидов прямо пропорциональна степени

атеросклеротического поражения и зависит от количества пораженных бассейнов. Таким образом, исследование NT-proBNP у пациентов с инфарктом миокарда может быть информативным в плане дальнейшего выявления мультифокального атеросклероза.

Фараджева Н.А.
Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева
г.Баку, Республика Азербайджан

АНТИОКСИДАНТЫЙ ЭФФЕКТ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Центральный механизм патогенеза ХОБЛ - воспалительный процесс стенок бронхов, при котором отмечается усиление процессов ПОЛ и угнетение системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Оксидативный стресс усугубляет дисбаланс протеиназы-антипротеиназы, что способствует экспрессии провоспалительных цитокинов - ИЛ-8 и ФНО-α. Наконец, оксидативный стресс может вызывать обратимую обструкцию бронхов посредством воздействия H_2O_2 на гладкомышечные клетки бронхов. Выраженность воспаления при ХОБЛ и интенсивность процессов ПОЛ угнетают активность системы АОЗ, представленной в организме α-токоферолом, стероидами, биогенными аминами и пр. Дефекты антиоксидантной защиты легких углубляют повреждение мембранных структур тканей, что замыкает порочный круг в патогенезе ХОБЛ и является, наряду с частыми обострениями болезни, другой немаловажной причиной прогрессирующего характера болезни.

Цель исследования. Оценить антоксидантный эффект гелий-неонового лазера при комплексном лечении ХОБЛ.

Было обследовано 60 больных с ХОБЛ со 2-ой (30 больных) и 3-ей (30 больных) стадией болезни (1-я и 2-я группы). Соответственно выделялись подгруппы, получающие только медикаментозную терапию (МТ) и подгруппы, получающие сочетание МТ с эндобронхиальным лазерным облучением (ЭЛО). Средний возраст больных 40,9±1,3 года. Контрольной группой были 30 практически здоровых лиц.

В качестве базисной МТ в соответствии с тяжестью болезни применяли β_2-агонистов короткого и пролонгированного действия, топические стероды, антибактериальные препараты - защищенных аминопенициллнов, респираторных фторхинолонов, макролидов и др.

ЭЛО проводилось во время сеанса бронхоскопии с помощью лазерной установки ЛГ-111, с монохроматическим излучением красного спектра длиной волны 0,69 мкм и мощностью до 20 мВт (гелий-неоновый лазер). Доза облучения за сеанс колебалась от 2,1-3,0 Дм. Облучались бифуркация трахеи, междолевые шпоры и устья бронхов 1-х 5 градаций. Курс лечения при 2-ой стадии ХОБЛ составил 8, а при 3-ей стадии - 10 сеансов с интервалом в 2-3 дня и временем экспозиции луча 5-7 минут.

Процессы ПОЛ оценивали по уровню гидроперекиси липидов (ГПЛ) и малонового диальдегида. Из параметров системы АОЗ определяли концентрацию витамина Е и активность фермента каталазы.

Исследование проводили в 3 этапа: до и в конце 3-й и 6-ой недели от начала лечения.

Результаты проведенного исследования выявили нарушения равновесия в системе ПОЛ-АОЗ в виде активации процессов свободнорадикального окисления и депрессии системы АОЗ. Как при среднетяжелой, так и тяжелой ХОБЛ МТ ни на одном этапе лечения не корригировала параметры исследуемой системы.

И только комплексное лечение, сочетающее МТ с ЭЛО привела к более ранней (конец 3-ей недели) достоверной динамике показателей ПОЛ и системы АОЗ с дальнейшей их коррекцией к концу 6-ой недели (снижения концентраций ГПЛ и МДА, $p<0,01$, и повышения концентрации витамина Е, $p<0,05$), что свидетельствовало в пользу дополнительного мембраностабилизирующего эффекте ЭЛО и позволило рекомендовать данный метод в качестве дополнительной патогенетической терапии больных ХОБЛ.

Федорова Н.В., Кашталап В.В., Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

В настоящее время для прогнозирования течения инфаркта миокарда (ИМ) повышается интерес к биологическим маркерам, отражающим различные процессы патогенеза острого повреждения миокарда, включая патологическое фиброзирование и ремоделирование миокарда. К таковым относится галектин-3, изученный в настоящее время в двух направлениях: как биомаркер опухолевой трансформации и хронической сердечной недостаточности. Значимость галектина-3 у больных ИМ ранее не определялась.

Цель исследования. Оценить клиническую значимость галектина-3 у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST и определить его динамические изменения в течение госпитального периода заболевания.

Материалы и методы исследования. В рамках регистрового исследования, организованного на базе Кузбасского кардиологического центра с 2008 г., обследовано 252 пациента, поступивших с предварительным диагнозом острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Из них 191 (75,8%) пациент был мужского пола и 61 (24,2%) - женского.

Средний возраст пациентов составил 58,6±0,5 лет. У всех больных на 10-14-е сутки ИМ иммуноферментным методомопределялся уровень галектина-3. Референсные значения данного показателя в сыворотке кровисоставляют 0,0-2,28 нг/мл (среднее 0,54 нг/мл).

Из них у 80-и пациентов дополнительно был определен уровень данного маркера на первые сутки заболевания. Оценивались клинико-анамнестические, антропометрические, лабораторные и инструментальные показатели. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft).

Результаты исследования. При оценке уровня галектина-3 у больных ИМ выявлено, что на первые сутки заболевания его концентрация составляла 32,2 (27,9; 43,6) нг/мл, что значимо отличалось от «референсных» значений. При этом в динамике наблюдения на 10-14е сутки значения галектина-3 существенно не изменились и оставались повышенными - 35,9 (25,7; 43,5) нг/мл (p=0,87).

При анализе гендерных особенностей отмечено, что уровни галектина-3 на первые сутки ОКС были значительно (p=0,01) выше у женщин (45,9 (32,2; 52,6) нг/мл), по сравнению с мужчинами (31,8 (27,1; 40,7) нг/мл). Зависимости данного биомаркера от возраста выявлено не было ни на первые сутки, ни на 10-14е сутки заболевания. Анализируя анамнестические данные, выявлена тенденция (p=0,08) к более высоким уровням галектина-3 на первые сутки заболевания у пациентов с артериальной гипертензией и у пациентов, перенесших ИМ.

Также отмечены более высокие уровни галектина-3 на 10-14е сутки заболевания у пациентов с сердечной недостаточностью в анамнезе (26,6 (11,2; 40,1) нгмл), в отличие от пациентов без таковой (11,3 (5,7; 27,6) нг/мл, p<0,01). Обращает на себя внимание повышение уровня изучаемого биомаркера как на первые, так и на 10-14е сутки ОКС у пациентов, имеющих сахарный диабет (СД) 2 типа. Данный показатель на первые сутки у пациентов с СД составил 41,5 (34,2; 54,2) нг/мл, а без СД - 31,8 (27,2; 39,4) нг/мл (p=0,01). На 10-14 сутки - 17,5 (6,9; 40,1) нг/мл и 12,4 (5,5; 28,2) нг/мл соответственно (p=0,05).

Разделив пациентов в зависимости от тяжести острой сердечной недостаточности (ОСН) была выявлена тенденция к большим значениям галектина-3 у пациентов с ИМ и ОСН более II по Killip (p=0,06). Отмечено, что на первые сутки уровень галектина-3 был значимо (p<0,01) выше у пациентов с частотой сердечных сокращений (ЧСС) более 100 ударов в минуту при поступлении и составил 55,2 (49,7; 57,9) нг/мл, vs 31,8 (27,8; 40,7) нг/мл у пациентов с ЧСС менее 100 ударов в минуту. При оценке концентрации галектина-3 в зависимости от араметров

липидограммы выявлено значимое повышение его уровня у пациентов с гиперхолестеринемией (19,1 (7,9; 35,8) нг/мл, vs 9,6 (4,8; 23,6) нг/мл, p<0,01).

Выводы.

Предварительно показана возможность использования галектина-3 для оценки клинической тяжести пациентов с инфарктом миокарда.

Хвостов Е.Д., Свешников И.К.
Шадринский государственный педагогический институт
г.Шадринск, Россия

ТРЕВОЖНОСТЬ - ПЕРВАЯ ЭМОЦИЯ ТРЕВОЖНОГО РЯДА

Оптимальное самочувствие обеспечивает центральная нервная система путем создания определенного уровня возбуждения. Каждому человеку свойственен свой определенный уровень личностной тревожности, как черты характера. При повышенном уровне тревожности человек тяжелее переносит эмоциональный стресс. В необычных ситуациях подключается еще и так называемая ситуационная тревожность разной интенсивности. Если она выше нормы, то снижается способность человека к концентрации внимания и появляется эмоция страха.

Ситуационная тревожность обусловлена проявлениями фрустрации (неприятным напряженным состоянием психики), а также и измененными физиологическими показателями. При высоком уровне ситуационной тревожности механизмы направлены уже на защиту личности от стресс-реакции, так как у человека может быть недостаточно усилий для ее преодоления.

Первой в тревожном ряду стоит ситуационная тревожность. За ней следует эмоция страха. Последняя эмоция в этом ряду - ужас. Основным источником страха у человека служит боязнь болевых ощущений. Страх - мощный психический стрессор, вызывающий глубокие нарушения психомоторных и других функций организма. При нем наблюдается психомоторное беспокойство и активируется симпатическая нервная система. При этих эмоциях часто бывают выраженные вегетативные проявления. Следствием их может быть ухудшение состояния человека, так как повышается секреция норадреналина, действующего на мышцы кровеносных сосудов, в силу чего возрастает АД.

Ситуационная тревожность проявляется озабоченностью, нервозностью, беспокойством, нервным напряжением, наличием чувством вины и страха. Изменяется электрическая активность мышц лица, мозга, функциональное состояние кровеносной и дыхательной систем, активируется вегетативная нервная система, которая в свою очередь воздействует на эндокринную и нервно-гуморальную системы. При таких расстройствах люди теряют равновесие духа, становятся внутренне напряженными и догматичными.

Типична ипохондрия (беспокойство по поводу своего не совсем хорошего состояния, возможности заболеть, появляются жалобы или озабоченность своим физическим здоровьем, так как налицо слабость, утомляемость, неуверенность в себе, задумчивость, угрюмость, раздражительность и беспокойство об оценках при учебе). Люди поглощены своими делами, избегают всего необычного. В таких случаях необходимо усиливать психическую адаптацию к ситуации, в которой человек оказался. Если после снятия стресса ситуационная тревожность уменьшается, значит, адаптация (защита от стресса) оказалась эффективной.

Эмоциональность (высокая энергия эмоций, выразительные жесты, темперамент) и тревожность играет большую роль в адаптации человека к стрессу. Эмоции выступают как механизмы, которые оценивает опасность ситуации, в которой оказался человек, а тревожность выполняет роль ведущего фактора (субъективной) оценки возможностей человека по формированию механизмов защиты. Они реализуются за счет повышения концентрации глюкокортикоидов, усиления синтеза катехоламинов и особенно норадреналина.

Таким образом, тревожность определяет уровень психологической адаптации человека при стрессе.

При преобладании у человека тревожности, страха, депрессии и астении психолог должен создавать 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.

Хуторная М.В., Понасенко А.В., Жидкова И.И., Головкин А.С.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Атеросклероз, как мультифакториальное заболевание, может быть обусловлен генотипом определенных вариантов нескольких генов. Анализ генетических ассоциаций является в настоящее время ведущим подходом при изучении роли генетической составляющей в патогенезе мультифакториальных заболеваний человека. TLR (Toll-подобные рецепторы) и TREM-1 (Триггерный рецептор экспрессируемый на миелоидных клетках-1 типа) являются важными эффекторами врожденной иммунной системы, и полиморфизмы в кодирующих их генах могут влиять на риск развития различных заболеваний, включая и сердечно-сосудистые.

Цель исследования. Оценить взаимосвязи аллельных вариантов генов рецепторов врожденного иммунитета TLR и TREM-1 с риском формирования атеросклеротического поражения сосудов.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 462 пациента, подвергшиеся аортокоронарному шунтированию на базе ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН, г.Кемерово. Контрольную группу составили - 267 условно здоровых жителей Кемеровской области. Выделение геномной ДНК производилось методом фенол-хлороформной экстракции с протеиназой К из цельной венозной крови. Генотипирование проводили по технологии TaqMan с использованием флюоресцентно-меченных праймеров производства Applied Biosystems в формате RT-PCR, по протоколу производителя. Исследовали 16 полиморфных локусов 5 генов (TLR1 (rs5743551, rs5743611), TLR2 (rs3804099, rs5743708), TLR4 (rs4986790, rs4986791), TLR6 (rs3775073, rs5743810), TREM-1 (rs1817537, rs3804277, rs6910730, rs7768162, rs2234246, rs4711668, rs9471535, rs2234237)).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «STATISTICA 6.0». Для оценки соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга использовали критерий $ч^2$ Пирсона. Для попарного сравнения частот генотипов и аллелей между анализируемыми группами использовали критерий $ч^2$ Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. Для оценки риска, предоставляемых определенными аллелями или генотипами, высчитывали отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (95% ДИ).

