



Сибирское отделение Российской Академии наук
Российская Академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ
ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Цивьяна» МЗ РФ
ГБУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»



XIX Всероссийская научно-практическая конференция

**МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ**

11 сентября 2015г.
г.Ленинск-Кузнецкий

Сибирское отделение Российской Академии наук
Российская Академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ
ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им.Цивьяна» МЗ
ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»

**МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ
XIX ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

11 сентября 2015 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: междисциплинарные аспекты медицины: мат. XIX Всерос. науч.-практ. конф., г. Ленинск-Кузнецкий, 11 сент. 2015/СО РАН, ГАУЗ КО ОКЦОЗШ. "Кемерово: ООО "Примула", 2015." - с.: 296, табл.: 3.

JSBN 978-5-85905-455-8

Книга содержит материалы XIX Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: междисциплинарные аспекты медицины», проходившей 11 сентября 2015г. в Государственном автономном учреждении здравоохранения Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агаджанян В.В.	д.м.н., профессор, главный врач ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Устьянцева И.М.	д.б.н., заместитель главного врача по клинической лабораторной диагностике ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Шаталин А.В.	д.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ КО
Пронских А.А.	ОКЦОЗШ
Кравцов С.А.	д.м.н., заведующий центром травматологии и ортопедии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Новокшенов А.В.	д.м.н., заведующий центром анестезиологии и реанимации ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Семенихин В.А.	д.м.н., заведующий центром нейрохирургии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Афанасьев Л.М.	д.м.н., заведующий центром профпатологии ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Визило Т.Л.	д.м.н., заведующий микрохирургическим отделением ГАУЗ КО
Милюков А.Ю.	ОКЦОЗШ
Хохлова О.И.	д.м.н., заведующая неврологическим отделением ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Яковлева Н.В.	д.м.н., заведующий отделением травматологии и ортопедии N 2 ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
Агаларян А.Х.	д.м.н., врач клинической лабораторной диагностики ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
JSBN 978-5-85905-455-8	д.м.н., заведующая гинекологическим отделением ГАУЗ КО ОКЦОЗШ
	к.м.н., заведующий хирургическим отделением ГАУЗ КО ОКЦОЗШ

**ОРГАНИЗАЦИЎ ЗДРАВООХРАНЕНИЎ
И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ
РЕСУРСОВ**

**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

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Проблемы оценки качества оказания помощи пострадавшим с политравмой имеют не только медицинское, но и большое социально-экономическое значение.

Изучение качества оказания медицинской помощи, как правило, основывается на анализе госпитальной летальности и уровне клинической диагностики как основных критериев, позволяющих наиболее наглядно выявлять дефекты как диагностики, лечения, так и организации медицинской помощи.

Оценка летальности при политравме нередко нуждается в детализации, пояснении, о чем пишут авторы; по многочисленным литературным данным, летальность колеблется от 15,9 до 49,5%, в отдельных публикациях можно встретить и более высокие показатели. При этом нередко не учитываются характер доминирующих повреждений, время госпитализации, объем и качество оказываемой помощи, развившиеся осложнения и т.д.

Вопрос экспертной оценки пострадавших с политравмой, финансового обеспечения лечебного процесса, учета заболеваемости, анализа результатов деятельности лечебных учреждений и т.д. в мировой практике решается на основании Международной классификации болезней - МКБ (International Classification of Diseases - ICD), в настоящее время используется МКБ 10-го пересмотра. Коды МКБ-10 номинальны. Это означает, что они представляют неупорядоченные, качественные категории, классифицированные для определения локализации конкретных повреждений.

Принцип классификации пациентов по основному диагнозу, закодированному в соответствии с МКБ-10, или по основному хирургическому вмешательству, не позволял адекватно классифицировать больных с тяжелыми множественными и сочетанными повреждениями.

Данное положение изменилось с внедрением клинико-статистических групп (КСГ), которые создали возможность выделять клинически однородные группы больных, медицинская помощь которым характеризуется примерно одинаковой тяжестью повреждений.

Больные с политравмой, несомненно, представляют из себя такую группу. Об этом свидетельствует и опыт других стран, использующих КСГ для объективной характеристики этой категории пострадавших, том числе и как метод оценки оплаты за оказанную стационарную помощь: тяжелая множественная травма выделяется в отдельную КСГ.