Результаты и обсуждения. Достоверные отличия по распространенности аллельных вариантов между анализируемой и контрольной группами были найдены по двум маркерным регионам генов TLR: TLR4 (rs4986790) и TLR6 (rs3775073). У лиц, имеющих в генотипе TLR4 (rs4986790) минорную аллель G, как в гомозиготном так и в гетерозиготном состоянии, риск возникновения заболевания возрастает в 2 раза (ОШ=2,05, 95% ДИ=1,32-3,2, p=0,001).

Однако, гомозиготный генотип по минорному аллелю C в полиморфном локусе гена TLR6 (rs3775073) является протективным и уменьшает риск на 40% (ОШ=0.64, ДИ= 0,41-0,99, p=0,048). Анализ по маркерным регионам гена TREM-1 выявил достоверные отличия между анализируемыми группами по четырем локусам: rs9471535, rs2234246, rs1817537e и rs3804277.

При этом выявлено, что наличие минорной аллели C (rs9471535) увеличивает риск развития заболевания в 1,5 раза (ОШ=1,48, ДИ=1,01-2,16, p=0,04). А наличие одной из минорных аллелей: G rs1817537, G rs3804277 или G rs2234246 снижает риск формирования атеросклероза (соответственно ОШ=0,78, 95% ДИ=0,61-0,99, p=0,03; ОШ=0,71, 95% ДИ=0,52-0,99, p=0,04; ОШ=0,78, 95% ДИ=0,61-0,99, p=0,041).

Вывод.

Полиморфные варианты генов рецепторов врожденного иммунитета (TLR и TREM-1) возможно использовать в качестве генов - кандидатов для оценки предрасположенности к формированию атеросклеротического поражения сосудов.

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

ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ПРИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Цель исследования. Изучение электрической активности головного мозга при энцефалопатии сложного генеза у больных гипертонической болезнью (ГБ) II и III степени тяжести.

Были обследованы 40 больных ГБ с длительностью заболевания не менее 5 лет и 17 здоровых пациентов.

Клиническое неврологическое обследование было проведено по общепринятой в неврологических клиниках схеме. Выраженность симптомов оценивалась в баллах по шкале Н.Н. Яхно и соавт. (1998 г.). Нейрофизиологическое исследование проводили с помощью электроэнцефалографа Medelek (Англия).

Методом кластерного анализа выделили 4 группы пациентов. При выполнении кластерного анализа в качестве переменных использовали значения спектральной мощности различных диапазонов частот электроэнцефалограммы (ЭЭГ) по областям.

В качестве метода объединения по группам был применен метод Уорда, в качестве меры расстояния использовали расстояние Чебышева. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программы STATISTICA 5,5a.

Методом кластерного анализа выделили 4 группы пациентов: A, B, C, D. Группа A характеризовалась преобладающей мощностью активности альфа-диапазона во всех отведениях, устойчивостью такого распределения к нагрузочным пробам. В группе D мощность активности альфа-диапазона была достоверно ниже, отличалась негармоничным, неустойчивым распределением.

Отмечалось преобладание медленноволновой активности в задневисочных, теменно-затылочных отведениях, мощности активности бета1- и бета2- диапазонов в затылочной области, более слева, в височной области справа ($p<0,05$). Изменения ЭЭГ в группах B и C занимали промежуточное положение, характеризуясь достоверно менее выраженной медленноволновой и быстрой активностью, чем в группе A. Группы отличались между собой распределением мощности активности альфа-диапазона.

Таким образом, при энцефалопатии у больных гипертонической болезнью выделено 4 типа изменений биоэлектрической активности головного мозга с различной степенью изменений.

Шабалдин Н.А., Журавлева И.А., Ващенкова Т.А.
МБУЗ ДГКБ N 5
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРАНЗИТОРНЫМ СИНОВИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРИОД РАННЕГО ДЕТСТВА

Раннее было показано, что этиология транзиторного синовита связана с вирусными и иерсиниозными инфекциями. Основными диагностическими критериями длявирус ассоциированного транзиторного синовита являются дебют заболевания после перенесенной вирусной инфекции, выраженный суставной синдром при манифестации заболевания, повышение СОЭ, лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз и отсутствие серологических и иммунологических

диагностических критериев хламидийной, иерсиниозной и других бактериальных инфекций.

Поздние проявления смешанной формы иерсиниозной инфекции характеризуется поражение крупных суставов, в том числе и тазобедренных. Уточнение этиологии синовита важно с позиции роли разнообразных тригерных факторов в генезе осложненного течения и исхода в деструктивные формы ТСТС.

Под нашим наблюдением находилось 34 больных, преимущественно мальчики в возрасте от 4 до 7 лет с транзиторным синовитом тазобедренного сустава (ТСТС). Всем проведена декомпрессионная лечебно-диагностическая пункция тазобедренного сустава (ТС). Полученная синовиальная жидкость (СЖ) была подвергнута морфологическому, иммунологическому, вирусологическому и бактериологическому исследованиям. Морфологические и иммунологические исследования синовиальной жидкости позволяют определить степень тяжести локально-воспалительного процесса.

Основным дифференцирующим признаком иерсиниозной инфекции является диагностический серологический титр антител к одному из представителей патогенных иерсиний в сыворотке крови. Исследования выявили 12% больных с диагностическим титром иерсниоза (1/200 и выше). При этом клиника установленного иерсиниозного поражения тазобедренного сустава не отличалась от идеопатическоготранзиторного синовита тазобедренного сустава. С учетом важности верификации каждого случая острого синовита ТС выработана диагностическая и лечебная тактика.

На основе этих данных разработан диферинцированный подход к лечению идиопатического транзиторного синовита тазобедренного сустава. Исходя из этого пациенты с острым поражением тазобедренного сустава проходят расширенный скрининг на вирусные, бактериальные и хламидийные инфекции, включающий в себя как выявление серологических так и ДНК маркеров. При доказанной хламидийной или иерсиниозной инфекции пациенты с острым поражением тазобедренного сустава продолжают этиологическое лечение у врача педиатра или инфекциониста.

Шулыгина Т.Н., Челышева Г.М., Воронина Н.А., Зубченко Н.В.

Зональный перинатальный центр
г.Новокузнецк, Россия

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Влияние неблагоприятных экологических и экономических факторов, применение антибиотиков способствовали увеличению частоты постнатального инфицирования новорожденных. Согласно современным литературным данным в структуре возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных лидирует условно-патогенная микрофлора (УПМ).

В связи с реализацией Национального проекта в здравоохранении России сохранение и укрепление здоровья детского населения являются одними из приоритетных задач социальной политики государства и здравоохранения.

Для оптимизации лечебной тактики появилась потребность создания в каждом регионе реестра наиболее часто встречающихся возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний, в том числе и у новорожденных детей.

Цель исследования. Изучение структуры микробиоценозов различного биологического материала новорожденных на базе родильного дома «Зонального перинатального центра». В течение 2012 года проведен микробиологический мониторинг 823 здоровых (обследование) и с различными диагнозами новорожденных г.Новокузнецка и Юга Кузбасса.

В качестве основного материала использовали смывы с кожи, зева, глотки, ануса, а также по клиническим показаниям - отделяемое глаз, содержимое пупочной ранки, кал и др., что составило 1234 анализа. Идентификацию выделенных микроорганизмов, антибиотико- и фагочувствительность проводили по общепринятым методикам.

У 253 новорожденных (30,8% от числа обследованных детей) в том или ином материале (476 анализов или 38,6% от всего числа анализов) условно-патогенная микрофлора

отсутствовала. Чаще всего отрицательные анализы наблюдались при обычном обследовании (88,3% от числа всех отрицательных анализов), меньше у недоношенных (2,5%), РДС (2,3%), ВУИ и повторном обследовании (по 1,9%). Наиболее «чистым» являлся материал, взятый из пупочного катетера, желудка, ликвор, мокрота.

В посевах различного биоматериала УПМ были выделены у 570 новорожденных (69,2% от числа всех обследованных детей), при этом количество положительных анализов составило 758 или 61,4% от числа всех проведенных анализов. Только в 58,0% от числа положительных анализов микроорганизмы выделялись в монокультуре, а в остальных случаях (42,0%) - в ассоциациях, причем микробные ассоциации состояли в основном из двух видов (95,5% от числа всех ассоциаций), в 3,7% - из трех видов и в 0,8% - из четырех культур.

Среди 23 видов моновозбудителей на грам(+) приходилось 52,2%, грам(-) - 39,1%, грибы - 8,7%. По количеству выделенных штаммов каждого вида также преобладала грамположительная микрофлора (64,2% от всех положительных анализов); грам(-) штаммы составляли 33,7%, грибы - 2,1%.

Наибольшее число штаммов среди грам(+) микроорганизмов приходилось на Staph. epidermidis (77,4%) и Staph. saprophyticus (15,3%). Среди грам(-) штаммов преобладали Klebsiella pneumoniae (58,8%) и НГОБы: Stenotr. maltophilia, Pseud. aeruginosa (15,2%). Среди грибов преобладали штаммы Candida albicans (80%). Большинство УПМ были выделены при обследовании, включая повторные, и ВУИ (90,6% исследований).

В ассоциациях с двумя возбудителями были обнаружены 34 различных сочетания, образованных 25 видами УПМ, из них наиболее часто выделя-лись комбинации Klebsiella pneumonia + St. epidermidis или St. saprophyti-cus, E. coli + St. epidermidis при первичном и повторных обследованиях (95,7%) из ануса, зева и желудка. В целом, наиболее колонизированными УПМ оказались кал (92,3% анализов данного материала), раневое отделяемое (75%), зев (78,0%), анус (68,8%), глотка (64,7%).

Таким образом, лидерами микробной колонизации новорожденных являются такие виды, как Staph. epidermidis, Staph. saprophyticus, Klebsiella pne-umoniae и НГОБы (виды псевдомонад) как в монокультурах, так и в ассоциациях.

Шулыгина Т.Н., Челышева Г.М., Воронина Н.А., Зубченко Н.В.
Зональный перинатальный центр
г.Новокузнецк, Россия

РОЛЬ КЛЕБСИЕЛЛ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Клебсиеллы являются представителями нормальной микрофлоры человека и в определенных количествах обитают на слизистых оболочках носа, рта и кишечника здоровых людей. В то же время, клебсиеллы могут вызывать воспаление легких и ряд гастроэнтерологических заболеваний. Клебсиеллезные кишечные инфекции с трудом поддаются антибактериальной терапии в связи с природной устойчивостью клебсиелл ко многим антибиотикам и могут вызывать поражение всего ЖКТ.

Дети раннего возраста, имеющие физиологический иммунодефицит, а также новорожденные с неблагоприятным преморбидным фоном (недоношенные, родившиеся в состоянии тяжелой асфиксии, перенесшие родовую травму, с внутриутробными инфекциями), высоко восприимчивы к клебсиеллезу. Основное значение имеет внутрибольничное заражение контактно-бытовым и пищевым путями.

Так, было показано, что одной из особенностей микробиоценоза кишечника медперсонала является высокая частота колонизации слизистой толстого кишечника (до 20%) представителями рода Klebsiella, что, при несоблюдении гигиенических мероприятий, может привести к контаминации кишечника новорожденных данными бактериями.

Цель исследования. Изучить частоту дисбиозов кишечника, связанных с наличием клебсиелл и их антибиотикочувствительность, у детей с различными клиническими показаниями.

На базе Зонального перинатального центра (ЗПЦ) проведен анализ лабораторных

исследований последних двух лет микробиоценоза толстой кишки детей различного возраста (от 20 дней до 18 лет). Бактериологическое исследование фекалий и оценку качественного и количественного состава микрофлоры проводили в соответствии с ОСТ 91550.11.0004-2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». Дополнительно определяли кислотность фекалий и наличие в них тканевого белка. Для идентификации выделенных микроорганизмов, определения чувствительности и статистической обработки результатов использовали общепринятые методы.

Анализ результатов показал, что дисбиотические отклонения обнаружены у 344 детей, при этом колонизация слизистой кишечника клебсиеллами наблюдалась в 25,0% случаев (n=86). В титрах, превышающих допустимые значения нормы (104 и более), клебсиеллы высевались в 91,9% (n=79).

Преобладающим видом являлась Klebsiella pneumoniae (91,9% от числа выделенных штаммов клебсиелл). В 7,0% случаев выделялась Klebsiella oxytoca и в 1,1% - Klebsiella terrigena. Большей частью клебсиеллы выделялись при СРК (39,5%), кожных заболеваниях (атопический дерматит, крапивница и другие аллергические реакции) - 19,8%, инфекциях ЖКТ (колиты, дисфункция, мальабсорбция и др.) - 18,6%.

Частота выделения клебсиелл у мальчиков была в 1,8 раза выше (n=56), чем у девочек (n=30), причем в группе мальчиков до 1 года клебсиеллы выделялись в 51,8% исследований (n=29), а у девочек только в 23,3% (n=7) и в большинстве случаев в возрасте до 7 месяцев: 79,3% у мальчиков и 100% у девочек.

В целом на дошкольный возраст у мальчиков приходилось 87,5% культур клебсиелл, у девочек - 76,7%. В 70,9% анализов клебсиеллы выделялись в ассоциациях с другими потенциально-патогенными микроорганизмами: E. Coli (Lac-), E. Coli (Hly+), Staphylococcusspp. (Hly+), УПЭ (Citrobacter freundii, Proteus mirabilis, Enterobacter cloaceae), НГОБы (Pseud. aeruginosa, Sten.maltophilia), Candida spp. И Clostridium spp.

Отмечалась низкая частота обнаружения бифидобактерий в норме, которая составила всего 19,8%, в то время как лактобактерий - 64,0%. Тканевой белок был обнаружен в 65,1%.

Наиболее эффективными в отношении клебсиелл были ципрофлоксацин (чувствительны 91,9% всех изученных штаммов), цефтазидим, цефоперазон и амоксиклав (87,2%), хлорамфеникол (86%), цефотаксим, цефтриаксон и амикацин (84,9%). Низкая чувствительность клебсиелл наблюдалась к ампициллину (34,9%) и клебсиеллезному бактериофагу (17,4%).

Шурупова Н.Н., Размахнина Е.М., Денисова Е.Ю., Мазепина Т.А. Ивлева И.Н.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
МБУЗ «Детская клиническая больница N 7»
МБОУ Центр диагностики и консультирования
г Кемерово, Россия

ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА И НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Растет число речевых расстройств, связанных с аномалиями органов артикуляции, поэтому актуальность проблемы предупреждения, ранней диагностики и их эффективного лечения возрастает.

Цель исследования. Получить данные о прямой связи произносительных расстройств с коррекцией анатомических деформаций периферического аппарата речи у младших школьников консервативным путем.

Материалы и методы исследования. Данные исследования были получены во время комплексного стоматологического обследования школьников (492 чел) в возрасте от 7 до 10 лет в МБОУ средняя общеобразовательная школа N 35 за период 2007-2013 гг.

При определении ранних признаков аномалий применялся «Алгоритм клинического обследования» (Н.Г. Снагина, 1978 г.). Неправильное положение зубов и изменения формы зубных рядов определяли по классификации Д.А. Калвелиса (1957). Звукопроизношение

оценивалось по Т.А. Фотековой педагогом-психологом. Результаты статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. В ходе настоящего обследования у 386 (78,4%) детей диагностированы: мелкое преддверие полости рта у 162 (41,9%), дистальный прикус, сочетающийся с укороченной уздечкой языка у 93 (24,1%), ротовое и смешанное дыхание у 109 (28,2%), ротовое и смешанное дыхание, сочетающееся с вертикальными зубочелюстными аномалиями и дистальной окклюзией у 47 (12,1%), укороченная уздечка языка (подъязычная связка) 51 (13,2%), сильная уздечка верхней губы (укороченная малоподвижная верхняя губа) у 36 (9,3%), отсутствие физиологической стираемости режущих краев бугров временных и клыков и моляров у 28 (7,2%), ранняя потеря временных зубов без протезирования - дефицит вертикальной и горизонтальной поддержки, смещение соседних зубов 94 (24,3%), мезиальный прикус у 22 (5,6%).

На основе общности выраженных отклонений от норм в строении артикуляционного аппарата и структуры нарушений (артикуляционно-фонетическая дислалия) устной речи скомплектована группа детей (339 чел), для последующего лечения.

Хирургическое лечение аномалий прикрепления верхней и нижней губы, языка и зубодесневых связок требовалось 331 (86%) детей. В 1-ой группе - 223 (58%) человека - без устранения аномалий органов артикуляции (дети, родители которых отказались от хирургического вмешательства), 2-ая группа - 163 (42%) дети, которым была проведена хирургическая коррекция. У всех детей в этих группах проводился дифференцированный логопедический массаж языка и артикуляционная гимнастика (растягивание подъязычной связки).

Оценивая коррекционную результативность хирургического лечения на фоне проведения логопедических занятий: в 1-й группе у 195 (87,6%) детей без устранения аномалий органов артикуляции звуки, которые поставил логопед, не автоматизируются, артикуляционный уклад при произношении звуков не закрепляется, и не используются в самостоятельной речи ребенка, во 2-й группе - 152 (93,8%) детей к концу учебного года нарушения звукопроизношения минимизировались.

Выводы.

В связи с неэффективным консервативным лечением аномалий органов артикуляции включать в диагностический стандарт первичного обследования у логопеда - заключение детского стоматолога, осуществлять двухстороннюю связь хирурга-стоматолога, врача-ортодонта и логопеда.

Мозговая С.В., Черепанова Е.В.
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кемеровской области»
г.Кемерово, Россия

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ ПРЕПАРАТОМ «ПЕЛОИД»

Хронический тонзиллофарингит относится к наиболее распространенным заболеваниям верхних дыхательных путей в различных возрастных группах. Так как данной патологией занимаются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры, врачи общей врачебной практики, точная статистика отсутствует. Причиной тонзиллофарингита чаще бывает вирусная инфекция, которая в дальнейшем сменяется бактериальной. Развитию тонзиллофарингита способствуют иммунодефицитные состояния, различные заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринные заболевания, гиповитаминоз А, С, а также тяжелые соматические заболевания, повышенная загазованность и запыленность воздуха.

Современные подходы к лечению острых и хронических заболеваний глотки учитывают комплексное применение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Основными препаратами для этиотропной терапии продолжают оставаться антибиотики. Но с другой стороны их применение не всегда обосновано и рационально и часто обуславливает появление резистентных штаммов, присоединение грибковой патологии, увеличивает иммуносупрессию. В настоящее время чаще стали использовать иммуномодулирующие средства. Однако частое и необоснованное их применение приводит к усилению иммунодефицита, и как следствие -

более частые и продолжительные обострения тонзиллофарингита.

Целью настоящей работы явилась оценка клинической эффективности препарата «Пелоид» в комплексной терапии больных с острым и обострением хронического тонзиллофарингита.

В состав средства для ингаляций «Пелоид» включает богатый комплекс биологически активных минеральных и органических соединений (сульфиты, хлор, натрий, гидрокарбонаты, калий, кальций, бром, бор, кобальт, марганец, железо), рапы соленых озер Сибири.

Действие «Пелоида» на слизистую оболочку связано с наличием в нем широкого спектра биологически активных компонентов. Хлористый калий повышает активность мерцательного эпителия; хлористый натрий играет большую роль в осмотических процессах; кальций и магний уменьшают воспалительные процессы; йодистый натрий повышает секрецию и разжижает вязкую и густую слизь. Таким образом, средство оказывает комплексное противовоспалительное и отхаркивающее действие.

Материалы и методы исследования. В клинико-лабораторное исследование были включены 30 пациентов, из них 10 человек с острым и 20 человек с обострением хронического тонзиллофарингита (основная группа). Эти пациенты получали «Пелоид» в виде ультразвуковых ингаляций, 1 раз в день курсом 7-10 процедур - с острой патологией, местно: промывание миндалин раствором антисептиков курсом 7-10 процедур ежедневно - с обострением хронического процесса.

Больным контрольной группы 30 человек (12 человек - с острым, 18 человек - с обострением хронического тонзиллофарингита) проводилось промывание миндалин с растворами антисептиков и полоскание горла растворами антисептиков 7-10 дней.

До начала лечения всем пациентам проводилась мезофарингоскопия, сбор анамнеза и жалоб больных. Оценка проводилась по сенсорно-аналоговой шкале (по каждому симптому в баллах, где 0 - отсутствие симптомов, а 10 - максимальная величина). Дополнительно - микробиотическое исследование мазков с задней стенки глотки.

Результаты исследования. До начала исследования мазков выраженность всех симптомов как объективных, так субъективных у пациентов основной и контрольной групп была примерно одинакова. Основными жалобами были: боли в горле, ощущение саднения, жжения, дискомфорта, сухости в горле, образование некротических масс в миндалинах, ухудшение общего состояния. При фарингоскопии: выраженная гиперемия и отечность задней стенки глотки и небных миндалин, гранулы и отделяемое на задней стенке глотки.

На фоне проводимой терапии около 80% пациентов в основной группе, принимавших «Пелоид» в виде ингаляций, уже в течение первых суток отметили уменьшение болевых ощущений в глотке. Полное исчезновение болевого симптома отметили 86% пациентов на 3 день от начала лечения. В контрольной группе - в 30% пациентов на 2-3 день улучшение, полное исчезновение жалоб на 5-6 день лечения. При фарингоскопии: отечность и гиперемия слизистой глотки исчезли на 4-5 день в основной группе и 8-10 день в контрольной группе. Исчезновение налета и отделяемого на задней стенке глотки наступило на 4-5 день в основной группе и на 8-10 день в контрольной группе.

Полное исчезновение явлений воспалительного характера в глотке после проведенного курса лечения в основной группе 93%, а в контрольной 60%. Микробиологическое исследование показало восстановление нормального микробиоценоза слизистой оболочки глотки после лечения препаратом «Пелоид» у 21 пациента (89%) из основной группы и у 12 пациентов (40%) из контрольной группы, в течение месяца после начала лечения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достоверной эффективности препарата «Пелоид» в лечении тонзиллофарингита. Все пациенты, принимавшие препарат «Пелоид» в виде ингаляций, отмечали хорошую переносимость препарата.

Побочный эффект в виде сухости задней стенки глотки был отмечен у 1,5% пациентов, с уменьшением концентрации препарата побочный эффект исчез.

В течение 2-х месяцев после окончания лечения отмечено возникновение рецидива: в основной группе - 3,5%, а в контрольной группе - 16%. У большинства пациентов с хроническим тонзиллофарингитом, принимавших ингаляции с препаратом «Пелоид», отмечалось уменьшение признаков тонзиллита исчезновение или уменьшение количества казеозных масс в лакунах, уменьшение объема миндалин, что свидетельствует о профилактической направленности препарата.

Выводы.

Результаты исследования клинического применения препарата «Пелоид» в амбулаторной практике подтвердили эффективность препарата в комплексном лечении острых и хронических тонзиллофарингитах, что подтверждается полученными клиническими данными.

Как показало лечение, препарат «Пелоид» хорошо переносится пациентами, побочные эффекты минимальны и легко устранимы.

ВНИМАНИЕ!
НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ПОЛИТРАВМА»!

Научно-практический рецензируемый с экспертной оценкой журнал «Политравма» предназначен для специалистов, научных работников и руководителей органов здравоохранения.

Тематика журнала: фундаментальные и прикладные теоретические, клинические и экспериментальные исследования, лекции по травмам, 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. СПО-1	Почта России											
	АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА»							42358 (индекс издания)				
	(полное название 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	месяц	число	42358 (индекс издания)								
	«Политравма»											
	(полное название издания)											
	Стоимость	подписки		руб. коп.			Количество комплектов					
		переадресовки		руб. коп.								
	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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Володин В.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

АМНИОТИЧЕСКАЯ МЕМБРАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ БРЮШИННЫХ СПАЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Экспериментальные работы и клинические наблюдения показали, что чаще всего после операции брюшинные спайки формируются в местах повреждения париетальной и висцеральной брюшины. В профилактике образования спаек перспективным считается применение во время операции временных барьерных средств, которые могут быть в виде геля или мембран (мембрана Гора, интерсид). С этих позиций представляет интерес человеческая амниотическая мембрана (АМ), которая отвечает предъявляемым к барьеру требованиям.

Цель исследования. В эксперименте изучить адгезиопротекторные возможности АМ.

Материалы и методы исследования. АМ заготавливалась и обрабатывалась в тканевой лаборатории областной клинической больницы. В эксперименте на 50 крысах создавалась модель висцеро-париетальных сращений путем стандартного повреждения париетальной брюшины и брюшины слепой кишки. Поврежденная париетальная брюшина затем укрывалась АМ, которая насыщалась верапамилом, лангидазой, хлоргексидином для усиления противоспаечного эффекта.

Сравнивали 5 групп по 10 животных в каждой: группа без АМ (контроль); группа с АМ без насыщения; группы с насыщением верапамилом, лангидазой, хлоргексидином. Крысы выводились из эксперимента по 2 из каждой группы через 7, 14, 21, 28, 35 дней. Количественная оценка спаечного процесса в баллах проводилась по методике А. В. Воробьева, А. Г. Бебурашвили (2001 г.).

Результаты исследования. В контрольной группе экспериментального исследования у всех животных (100%) выявлены различные висцеро-париетальные сращения в зоне травмы брюшины. У животных, которым применялась АМ, насыщенная хлоргексидином, спаечные сращения отсутствовали лишь у 20% крыс.

В группах с АМ, насыщенной лангидазой и верапамилом барьерная эффективность АМ составила по 60%. Лучшая эффективность выявлена в группе с применением АМ в чистом виде - спайки отсутствовали у 70% крыс. Количественная оценка спаечного процесса в контрольной группе составила10,8±4,7 баллов и в основной 3,7±1,4 балла ($p<0,05$). АМ полностью рассасывалась к концу месяца после ее имплантации.

Выводы.

АМ, обладая достаточно хорошим адгезиопротекторным эффектом, позволяет существенно уменьшить развитие послеоперационных висцеро-париетальных сращений.

Ким Л.Б., Путятина А.Н.
ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

СОДЕРЖАНИЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ОРГАНАХ МЫШЕЙ ЛИНИИ BALB/c В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Локальная регуляция метаболизма внеклеточного матрикса органов обеспечивается взаимодействием системы матриксные металлопротеиназы /тканевые ингибиторы ММП (ММП/ТИМП). Как правило, при патологических ситуациях наблюдается сдвиг в сторону активации ММП при сохранной или сниженной активности ТИМП. Поскольку патологические процессы в органах происходят на фоне изменений, связанных с онтогенезом, то вклад возрастного фактора имеет большое клиническое значение. Изучение механизмов регуляции

активности ММП в отдельных органах возможно в эксперименте на животных в разные возрастные периоды.

Цель исследования. Выявление возрастных особенностей в содержании ТИМП в сыворотке крови и органах мышей самцов линии BALB/c.

Материалы и методы исследования. В работе использовали мышей самцов линии BALB/c (n = 20), полученных из питомника НИИ иммунологии СО РАМН (г.Новосибирск, Россия). Мышей выводили из эксперимента в возрасте в 2, 6 и 12 месяцев путем дислокации позвонков в шейном отделе. После декапитации у мышей собирали кровь для получения сыворотки, выделяли и взвешивали органы (печень, легкие, селезенку). Гомогенаты органов подвергали замораживанию при - 70°С для последующего исследования.

Концентрацию ТИМП-1 и ТИМП-2 в сыворотке крови и гомогенатах органов определяли с помощью коммерческих наборов ИФА для мышей (Ray Biotech, Mouse TIMP-1 ELISA Kit, Mouse TIMP-2 ELISA Kit, USA). Оптическую плотность оценивали при 450 нм с использованием планшетного ридера Stat Fax-2100 Microplate Reader (Awareness Technology Inc.) ФГБУ «НИИ биохимии» СО РАМН.

Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ Statistica v. 10,0 (Stat Soft Inc., 2011 г.).

Результаты исследования. В сыворотке крови, печени и легких мышей в 2-х месячном возрасте отмечено максимальное содержание ТИМП-1, связанное с активацией метаболизма основных компонентов внеклеточного матрикса, характерной для этого возраста. Начиная с 6-и месяцев, содержание ТИМП-1 в этих органах снижалось. При этом в селезенке высокое содержание обнаружено позже - в 6-и месячном возрасте.

Иная динамика получена при изучении содержания ТИМП-2. Максимальное его содержание было в печени и селезенке у 2-х месячных животных, а в сыворотке крови и легких оно постепенно увеличивалось, достигая максимума в 12-и месячном возрасте.

Обнаруженная разнонаправленная динамика ТИМП-1 и ТИМП-2, возможно, связана с различной активностью ММП определенного типа в изучаемых органах. По-видимому, эффективность ингибирования ММП тканевыми ингибиторами отражается на интенсивности развития возраст-обусловленного интерстициального фиброза органов животных.

Выводы.

Содержание ТИМП-1 и ТИМП-2 в сыворотке крови и органах мышей линии BALB/c изменяется разнонаправлено с увеличением возраста, что, видимо, обусловлено необходимостью поддержания активности ММП на физиологическом уровне.

При выполнении работы использовали оборудование ЦКП «Современные оптические системы» ФГБУ «НЦКЭМ» СО РАМН в рамках ГК N 16.522.11.7057.

Костюченко Е.В.
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
г.Киев, Украина

АПОПТОЗ СТАРЕЮЩИХ КЛЕТОК. ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ СТАРЕНИЯ

В настоящее время известно, что соматические полностью дифференцировавшиеся клетки способны к ограниченному числу делений, то есть подчиняются лимиту Хейфлика. Это объясняется тем, что хромосомы таких клеток имеют на своих концах теломеры (одноцепочечную ДНК), которая с каждым делением укорачивается на 300-400 нуклеотидов. Так как теломеры играют решающую роль в стабилизации хромосом во время репликации, их отсутствие останавливает митоз. Исключением являются половые клетки, стволовые тотипотентные клетки, а также клетки злокачественных опухолей, способные делиться неограниченное число раз.

Это явление получило объяснение экспериментами Гридера и Блэкбэрна, которые в 1985 году выделили из таких клеток теломеразу, способную компенсировать укорочение хромосом, достраивая в них нуклеотиды (теломеры). Теломераза - рибонуклеопротеиновый комплекс,

содержащий матрицу для синтеза теломерных повторов ДНК. Иначе говоря, теломераза является обратной транскриптазой.

Остановка клеточного деления - это тревожный сигнал для генетических программ клеточной безопасности. В клетке, получившей определенное повреждение, активируются гены (p21, p53), которые блокируют митоз в G1 и G2. Остановка митоза в клетках, достигших лимита Хейфлика, по принципу обратной связи вызывает активацию гена p53 и выработку белка p53, индуцирующего апоптоз.

Все клетки со временем медленно теряют маркеры репрессированного хроматина, что может быть связано с дифференцировкой клеток в организме. Утрата маркеров репрессии рано или поздно должна приводить к дерепрессии дремлющих транспозонов, соответственно, к росту количества вызванных ими повреждений ДНК с последующей активацией клеточных системы репарации ДНК. Последние, помимо участия в восстановлении ДНК, вызывают и несанкционированные рекомбинации в теломерах. В результате протяженные участки теломерной ДНК преобразуются в кольца и теряются, а теломеры укорачиваются на длину утраченной кольцевой ДНК. Данный процесс ускоряет утрату теломерной ДНК в десятки раз, а последующий апоптоз большинства клеток и предопределяет старение как биологическое явление.

Предложенная теория является альтернативой гипотезе о генетически запрограммированном старении и гипотезе о старении как следствии накопления ошибок и повреждений, объясняет механизм ускорения утраты теломер в случае окислительного стресса и повреждений ДНК, а также взаимосвязь старения и возникновения опухолей.

Начева Л.В., Степанова М.Г., Нестерок Ю.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России г.Кемерово, Россия,
Донецкий Национальный медицинский университет, г.Донецк, Украина

МОРФОЛОГИЯ И ГИСТОХИМИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЛИМОМ ЗОЛОТИСТЫХ ХОМЯКОВ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ОПИСТОРХОЗОМ

Разработка новых эффективных методов лечения остается одной из актуальных проблем и требует нового решения, предусматривающего использования современных подходов и современных медицинских технологий (Поддубная О. А., 2010 г.). Для лечения описторхоза сегодня используется эффективное (85,5%) растительное средство экорсол (Мозжелин М. Е., Кадуков Д. В., 2001 г.) и разработан растительный препарат эрлим (Турьянов М. Х., Погорельская Л. В., Калинина А. А., 2005 г.).

Эрлим - это сбалансированный противопаразитарный комплекс, в состав которого включены ингредиенты, способствующие нормализации работы пищеварительной системы. Это такие известные своими оздоровительными свойствами растения, как пижма, имбирь, тысячелистник, корень одуванчика, хвощ полевой. Препарат Эрлим получен благодаря технологически разработанному методу вакуумной сушки и криогенного измельчения. Химический состав пижмы действует на зрелые и промежуточные стадии более 100 видов паразитов, а также на яйца и личинки. Противопаразитарный эффект усиливает имбирь, растворяющий паразитов и их яйца.

К сожалению, мало изучена морфология печени после воздействия эрлима, что и послужила целью наших исследований.

Цель исследования. Изучить морфологию и гистохимию печени золотистых хомяков после лечения описторхоза в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Производитель эрлима: ООО «Ростовская фармацевтическая фабрика» (ТУ 9197-001-77354567-06). Эрлим (регистрационное свидетельство 77.99.23.3.У.5726.6.09 от 09.06.2009 г.) является фитопрепаратом. Золотистых хомяков заражали в дозе 100 метацеркариев на одну особь (м/о), через три месяца (90 суток) проводили лечение эрлимом, через 14 дней после лечения экспериментальных животных вскрывали. Органы забирали при вскрытии животных и сразу помещали в фиксаторы. Все

инвазированные описторхами хомяки были разделены на 2 группы: 1 - до лечения; 2 - после лечения эрлимом (0,023 г/кг массы тела животного в течение 5 суток). Материал обрабатывался по общепринятой гистологической технике, парафиновые срезы, толщиной 5-6 мкм, окрашивали следующими методами: гематоксилин-эозин; по Маллори; альциановым синим (АС) на наличие гексозаминогликанов; Шик-реакция по Мак-Манусу на гликоген.

Результаты и обсуждение. Дистрофические процессы в печени после лечения эрлимом проявлялись реакцией компенсации нарушенного внутриклеточного метаболизма, которая была связана с морфологическими перестройками клеток, клеточных сообществ или популяций. Клеточные дистрофии носили обратимый характер; снижалась выраженность «баллонной» дистрофии. Явления вакуолизации гепатоцитов в печени были значительно снижены. Гепатоциты приобретали нормальную полигональную форму и базофильность ядер, наблюдалось восстановление трабекул. Определялась митотическая активность гепатоцитов (наличие четко хроматин контурируемых двуядерных клеток).

Наблюдали повышение тканевой реактивности и усиление тинкториальных свойств гепатоцитов. Синусоиды не были расширены. Гиалиноз в межклеточных пространствах в печени не обнаруживали. Гепатоциты имели небольшое количество неравномерно распределенного гликогена в виде зерен, явление углеводной дистрофии в целом снижалось. Некробиотические явления в ткани печени не выявлялись. В междольковых пространствах и в области триады печени соединительнотканные волокна были в виде тонких тяжей, фиброзные изменения не определялись. Капиллярная инъекция ослаблена. В клетках печени выявлялись зерна гликогена разной величины, располагающиеся хаотично в цитоплазме гепатоцитов, межклеточных пространствах и вдоль перегородок долек печени. Гистохимическая реакция с АС показала, что после лечения сохранялись изменения в желчевыводящих протоках печени, которые были выражены аденоматозными структурами. Апикальная часть эпителия протоков и аденоматозных образований проявляли альцианофилию. В некоторых местах просвета главного желчевыводящего протока встречали погибших описторхов.

Эпителий главного желчного протока печени золотистого хомяка проявлял альцианофилию вокруг погибшего паразита, что указывает на сохранение после действия антигельминтика защитной зоны, барьера снижающего токсический эффект.

Выводы.

Результаты исследования показали, что со стороны ткани печени проявлялись реакции регенераторного плана, что указывает на эффективность препарата. Гистохимические методы окрашивания подтвердили восстановление тканевой реактивности хозяина в экспериментальном описторхозе.

Ходыревская Ю.И., Кудрявцева Ю.А., Твердохлебов С.И.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМОХИМИЧЕСКОЙ МОДИФИКАЦИИ НА ГИДРОФОБНЫЕ СВОЙСТВА ПРОТЕЗОВ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Современная реконструктивная хирургия сердца и сосудов немыслима без полимеров. Известно, что они должны обладать биологической совместимостью, иметь желаемую физическую структуру, не вызывать образования тромбов на поверхности при контакте с кровью и пр. Однако идеальных в этом отношении протезов пока нет. Плазменные методы воздействия на поверхность полимера могут изменять его контактные свойства. Как правило, улучшение или ухудшение контактных свойств полимеров под воздействием плазмы связано с очисткой поверхности от загрязнений, образованием полярных групп различной химической природы, обеспечивающих определенные свойства модифицированных поверхностей.

Цель исследования. Изучение поверхностных свойств полимерных кардиопротезов после плазмохимической модификации.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе использовали полимеры

молочной кислоты, капролактона и полигидроксибутирата с различной молекулярной массой. Трубчатые и пленочные образцы изготавливали методом электроспиннинга при следующих условиях: расстояние между коллектором и иглой - 15 см; напряжение на игле - +22 кВ; время изготовления - 4 часа.

Плазменную обработку экспериментальных образцов проводили на разработанной лабораторией N 1 ИФВТ ТПУ электродной системе с предыонизатором в плазме озона в двух режимах работы генератора. В первом режиме энергия в импульсе составила 0,1 Дж при частоте следования 350 ГЦ, во втором - 0,4 Дж при частоте следования 1000 Гц. Длительность одного импульса равна 100 нс, напряжение на электродах - 20 кВ для обоих режимов. Эксперименты по определению смачиваемости и свободной энергии поверхности (СЭП) проводили с помощью прибора DSA20 (EasyDrop). На каждый образец наносили по три капли воды и три капли глицерина объемом 3 мкл.

Результаты исследования. Оптимальной концентрацией полимера в растворе для изготовления протезов для сердечно-сосудистой хирургии является 6-8%. при увеличении содержания полимера в растворе гидрофильные свойства кардиопротезов снижаются. Однако, малое содержание полимеров также не дает достаточные значения показателей высокой смачиваемости, поверхность является гидрофобной. Средний контактный угол составляет 135°С. Динамика изменения краевых углов смачивания водой полимолочной кислоты показывает, что при малом времени обработки ее гидрофильность значительно снижается. При увеличении времени воздействия разряда на образец наблюдали постепенное увеличение гидрофильных свойств полимера. Данные о полной свободной энергии поверхности свидетельствуют о ее снижении за счет уменьшения полярной компоненты.

Проведенные исследования показали, что с увеличением времени обработки образцов в плазме кислородсодержащих газов гидрофильные свойства возрастают. Полная свободная энергия поверхности, состоящая из дисперсной и полярной компонент, снижается. Возрастание дисперсной составляющей обусловлено увеличением шероховатости поверхности, появлением микрорельефа. Изменение полярной компоненты объясняется изменением числа полярных групп, электрических зарядов и свободных радикалов.

Выводы.

При изготовлении протезов, предназначенных для сердечно-сосудистой хирургии, необходимо учитывать их контактные свойства. Управляя мощностью импульса разряда и временем обработки поверхности в плазме атмосферного газового разряда, можно получить гидрофильную или гидрофобную поверхность в зависимости от поставленных задач.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ

Грачев О.Н.
МБУЗ «ДГКБ N 5»
г.Кемерово, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАНШЕТНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ И СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ

В современной практике работа с медицинской историей болезни строится по двум вариантам:

1. Рукописная история.
2. Компьютерный вариант истории болезни.

Оба варианта являются не совсем комфортными для врачей в момент обхода пациентов. Пачка рукописных историй может иметь внушительный размер и вес, поиск информации в ней не оперативен. Недостаток варианта с компьютерной историей болезни в том, что необходимо быть привязанным к стационарному компьютеру.

В докладе представлено описание технологии работы с медицинской историей болезни на планшетных компьютерах. Для ускорения идентификации пациента используется наручные браслеты. На браслеты наносится QR-код и ФИО пациента. В QR-коде зашифрована информация для однозначной идентификации пациента в базе медицинской системы. Планшетный компьютер фотографирует QR-код и расшифровывает его, затем обращается по wi-fi сети к истории пациента.

Целью внедрения данной технологии было:

1. Повышение мобильности врача при работе с историей болезни.
2. Ускорение идентификации пациента.
3. Уменьшение количества ошибок при вводе истории болезни.

Оборудование и применяемое программное обеспечение. Для печати браслетов используются термопринтеры марки TSC. Браслеты «Zebra» для детей, взрослых и новорожденных, отличаются длиной самого браслета. Браслеты изготовлены из белой полипропиленовой пленки с антибактериальным покрытием. Планшетные компьютеры марки «Texet» размером 8 дюймов на базе операционный системы Android. Планшет получает информацию из МИС «Дока+» по веб интерфейсу в режиме on-line. Позволяет просматривать всю историю болезни, информацию об обследованиях и результаты анализов. Позволяет вводить дневниковые записи и другие виды документов.

Результаты исследования. В результате внедрения данной технологии практически 100% лечащих врачей использую планшетные компьютеры в повседневной работе.

В некоторых медицинских учреждениях России применяются подобные решения, но они используют специализированные медицинские планшеты со встроенным сканером. Мы же пошли по пути «удешевления» за счет технологии QR-кодирования, в данном случае нет необходимости в дорогом планшете, достаточно простого устройства со встроенной фотокамерой.

Выводы.

Использование планшетных компьютеров дает преимущество в основном для оперативной работы «на ходу». Ввод больших документов эффективней на стационарном компьютере.

Лазо Б.А., Юрчук С. М., Мироманов А.М.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Актуальность. В настоящее время Интернет стал неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. По количеству пользователей интернета Россия в 2012 году вышла на первое место в Европе, которое ранее занимала Германия и на шестое место в мире. Доля активной

аудитории - это выходящие в сеть хотя бы раз за сутки - сейчас составляет 43% (50,1 млн. человек). Годовой прирост интернет - пользователей, выходящих в сеть хотя бы раз за месяц, составил 11%, а для суточной аудитории данный показатель равен 13%. Пользователи Интернет уже не просто какие-то «мифические юзеры», как это было несколько лет назад. Это целое мировое сообщество, живая потребительская аудитория.

Цель исследования. Оценить информационно-коммуникативную активность населения РФ в медико-социальном пространстве за период 2011-2013гг.

Материалы и методы исследования. В ходе проведенного исследования проанализированы наиболее популярные интернет-запросы на темы медицинского направления получаемые из файлов журналов (logfiles) web-сервера или из файлов cookie. Эти данные относятся к поведению посетителей, очередности их переходов по страницам или статистике посещений web-сервера. В случае размещения на сайте поисковой системы дополнительно собирались и анализировались вводимые пользователями запросы. В работе использовались интернет-программы:

1)http://wordstat.yandex.ru/,

2)http://www.google.ru/trends/,

3)http://top.mail.ru/, режим доступа (06.03.2013), сборник программ - Office Tab Center 2010, Statistica 6.1. Полученные данные обработаны и распределены на 100000 населения.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что наиболее часто задаваемый запрос это «беременность» - 158627 раз; запрос «кашель» искали в интернете - 17270 раз. Интересовались вопросом «перелом» - 9504 раз; запрос «боль в животе» - был напечатан - 7985 раза. Запрос «опухоль» - 6595 раз, запор» - 6399. Запрос «тошнота» был напечатан 5882 раза, «кровотечение» - 5667 раз, а «рвота» - 5251 раз.Также группу запросов менее 5000 составили: «боль в сердце», «боль в груди», «головная боль», «головокружение», «плохое зрение/миопия», «боль в ухе», «боль в горле», «зубная боль», «фурункул», «ожирение», «вывих», «эндопротезирование», «ушиб», «растяжение», «сотрясение». Так же в ходе исследования выяснилось, что «поисковики» заведомо повышали рейтинг лекарственных препаратов, что выводило их на первые строчки в журналах поиска - активность противовирусных препаратов и антибиотиков в весенне-осенний период (запрос превышен в 328 раз); противоаллергические в весенний период (запрос превышен в 59 раз); лекарственные средства (ЛС) применяемы при сердечно-сосудистых заболевания в летний период (запрос превышен в 87 раз). Вместе с тем замечена тенденция повышения рейтинга определенных групп препаратов перед государственными праздниками - ЛС повышающие ферментную активность (запрос превышен 110 раз), а также группы анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (запрос превышен в 96 раз). Хотелось отметить наличие получения бесплатной online-консультации соответствующих специалистов при переходе на интересующие страницы поиска.

Выводы.

1. Население Российской Федерации активно использует интернет-запросы, не только для ознакомления с интересующей темой, но и пользуется услугами online-консультаций.

2. Фармацевтические компании, используют эти данные в коммерческих целях, ведя политику «агрессивного» маркетинга.

3. Интересы россиян затронули самые разнообразные медицинские темы, что говорит некотором переносе социальной активности в интернет-пространство.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Авдеев А.С. 195
Агаджанян В.В. *5*, *27*, *55*, *56*, *77*, 91
Агаларян А.Х. .. *27*, 107, 134, 153, 158
Агафонова Н.В. *57*, 63, 169, 229
Агашева А.Е. 93
Александров С.М. 58
Алексеева А.Г. *57*, 229
Алиев М.М. 179
Алимова Я.Ю. 179
Алтарев С.С. 181
Альтшулер Е.М. 109, 110
Анешина И.И. 205
Аникеев Н.В. 96, 97
Анисимова Е.А. 255
Ардашев И.П. 62
Арестов А.В. 111
Артамонова Г.В. 20, 213, 237
Артемьева Т.Б. 211
Архипова Е.И. 208
Астахова И.М. 182
Афанасьева А.В. 260
Ахмедова Г.Ш. 83
Ахмедова Л.М. 179

Б

Бабаев А.П. 112, 114, 115
Барбараш О.Л. ..... 181, 184, 185, 191, ... 222, 232, 233, 245, 257, ... 265, 267
Басалаева Н.С. 111
Батанина И.А. 183
Батискин С.А. 131
Батраков А.М. 131
Батталов И.М. 141
Башкирова А.И. 85
Белова А.В. 15
Белоконев В.И. 112, 114, 115
Белых В.И. 28, 42, 43, 44, 145
Беляев М.К. 116
Бенян А.С. 78
Бердинских А.Ю. 117, 118
Берестенников А.В. 117
Берман А.М. 66
Бернс С.А. 184, 185
Беспалова О.В. 28
Блиновская Я.Ю. 196
Богомолова И.И. 255
Бойко Е.А. 31, 186, 188, 208
Болгова И.В. 214
Бомбизо В.А. 117, 118
Бондарева И.Н. 19
Бондаренко А.В. 68
Борковский А.Ю. 21
Боровикова О.В. 71
Бородкина Д.А. 190
Бочкова Т.А. 221
Брежнев Е.В. 109
Буевич Е.И. 260
Буйлова Е.В. 260
Булдаков В.Ф. 168
Булдаков П.Н. 117
Бурзянцева Н.С. 258
Бурцева Л.В. 236
Быкова И.С. 191, 222

В

Вавилов А.В. 114
Варфоломеева Е.П. 243, 244
Васильева В.Е. 111
Вахрамеев И.Н. 180
Ващенкова Т.А. 270
Введенская Е.С. *7*
Введенский В.П. 120
Веретенникова Л.С. 260
Визило Т.Л. ... *45*, 234, 251, 263, 270
Виткина Т.И. 197
Власов С.В. 29
Власова Е.М. 192
Власова И.В. 29, *45*, 193, 270
Войтенко А.Н. 68
Володин В.В. 121, 281
Волчков Е.М. 91
Волчкова О.М. 198
Воробьев А.М. 66
Воробьев Р.И. 194, 195
Воробьев С.Ю. 262
Воробьева Е.Н. 183, 220, 235
Воробьева О.Н. 238
Воронина Н.А. 271, 272
Вострецов Ю.А. 112, 115

Г

Гаврилов А.В. 168
Гайворунских С.С. 72
Галиуллин Р.Н. 122
Галятина Е.А. 123, 168
Ганюкова Н.Г. 198
Гвоздева А.В. 215
Герасимчук С.Ю. 159
Гизатуллина Л.М. 16
Гилев Я.Х. 59
Гирш А.О. 47, 48
Гнедь М.А. 110
Головкин А.С. 269
Головкин С.И. 67
Головко В.И. 159
Голохваст К.С. 196, 197
Гольмгрейн Л.П. 198
Гончаров Р.С. 158
Грачев О.Н. 289
Греков Д.Н. 146
Грибачева И.А. 240, 254
Григорьев Е.В. 31
Грудцына И.В. 244
Груздева О.В. 257
Гуляев М.Г. 112, 115
Гусев К.А. 73
Гусейнова А.А. 199

Д

Давыдов Б.И. 200
Давыдов Д.А. 61
Данильченко Я.В. 10
Демидов Д.Г. 121, 166
Денисов А.В. 173
Денисова Е.Ю. 273
Дергилев А.П. 24, 254
Джалилова С.А. 179
Дзедатайс Н.В. 182
Дианов М.П. 155, 156
Довгаль Д.А. 55, 56
Долгая Т.И. 14
Дронов С.В. 44
Дубовой А.В. 71
Дунаева М.П. 179, 258
Дусматов Т.Д. 66
Дьячков К.А. 58

Е

Евсюкова Ю.М. 169
Екимовских А.В. 200
Елгина С.И. 125, 201
Елыкомов В.А. 230
Елькова М.В. 132
Ельцова Е.Г. 198
Емельянова О.Н. 203, 217
Епифанцева Н.Н. 200
Есин Д.Ю. 72
Ефимова Т.В. 111, 259

Ж

Жаров А.В. 114
Жарова Т.А. 183
Жатько О.В. 131
Жданов В.В. 31
Жданов Р.В. 31
Жевлакова Ю.А. 27
Желнина Т.П. 225
Жидкова И.И. 269
Жилина Н.М. 8
Жиляева Т.П. 204
Жирова С.И. 14
Жукова И.А. 93
Жукова Н.Г. 93
Жмурков О.А. 68
Журавлева И.А. 270
Жучкова Е.А. 245

З

Загоруйко Е.Н. 205
Заикин С.И. 126, 162, 163, 242
Зайцева Т.Д. 28
Затеева Т.Н. 205
Захаров И.С. 206
Зейдлиц С.А. 30
Зейналлы Э.М. 207
Зенин В.И. 62
Зиганшин А.М. 127, 128
Зиганшина Э.А. 127, 128
Зимонин П.Е. 167
Зинченко И.П. 208
Зобнина А.В. 193, 253
Зубченко Н.В. 271, 272
Зыков М.В. 191, 222
Зыкова Д.С. 184, 185

И

Иванов С.В. 146
Иванова А.М. 211
Ивлев Е.В. 31
Ивлева И.Н. 273

Игишева Л.Н. 213, 214, 215
Индукаева Е.В. 216
Исакова Н.В. 203, 217
Исмаилов А.И. 179
Исмаилов М.И. 179
Историн Е.Л. 30
Ишуткин И.В. 63, 229

К

Кабанова М.А. 218, 219
Кадимова Ш.Г. 129
Казанцева Е.О. 159, 262
Казызаева А.С. 220
Калаева Г.Ю. 193, 221
Калентьева С.В. 218, 219
Камеев И.Р. 78
Каменева О.А. 231
Кан С.Л. 32
Кандауров И.Ф. 130
Каретникова В.Н. 191
Карпов Р.С. 255
Кафтулина И.А. 159
Кашталап В.В. .191, 222, 232, 265, 267
Квиткова Л.В. 190, 257
Ким Л.Б. 223, 224, 281
Киметова Е.В. 240, 254
Кирилович Е.А. 225
Киселева С.В. 198
Кислова А.С. 154
Клейменов Е.В. 262
Клементьева Е.В. 8
Клочкова-Абельянц С.А. 226
Князева Е.В. 214
Ковалева З.В. 112
Коваль О.А. 131
Ковзик Л.Д. 182
Кожевников В.А. 132
Кожин П.М. 223, 224
Козлов А.А. 75
Колесников О.П. 34, 35, 36
Колобова О.И. 132
Колпинский Г.И. 206
Колтанюк Д.Г. 59, 79
Кондратьева Е.В. 197
Кондрацкая О.В. 228, 243, 244
Конев Е.В. 63, 229
Конев С.В. 57, 229
Коновалова Н.Г. 94
Коперчак С.В. 121
Корнач Н.В. 254
Королев С.Г. 64
Королева Е.А. 230
Корымасов Е.А. 78
Косарев В.А. 66
Косовских А.А. 32
Костомарова Т.С. 10
Костюченко Г.И. 42, 43, 44, 145
Костюченко Е.В. 282
Косьянов Д.В. 121
Косякова К.Г. 231
Котарова Л.В. 244
Котовщикова Е.Ф. 260
Кочергина А.М. 232
Кошелев Г.П. 66
Кравцов С.А. 37, 46
Красавин Г.Н. 67, 76
Красильников Г.П. 133
Краснов О.А. 141
Кривошапова К.Е. 181
Кронебергер Ю.Н. 125
Круглыхин И.В. 68
Крючков Д.В. 232
Кудрявцева Ю.А. 284
Кузнецов А.Д. 134
Кузьмина О.К. 233
Кулавский Е.В. 127, 128
Куприянов А.Н. 197

Л

Лагута Е.А. 258
Ладыга А.Л. 13
Лазо Б.А. 289
Лаптева Н.Л. 234, 251, 263
Ларина Д.М. 136
Ларина Т.В. 115
Ларионова Т.А. 58
Левин А.В. 167
Левченко Т.В. 37
Леденева И.В. 70
Лесников С.М. 141
Лещенко В.А. 132
Лещенко И.Ж. 235
Лещишин Я.М. 137
Ломова Н.В. 230
Лопатин Д.Г. 71, 130
Лось Е.А. 188
Луняков В.А. 236
Лызко И.А. 149
Лютов К.В. 66
Ляховецкая В.В. 94

М

Мазепина Т.А. 273
Макаров Д.Н. 140
Максимишин С.В. 47, 48
Максимов С.А. 237
Макушенко Е.В. 11
Малин М.В. 156
Малиновский С.В. 12
Малыхина Ю.Г. 118
Мальцева Н.В. 238
Мамедов Я.З. 166
Мамедова А.М. 179
Манаков Ю.А. 197
Маркин А.В. 239
Мартьянова Е.В. 240
Марченкова Н.М. 66
Махмудов А.Ф. 39, 40
Мелентьева О.Н. 112
Мельник Е.Ю. 72
Меховская Л.Ю. 140
Милюков А.Ю. 29, 59, 79
Миннуллин Т.И. 13
Мироманов А.М. 73, 74, 85, 289
Миронова О.Б. 73
Митюков А.Е. 98
Михеенко Т.В. 240
Мишинов С.В. 98
Могучая О.В. 96, 97, 99
Мозговая С.В. 172, 274
Мозгунова А.Б. 28
Молоков Е.В. 12
Мордовин В.Ф. 255
Мосейко У.А. 241
Мосман И.И. 28

Н

Нагорнова Н.А. 253
Насибян А.Б. 112
Начаров Ю.В. 240
Начева Л.В. 147, 283
Нейжмак З.Ф. 200
Нестеров Ю.И. 252
Нестерок Ю.Г. 283
Никифоров П.А. 196
Никулина Е.Н. 201
Новокшонов А.В. 91, 101

О

Обухов С.Ю. 55, 56
Одинцева О.В. 242
Онищенко Е.Г. 228, 243, 244
Ооржак О.В. 141, 146
Орлов А.Е. 15
Осинцев А.А. 155, 156
Осипов А.А. 75
Осокина А.В. 245
Остольская Г.Б. 62
Отдушкина Л.Ю. 246

П

Павлова В.Ю. 247
Падерин П.Л. 142, 143, 144
Панфилов Ю.А. 236
Пахтусова Н.И. 243
Пендюрин И.В. 98
Первов Е.А. 126, 162
Первова Н.Г. 253
Передеро Н.С. 182
Петриков А.С. 42, 43, 44, 145
Петрова А.И. 203
Петрова Н.Г. 13, 14
Петрова О.М. 122
Петухова О.В. 27, 248
Пиктушанская Т.Е. 250
Плякин С.А. 137
Погосян С.Г. 15
Подолужный В.И. 141, 146
Позднякова О.А. 243, 244
Полищук М.В. 234, 251, 263
Половинка М.П. 83, 84
Полтавцева О.В. 252
Понасенко А.В. 269
Пономарева Ю.В. 112, 114, 115
Попова М.Ю. 99
Попова Н.И. 243
Попова Т.Ф. 240, 254
Попова Т.А. 253
Посохова О.Б. 67, 76
Поткина Т.Н. 156
Пронских А.А. 77
Пронских Ал.А. 77
Пронских И.В. 45
Протазов А.Г. 21
Прохоренко В.М. 83, 84
Процук Р.Ю. 147
Путятина А.Н. 223, 224, 281
Пушкин С.Ю. 17, 78, 115
Пчелинцева Е.В. 149
Пьянкова Е.Э. 253
Пятова А.Е. 240, 254

Р
Радивилко К.С. 122
Размахнина Е.М. 273
Раудина С.Н. 150, 152
Реброва Н.В. 255
Рева В.А. 173
Рипп Т.М. 255
Ровенских Д.Н. 264
Рогальников Н.Н. 79
Розуменко А.А. 223, 224
Романова Г.А. 28
Ротькин Е.А. 134, 153
Рубан Е.Э. 31
Рыжих А.Е. 118
Рябинина Е.Н. 256

С
Сакладова С.А. 159
Самохвалов И.М. 173
Сапожкова И.Г. 154
Саркисова О.Л. 255
Сафронов Н.Ф. 29
Сашко А.А. 166
Светикова Г.В. 133
Свешников А.А. 142, 143, 144
Свешников И.К. 268
Себелев К.И. 99
Семенихин В.А. ..... 150, 152, 163, 196, ...197, 242
Семенов А.В. 16, 122
Сидоров А.В. 251, 263
Сизова И.Н. 215
Силантьева Е.В. 205
Силонова А.А. 257
Симонова О.Г. 132
Синельникова Л.М. 28
Синица Н.С. 55, 56
Синявин А.В. 167
Скопинцев Д.А. 46
Смакотина С.А. 19
Смирнова Л.В. 258
Смирнова О.Ю. 258
Соколов К.В. 66
Соколова Г.Г. 220
Солнышко М.А. 70
Соловьев А.В. 155, 156
Сорокин Н.Н. 72
Сочинская Т.И. 17
Старовойтов М.С. 137
Старцева В.А. 238
Старцева И.В. 205
Старых В.С. 156
Степанова М.Г. 283
Стерехов Е.В. 158
Строкольская И.Л. 204
Стуканов М.М. 47, 48
Ступак В.В. 98
Султанбаев А.В. 16
Суржикова Г.С. 226
Сычева С.В. 259
Сюльжина Е.Н. 260

Т
Табакаев М.В. 261
Тавлуева Е.В. 18
Тараско А.Д. 238
Твердохлебов С.И. 284
Тен К.Ю. 159, 262
Тен Ю.В. 156, 269
Теплов А.В. 71
Тептин С.Е. 11
Титов Ф.В. 67
Тихонюк А.В. 91
Торгунаков А.П. 160, 166
Торгунаков С.А. 160
Троегубов Д.В. 133
Трубин В.В. 80
Трубицына М.В. 234, 251, 263

У
Удовиченко А.В. 117
Урясьев О.М. 236
Усов С.А. 264
Усольцева Е.Н. 265
Устьянцев Д.Д. 107
Устьянцева И.М. 27, 61, 248
Ушакова Г.А. 206

Ф
Фадеева Е.А. 260
Фараджева Н.А. 199, 266
Фатеева Э.В. 211
Федорова Н.В. 267
Филатов Е.В. 94
Филиппов А.С. 45
Фокин А.П. 62
Фомина Н.В. 19
Фомичев В.А. 30, 34, 35, 36
Фонин В.В. 254
Фролов П.А. 126, 162, 163

Х

Хайрединова О.П. 253
Хасанов А.З. 130
Хвостов А.Г. 80
Хвостов Е.Д. 268
Хвостова С.А. 81, 82, 164, 165
Ходыревская Ю.И. 284
Хорава В.Г. 166
Хорохордина К.Н. 248
Хохлова О.И. 27, 221, 248
Хрулева Т.Г. 255
Хрячкова О.Н. 191, 222, 267
Худяшова Е.Н. 213
Хуторная М.В. 269

Ц

Цеймах Е.А. 167
Цеймах И.Я. 239
Цицкунов А.В. 162
Цой Е.Г. 214
Цюрюпа В.Н. 45, 270

Ч

Чайка В.В. 196, 197
Челышева Г.М. 271, 272
Черепанова Е.В. 172, 274
Черкасова Е.А 188
Черкасс Н.В. 20
Чернышков А.В. 159
Чеченин Г.И. 8
Чечушков А.В. 223, 224
Чурляев Ю.А. 32, 200

Ш

Шабалдин Н.А. 270
Шарлаева Е.А. 220
Шарыпов С.В. 76
Шаталин А.В. 37, 46, 107
Шатохин В.Д. 17, 21
Шафранская К.С. 233
Шерман С.В. 123, 168
Шитов В.Г. 121
Шляпников Д.М. 192
Шляпников М.Е. 136
Шмакова О.В. 200
Шмидт Е.А. 184, 185
Шойхет Я.Н. 42, 43, 44, 145, 239
Штернис Т.А. 62
Шулыгина Т.Н. 271, 272
Шурупова Н.Н. 273
Шушарин А.Г. 83, 84

Щ

Щеглова А.В. 245
Щедренок В.В. 96, 97, 99
Щербаков Г.И. 19
Щетина А.В. 47

Э

Эминов Б.Ж. 39, 40

Ю

Юдакова Т.Н. 47, 48
Юрчук С.М. 85, 289
Юсупова Д.М. 39, 40

Я

Якимова М.В. 100
Яковлева Н.В. 169, 170
Якушин О.А. 101
Яцын А.М. 118

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ 3

Агаджанян В.В.
«ИНТЕГРАТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ» - ПРИОРИТЕТЫ НОВОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 5

Введенская Е.С.
ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ЦЕЛЬЮ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНОГО КАЧЕСТВА 7

Жилина Н.М., Клементьева Е.В., Чеченин Г.И.
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СРЕДА ОБИТАНИЯ Г.НОВОКУЗНЕЦКА ПО ИНФОРМАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА 2000-2013 гг. 8

Костомарова Т.С., Данильченко Я.В.
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНЕ 10

Макушенко Е.В., Тептин С.Е.
ОБ ИСТОЧНИКАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ 11

Малиновский С.В., Радивилко К.С., Молоков Е.В.
УЧАСТИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В КУЗБАССЕ 12

Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И., Ладыга А.Л.
О СТРУКТУРЕ ТРУДОЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА 13

Петрова Н.Г., Долгая Т.И., Жирова С.И.
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРИЕМУ ВЫЗОВОВ 14

Погосян С.Г., Белова А.В., Орлов А.Е.
О РОЛИ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ МОТИВАЦИОННЫХ УСТАНОВОК ПЕРСОНАЛА 15

Семенов А.В., Гизатуллина Л.М., Султанбаев А.В.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ПРОМЫШЛЕННОМ РАЙОНЕ Г.УФЫ 16

Сочинская Т.И., Пушкин С.Ю., Шатохин В.Д.
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ 17

Тавлуева Е.В.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ «СОСУДИСТОЙ ПРОГРАММЫ» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 18

Содержание

Фомина Н.В., Смакотина С.А., Щербаков Г.И., Бондарева И.Н.
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 19

Черкасс Н.В., Артамонова Г.В.
КАК ЭФФЕКТИВНО УПРАВЛЯТЬ ОБОРУДОВАНИЕМ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ 20

Шатохин В.Д., Протазов А.Г., Борковский А.Ю.
НАШИ ПОДХОДЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА 21

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ 25

Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Жевлакова Ю.А., Агаларян А.Х.
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ «СИНДРОМОВ СЕПСИСА» У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ 27

Белых В.И., Зайцева Т.Д., Мозгунова А.Б., Беспалова О.В., Синельникова Л.М., Мосман И.И., Романова Г.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ 28

Власов С.В., Сафронов Н.Ф., Милюков А.Ю., Власова И.В.
ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ВО ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА 29

Зейдлиц С.А., Фомичев В.А., Историн Е.Л.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАСШИРЕННЫХ ЛОБЭКТОМИЙ И ПУЛЬМОНЭКТОМИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ 30

Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов В.В., Жданов Р.В., Бойко Е.А., Рубан Е.Э.
ГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ 31

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А.
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ 32

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ДИНАМИКА МАРКЕРОВ СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ И ДАЛАРГИНОМ 34

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТРЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ КЛОФЕЛИНОМ И ДАЛАРГИНОМ 35

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СО СТЕСС-ПРОТЕКЦИЕЙ 36

Левченко Т.В., Кравцов С.А., Шаталин А.В.
АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 37

Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж, Юсупова Д.М.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛЕЩЕВИНОЙ У ДЕТЕЙ (случай из практики) 39

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Эминов Б.Ж.
ОСОБЕННОСТИ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС У ДЕТЕЙ 40

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И.
МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 42

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И.
ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ 43

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Дронов С.В., Костюченко Г.И.
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И АЛЛЕЛЬНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ФОЛАТНОЙ ГРУППЫ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 44

Пронских И.В., Власова И.В., Визило Т.Л., Филиппов А.С., Цюрюпа В.Н.
ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 45

Скопинцев Д.А., Кравцов С.А., Шаталин А.В.
ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА «КАШТАН» ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 46

Стуканов М.М., Юдакова Т.Н., Максимишин С.В., Гирш А.О., Щетина А.В.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ГЕМОСТАЗА И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ 47

Юдакова Т.Н., Максимишин С.В., Стуканов М.М., Гирш А.О.
ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ 48

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 53

Агаджанян В.В., Синица Н.С., Довгаль Д.А., Обухов С.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ 55

Агаджанян В.В., Синица Н.С., Обухов С.Ю., Довгаль Д.А.
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ 56

Агафонова Н.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ 57

Содержание

Александров С.М., Дьячков К.А., Ларионова Т.А.
РОЛЬ МСКТ В ОПРЕДЕЛЕНИИ КАЧЕСТВА КОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ 58

Гилев Я.Х., Милюков А.Ю., Колтанюк Д.Г.
ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ 59

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРОЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВКИ БЕДРА .. 61

Зенин В.И., Ардашев И.П., Фокин А.П., Остольская Г.Б., Штернис Т.А.
ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ 62

Ишуткин И.В., Конев Е.В., Агафонова Н.В.
ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОГО МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА 63

Королев С.Г.
НЕОБХОДИМОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 64

Косарев В.А., Соколов К.В., Дусматов Т.Д., Берман А.М.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЯ МРТ-ИССЛЕДОВАНИЯ И АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА 66

Кошелев Г.П., Воробьев А.М., Марченкова Н.М., Лютов К.В.
ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ 66

Красавин Г.Н., Головкин С.И., Титов Ф.В., Посохова О.Б.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ 67

Круглыхин И.В., Бондаренко А.В., Войтенко А.Н., Жмурков О.А.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 68

Леденева И.В., Солнышко М.А.
ЛФК ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА I, II ПЕРИОД 70

Лопатин Д.Г., Теплов А.В., Дубовой А.В., Боровикова О.В.
ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ПЕРВЫЙ ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В КУЗБАССЕ 71

Мельник Е.Ю., Сорокин Н.Н., Гайворунских С.С., Есин Д.Ю.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ ИМПЛАНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ КИСТИ 72

Мироманов А.М., Гусев К.А., Миронова О.Б.
ОПЫТ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ И ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТИ 73

Мироманов А.М.
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ 74

Осипов А.А., Козлов А.А.
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА 75

Посохова О.Б., Красавин Г.Н., Шарыпов С.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ ТРАУМЕЛЬ-С У ДЕТЕЙ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРОЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА 76

Пронских Ал.А., Агаджанян В.В., Пронских А.А.
ОСТИОСИНТЕЗ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 77

Пушкин С.Ю., Бенян А.С., Корымасов Е.А., Камеев И.Р.
НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФИКСАЦИИ РЕБЕР ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМАХ 78

Рогальников Н.Н., Милюков А.Ю., Колтанюк Д.Г.
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 79

Трубин В.В., Хвостов А.Г.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ КУЛЬТИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ЭТАПЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 80

Хвостова С.А.
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ 81

Хвостова С.А.
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛОВ В ЗОНЕ ПРОСВЕТЛЕНИЯ РЕГЕНЕРАТА ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ 82

Шушарин А.Г., Половинка М.П., Прохоренко В.М.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ 83

Шушарин А.Г., Половинка М.П., Прохоренко В.М.
ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИТОВ И СИНОВИАЛЬНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАКТЕРИОФАГОВ 84

Юрчук С.М., Ахмедова Г.Ш., Башкирова А.И., Мироманов А.М.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 85

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ 89

Агаджанян В.В., Новокшонов А.В.
АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ 91

Волчков Е.М., Тихонюк А.В.
К МЕТОДИКЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 91

Жукова И.А., Агашева А.Е., Жукова Н.Г.
НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА 93

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В., Филатов Е.В.
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ В ПНЕВМОКОСТЮМЕ «АТЛАНТ» НА ПОСТРУЛЬНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С НИЖНЕЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИЕЙ 94

Могучая О.В., Щедренок В.В., Аникеев Н.В.
ТАКТИКА ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОТРАВМЫ В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 96

Могучая О.В., Щедренок В.В., Аникеев Н.В.
ДОСТУПНОСТЬ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕЙРОТРАВМЕ В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ 97

Ступак В.В., Митюков А.Е., Пендюрин И.В., Мишинов С.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ БОЛЬНОГО И ОБЪЕМА УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ 98

Щедренок В.В., Могучая О.В., Себелев К.И., Попова М.Ю.
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ МОРФОМЕТРИИ ДИСЛОКАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ 99

Якимова М.В.
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА 100

Якушин О.А., Новокшонов А.В.
КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ ... 101

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ 105

Агаларян А.Х., Шаталин А.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 107

Агаларян А.Х., Устьянцев Д.Д.
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИТРАВМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ 107

Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОПОРОСПОСОБНОСТИ СТОП ПРИ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЯХ ОСТРОВКОВЫМ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ 109

Альтшулер Е.М., Гнедь М.А.
СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РАН ЛОКАЛЬНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 110

Арестов А.В.
НЕТИПИЧНЫЙ СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ 111

Басалаева Н.С., Васильева В.Е., Ефимова Т.В.
ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ 111

Белоконев В.И., Пономарева Ю.В., Насибян А.Б., Вострецов Ю.А., Ковалева З.В., Бабаев А.П., Мелентьева О.Н., Гуляев М.Г.
ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ 112

Белоконев В.И., Жаров А.В., Бабаев А.П., Пономарева Ю.В., Вавилов А.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНОЙ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ 114

Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Пономарева Ю.В., Вострецов Ю.А., Бабаев А.П., Ларина Т.В., Гуляев М.Г.
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ 115

Беляев М.К.
ГЕМАНГИОМЫ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ: ЛЕЧИТЬ ИЛИ НАБЛЮДАТЬ? 116

Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Бердинских А.Ю., Берестенников А.В., Удовиченко А.В.
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 117

Бомбизо В.А., Бердинских А.Ю., Яцын А.М., Рыжих А.Е., Малыхина Ю.Г.
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ 118

Введенский В.П.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ЭКСТРАКЦИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ БРОНХОВ 120

Володин В.В., Демидов Д.Г., Коперчак С.В., Шитов В.Г., Косьянов Д.В.
ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ 121

Галиуллин Р.Н., Петрова О.М., Семенов А.В.
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 122

Галятина Е.А., Шерман С.В.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ 123

Елгина С.И., Кронебергер Ю.Н.
ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ФАКТОРЫ РИСКА 125

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ И ПОЛИПОВИДНЫХ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ . 126

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
МЕТОД «ТРОЙНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ» СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ 127

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 128

Содержание

Кадимова Ш.Г.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 129

Кандауров И.Ф., Лопатин Д.Г., Вахрамеев И.Н., Хасанов А.З.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ 130

Коваль О.А., Батискин С.А., Батраков А.М., Жатько О.В.
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМ ДЕФЕКТОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 131

Кожевников В.А., Елькова М.В.
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 132

Колобова О.И., Симонова О.Г., Лещенко В.А.
ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «АНТИСТАКС» 132

Красильников Г.П., Троегубов Д.В., Светикова Г.В.
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СТРАДАЮЩИХ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ 133

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Ротькин Е.А.
ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛООПАСНЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ 134

Ларина Д.М., Шляпников М.Е.
ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТЕЛА МАТКИ, СОЧЕТАННЫМИ С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВЛАГАЛИЩА 136

Лещишин Я.М., Плякин С.А., Старовойтов М.С.
РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ 137

Макаров Д.Н.
ВЛИЯНИЕ ГЕМОТРАНСФУЗИИ НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ 140

Меховская Л.Ю.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЗАННЫ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА 140

Ооржак О.В., Батталов И.М., Краснов О.А., Подолужный В.И., Лесников С.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ 141

Падерин П.Л., Свешников А.А.
МЕХАНИЗМ ИЗМЕНЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) 142

Падерин П.Л., Свешников А.А.
СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) 143

Падерин П.Л., Свешников А.А.
СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ. ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ПЖ.144

Петриков А.С., Шойхет Я.Н., Белых В.И., Костюченко Г.И.
КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРЕПАРАТОМ «АНГИОВИТ» У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 145

Подолужный В.И., Иванов С.В., Ооржак О.В., Греков Д.Н.
К ВОПРОСАМ УЛЬЦЕРОГЕНЕЗА ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 146

Процук Р.Ю., Начева Л.В.
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ЗУБА 147

Пчелинцева Е.В., Лызко И.А.
УРОВЕНЬ АРГИНАЗЫ-I ПОСЛЕ КРИОРЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНА 149

Раудина С.Н., Семенихин В.А.
ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ КУЗБАССА 150

Раудина С.Н., Семенихин В.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 152

Ротькин Е.А., Агаларян А.Х.
ВЛИЯНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА НА ТАКТИКУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ 153

Сапожкова И.Г., Кислова А.С.
ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПОСТАМПУТАЦИОННЫМ ДЕФЕКТОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 154

Соловьев А.В., Осинцев А.А., Дианов М.П.
ИММУНОТЕРАПИИ БЦЖ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 155

Соловьев А.В., Осинцев А.А., Дианов М.П.
ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ЦИСТОПЛАСТИКОЙ 156

Старых В.С., Поткина Т.Н., Малин М.В.
УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УКУШЕННОЙ РАНЫ 156

Стерехов Е.В., Агаларян А.Х., Гончаров Р.С.
ТРЕПАН-БИОПСИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 158

Тен К.Ю., Казанцева Е.О., Герасимчук С.Ю., Чернышков А.В.
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЯИЧНИКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ И ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ 159

Тен Ю.В., Головко В.И., Тен К.Ю., Казанцева Е.О., Кафтулина И.А., Сакладова С.А.
ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 159

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.
НОВЫЙ СПОСОБ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ТРУПНОЙ ПЕЧЕНИ 160

Содержание

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А., Цицкунов А.В.
ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ NBI-ТЕХНОЛОГИИ 162

Фролов П.А., Заикин С.И., Семенихин В.А.
ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА 163

Хвостова С.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДГПЖ 164

Хвостова С.А.
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) НА АКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ 165

Хорава В.Г., Торгунаков А.П., Демидов Д.Г., Мамедов Я.З., Сашко А.А.
ПРЕИМУШЕСТВА ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИЗ ПОЛУЛУННОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ 166

Цеймах Е.А., Левин А.В., Синявин А.В., Зимонин П.Е.
ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НА ФОНЕ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ... 167

Шерман С.В., Галятина Е.А., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.
ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ 168

Яковлева Н.В., Агафонова Н.В., Евсюкова Ю.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ 169

Яковлева Н.В.
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ 170

Мозговая С.В., Черепанова Е.В.
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ ПРЕПАРАТОМ “ПЕЛОИД” 172

Рева В.А., Денисов А.В., Самохвалов И.М.
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 173

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ 177

Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Исмаилов А.И., Мамедова А.М., Джалилова С.А., Исмаилов М.И.
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С МОНОЦИТАРНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 179

Алимова Я.Ю., Дунаева М.П.
РОЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ 179

Алтарев С.С., Кривошапова К.Е., Барбараш О.Л.
ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ АСПИРИНОТЕРАПИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 181

Астахова И.М., Передеро Н.С., Ковзик Л.Д., Дзедатайс Н.В.
ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ «С» 182

Батанина И.А., Жарова Т.А., Воробьева Е.Н.
НОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИТАМИНА В12 183

Бернс С.А., Зыкова Д.С., Шмидт Е.А., Барбараш О.Л.
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 184

Бернс С.А., Шмидт Е.А., Зыкова Д.С., Барбараш О.Л.
ВКЛАД ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА rs1800629 (G-308A) ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α В РАЗВИТИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 185

Бойко Е.А.
ПРЕИМУЩЕСТВА АВТОМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ 186

Бойко Е.А., Лось Е.А., Черкасова Е.А.
ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА ВЭЖХ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И В ОЦЕНКЕ РИСКОВ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ 188

Бородкина Д.А., Квиткова Л.В.
О ВЗАИМОСВЯЗИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И АДИПОКИНОВ ПРИ РАЗНОМ РАСПРЕДЕЛЕНИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 190

Быкова И.С., Зыков М.В., Кашталап В.В., Хрячкова О.Н., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ЛИПОКАЛИНА (NGAL) У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 191

Власова Е.М., Шляпников Д.М.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ВЫПОЛНЕНИИ ПОДЗЕМНЫХ ГОРНЫХ РАБОТ 192

Власова И.В., Зобнина А.В., Калаева Г.Ю.
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В МЛАДШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 193

Воробьев Р.И.
ДИНАМИКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ 194

Содержание

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.
ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО РИСКА 195

Голохваст К.С., Чайка В.В., Никифоров П.А., Блиновская Я.Ю., Семенихин В.А.
ВЛИЯНИЕ КРУПНОГО УГОЛЬНОГО ТЕРМИНАЛА НА СОСТАВ АТМОСФЕРНЫХ ВЗВЕСЕЙ НАХОДКИНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА 196

Голохваст К.С., Виткина Т.И., Кондратьева Е.В., Куприянов А.Н., Манаков Ю.А., Чайка В.В., Семенихин В.А.
ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЦ ЕСТЕСТВЕННЫХ АТМОСФЕРНЫХ ВЗВЕСЕЙ КАРАКАНСКОГО УГОЛЬНОГО КЛАСТЕРА НА МЕМБРАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МИТОХОНДРИЙ ЛЕЙКОЦИТОВ IN VITRO 197

Гольмгрейн Л.П., Ганюкова Н.Г., Волчкова О.М., Ельцова Е.Г., Киселева С.В.
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 198

Гусейнова А.А., Фараджева Н.А.
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 199

Давыдов Б.И., Шмакова О.В., Нейжмак З.Ф.
СОСТОЯНИЕ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПОДРОСТКОВ 200

Екимовских А.В., Чурляев Ю.А., Епифанцева Н.Н.
ЗНАЧЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ДИСБАЛЛАНСА В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ШАХТЕРОВ УГОЛЬНОЙ ШАХТЫ 200

Елгина С.И., Никулина Е.Н.
ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК .201

Емельянова О.Н., Исакова Н.В., Петрова А.И.
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ 203

Жиляева Т.П., Строкольская И.Л.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ 204

Загоруйко Е.Н.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ 205

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В., Старцева И.В.
ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬПРОТЕКТИН - НОВЫЙ МАРКЕР ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ 205

Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А.
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА МЕТОДОМ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 206

Зейналлы Э.М.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ (ВИТАМИНА Е И СЕЛЕНА) В ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ 207

Зинченко И.П., Архипова Е.И., Бойко Е.А.
ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДА КЛАУССА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОДЕРЖАНИЯ ФИБРИНОГЕНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА 208

Иванова А.М., Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.
ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА 211

Игишева Л.Н., Худяшова Е.Н., Артамонова Г.В.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 213

Игишева Л.Н., Князева Е.В., Болгова И.В., Цой Е.Г.
ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 214

Игишева Л.Н., Гвоздева А.В., Сизова И.Н.
ДИНАМИКА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 215

Индукаева Е.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКЕ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ) 216

Исакова Н.В., Емельянова О.Н.
ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОЕ СВЕЧЕНИЕ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА 217

Кабанова М.А., Калентьева С.В.
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМЫ "МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД" В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПЛОДА 218

Кабанова М.А., Калентьева С.В.
ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И РЕЗУС ФАКТОР МАТЕРИ 219

Казызаева А.С., Воробьева Е.Н., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г.
ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА БАРНАУЛА) 220

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Бочкова Т.А.
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА) 221

Кашталап В.В., Быкова И.С., Зыков М.В., Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л.
ОЦЕНКА ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 222

Ким Л.Б., Путятина А.Н., Розуменко А.А., Чечушков А.В., Кожин П.М.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ВАХТОВИКОВ В АРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ СТРАНЫ 223

Ким Л.Б., Путятина А.Н., Розуменко А.А., Чечушков А.В., Кожин П.М.
АКТИВНОСТЬ РЕАКЦИЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ ЗВЕНЬЯ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ВАХТОВИКОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ

ПОЛЯРНОГО ДНЯ И ПОЛЯРНОЙ НОЧИ 224

Кирилович Е.А., Желнина Т.П.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ БИОТОПОВ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ГУЗ КОКПЦ ИМ. РЕШЕТОВОЙ 225

Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С.
НЕОПТЕРИН ПРИ АНЕМИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 226

Кондрацкая О.В., Онищенко Е.Г.
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 228

Конев Е.В., Ишуткин И.В., Агафонова Н.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.
ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОЛЬНОГО МР-ТОМОГРАФА В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА 229

Королева Е.А., Елыкомов В.А., Ломова Н.В.
ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ АНЕМИЙ 230

Косякова К.Г., Каменева О.А.
УРОВНИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ 231

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОКСПST НЕ НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРОНАРОГРАФИЮ 232

Крючков Д.В.
НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВЕРОЯТНОСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 232

Кузьмина О.К., Шафранская К.С., Барбараш О.Л.
РОЛЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГОСПИТАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 233

Лаптева Н.Л., Визило Т.Л., Полищук М.В., Трубицына М.В.
ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И НАЛИЧИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 234

Лещенко И.Ж., Воробьева Е.Н.
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЯ 235

Луняков В.А., Бурцева Л.В., Урясьев О.М., Панфилов Ю.А.
СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО "НЕМОГО" ОТЕКА ЛЕГКИХ 236

Максимов С.А., Артамонова Г.В.
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ 237

Мальцева Н.В., Воробьева О.Н., Тараско А.Д., Старцева В.А.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ 238

Маркин А.В., Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ХОБЛ 239

Михеенко Т.В., Мартьянова Е.В., Начаров Ю.В., Грибачева И.А., Попова Т.Ф., Дергилев А.П., Пятова А.Е., Киметова Е.В.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 240

Мосейко У.А.
СТРЕССРЕАТИВНОСТЬ МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПРИ РОЖДЕНИИ 241

Одинцева О.В., Семенихин В.А., Заикин С.И.
КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У УГОЛЬЩИКОВ КУЗБАССА 242

Онищенко Е.Г., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Пахтусова Н.И., Позднякова О.А., Варфоломеева Е.П.
ШКОЛА БОЛЬНОГО - ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 243

Онищенко Е.Г., Кондрацкая О.В., Грудцына И.В., Позднякова О.А., Варфоломеева Е.П., Котарова Л.В.
ГИПЕРДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 244

Осокина А.В., Щеглова А.В., Жучкова Е.А., Барбараш О.Л.
МОЖНО ЛИ С ПОМОЩЬЮ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА ОЦЕНИТЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА? 245

Отдушкина Л.Ю.
АНТАГОНИСТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТАФИЛОКОККОВ 246

Павлова В.Ю.
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: НЕ РЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ 247

Петухова О.В., Хорохордина К.Н., Хохлова О.И., Устьянцева И.М.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 248

Пиктушанская Т.Е.
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АНТРАКОСИЛИКОЗА У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ 250

Полищук М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Трубицына М.В., Сидоров А.В.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В Г.ЛЕНИНСКЕ-КУЗНЕЦКОМ 251

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 252

Попова Т.А., Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Нагорнова Н.А., Пьянкова Е.Э., Зобнина А.В.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ

ИНФАРКТ МИОКАРДА 253

Попова Т.Ф., Грибачева И.А., Корнач Н.В., Фонин В.В., Дергилев А.П., Пятова А.Е., Киметова Е.В.
ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИСХОДЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ 254

Реброва Н.В., Анисимова Е.А., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С., Рипп Т.М., Саркисова О.Л., Хрулева Т.Г., Богомолова И.И.
ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 255

Рябинина Е.Н.
ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ПРОГРАММАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРЕНИЯ 256

Силонова А.А., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л., Груздева О.В.
РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, АДИПОКИНОВОГО И ЛИПИДНОГО СТАТУСОВ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 257

Смирнова О.Ю., Лагута Е.А., Смирнова Л.В., Бурзянцева Н.С., Дунаева М.П.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА 258

Сычева С.В., Ефимова Т.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБИОТИКОЧУВСТИТЕЛЬНОСТИ KLEBSIELLA PNEUMONIAE, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ УРОИНФЕКЦИЯМИ В СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 ГОДУ 259

Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В., Афанасьева А.В., Фадеева Е.А., Веретенникова Л.С.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ 260

Табакаев М.В.
СВЯЗЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА ВЗВЕШЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С КОЛИЧЕСТВОМ СМЕРТЕЙ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ 261

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Клейменов Е.В., Казанцева Е.О., Воробьев С.Ю.
ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ 262

Трубицына М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Полищук М.В., Сидоров А.В.
ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БОЛЕВОМ ВЕРТЕБРОГЕННОМ СИНДРОМЕ 263

Усов С.А., Ровенских Д.Н.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ПРИОБРЕТЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ 264

Усольцева Е.Н., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
ЗАВИСИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОТ ТЯЖЕСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 265

Фараджева Н.А.
АНТИОКСИДАНТЫЙ ЭФФЕКТ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 266

Федорова Н.В., Кашталап В.В., Хрячкова О.Н., Барбараш О.Л.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 267

Хвостов Е.Д., Свешников И.К.
ТРЕВОЖНОСТЬ - ПЕРВАЯ ЭМОЦИЯ ТРЕВОЖНОГО РЯДА 268

Хуторная М.В., Понасенко А.В., Жидкова И.И., Головкин А.С.
СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 269

Цюрюпа В.Н., Визило Т.Л., Власова И.В.
ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ПРИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 270

Шабалдин Н.А., Журавлева И.А., Ващенкова Т.А.
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРАНЗИТОРНЫМ СИНОВИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРИОД РАННЕГО ДЕТСТВА 270

Шулыгина Т.Н., Челышева Г.М., Воронина Н.А., Зубченко Н.В.
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ 271

Шулыгина Т.Н., Челышева Г.М., Воронина Н.А., Зубченко Н.В.
РОЛЬ КЛЕБСИЕЛЛ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ 272

Шурупова Н.Н., Размахнина Е.М., Денисова Е.Ю., Мазепина Т.А., Ивлева И.Н.
ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА И НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ 273

Мозговая С.В., Черепанова Е.В.
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ ПРЕПАРАТОМ "ПЕЛОИД" 274

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 279

Володин В.В.
АМНИОТИЧЕСКАЯ МЕМБРАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ БРЮШИННЫХ СПАЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 281

Ким Л.Б., Путятина А.Н.
СОДЕРЖАНИЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ОРГАНАХ МЫШЕЙ ЛИНИИ BALB/c В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА 281

Костюченко Е.В.
АПОПТОЗ СТАРЕЮЩИХ КЛЕТОК. ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ СТАРЕНИЯ 282

Начева Л.В., Степанова М.Г., Нестерок Ю.Г.
МОРФОЛОГИЯ И ГИСТОХИМИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЛИМОМ ЗОЛОТИСТЫХ ХОМЯКОВ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ОПИСТОРХОЗОМ 283

Ходыревская Ю.И., Кудрявцева Ю.А., Твердохлебов С.И.
ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМОХИМИЧЕСКОЙ МОДИФИКАЦИИ НА ГИДРОФОБНЫЕ СВОЙСТВА ПРОТЕЗОВ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 284

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ 287

Грачев О.Н.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАНШЕТНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ И СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ 289

Лазо Б.А., Юрчук С.М., Мироманов А.М.
ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ 289

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ 291

СОДЕРЖАНИЕ 397

**МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

МАТЕРИАЛЫ XVIII ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
11-12 СЕНТЯБРЯ 2014, 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 2014 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