При обсуждении направлений совершенствования КСГ было предложено включить политравму в отдельную группу (информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года N 66-0/10/2-8405). На основании анализа зарубежного опыта предлагалось кодировать политравму несколькими кодами МКБ-10, обозначающими тяжелую травму одновременно в нескольких анатомических областях (например, один код в области головы и шеи + один код травмы в области живота и т.п.). При этом оставался нерешенным и вынесен на обсуждение вопрос об учете тяжести состояния пациентов. Отсутствие единой принятой в стране шкалы оценки степени тяжести повреждений и состояния больных не позволяет использовать какую-либо из оценочных шкал как основу для классификации пациентов в КСГ.

Наше предложение для решения этого вопроса, основанное на объединении двух оценочных систем: выделение наиболее часто встречающихся травм в группы по локализации повреждений и использование необходимого количества кодов МКБ, в том числе степени полиорганной дисфункции - отражающих реальную ситуацию с пострадавшим, продолжает обсуждаться.

Подобное положение связано с отсутствием общепринятых определений - что же понимается под термином «политравма», отсутствием единой классификации, общепринятых критериев, позволяющих не только оценить тяжесть травмы, тяжесть состояния пострадавшего, но

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

и развивающиеся осложнения.

По мнению большинства исследователей, которое мы разделяем, в настоящее время акцент в работе должен быть сделан не на создание новых классификаций, определений оценочных шкал, а на дальнейшее развитие и внедрение существующих.

В доступной литературе можно найти более 20 определений термина политравма, из наиболее часто используемых можно выделить рекомендации отечественных авторов - Агаджанян В.В. с соавт., 2003 г., Соколов В.А., 2006 г., Е.К. Гуманенко 2008 г. и Европейского общества травматологов («AO Principles of fracture management». 2000 г.)

Они достаточно четко определяют суть происходящих процессов, но, к сожалению, это не позволяет произвести оценку тяжести повреждения, тяжести состояния. Отсутствие единой классификации, общих критериев при оценке тяжести состояния и повреждений пострадавших с политравмой приводит чаще всего к доминированию субъективных оценок тяжести состояния и тяжести полученных травм, которые редко являются адекватными.

Основные направления по снижению летальности у пациентов с политравмой можно разделить на организационные, диагностические и лечебные.

Все пациенты с политравмой должны лечиться в специализированных травматологических центрах, где есть современная материально-техническая база и высокоспециализированные специалисты для осуществления лечебно-диагностического процесса.

Оптимальным сроком для перевода пострадавших с политравмой в специализированный травматологический центр являются 1-е сутки от момента травмы. При более позднем переводе прогноз заболевания значительно ухудшается и увеличивает летальность, на 23,6% при переводе на 4-е сутки. Межгоспитальная транспортировка пострадавших с конкурирующими доминирующими повреждениями, доминирующей тяжелой черепно-мозговой травмой в специализированный травматологический центр должна проводиться только после соответствующей подготовки, компенсации или, в крайнем случае, субкомпенсации состояния пострадавших.

Необходимо дальнейшее обсуждение и принятие единой для Российской Федерации (оптимально - соответствующий международный стандарт) классификации политравмы, доступной динамической шкалы тяжести состояния, позволяющей принимать решения сложных вопросов лечебной тактики и профилактики ранних и поздних осложнений политравмы.

Брацлавский В.Б.

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

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ПУТИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Одним из наиболее «ресурсоемких» подразделений больницы является отделение реанимации. Повышение медико-социальной эффективности его работы зависит от оптимизации каналов госпитализации и четкой оценки существующих и потенциальных потребностей, определяемых составом пациентов.

Анализ, проведенный на базе крупной многопрофильной больницы Санкт-Петербурга, показал, что в возрастной структуре лечившихся преобладали (составляя 63,2%) лица моложе 60 лет. В половине (52,1%) случаев пациенты были направлены на госпитализацию скорой медицинской помощью, однако в 44,4% - поликлиниками (что, на наш взгляд, свидетельствует о наличии проблем в организации планового, в т.ч. стационарного, лечения); в 3,5% они поступили без направления (самостоятельно). Госпитализация в подавляющем большинстве (92,8%) случаев носила экстренный (в 7,8% - плановый) характер.

О тяжести состояния пациентов при поступлении свидетельствует тот факт, что в реанимационное отделение половина из них (50,3%) поступила сразу из приемного отделения, а 18,7% - даже минуя приемный покой. Большинство больных (74,1%) поступило в отделение реанимации в первые сутки от момента госпитализации; 12,7% - на 2-3 сутки; 7,7% - на 4-7 сутки; и 5,6% - через неделю и позже. В среднем пациенты поступали туда на вторые сутки ($2,22 \pm 0,13$).

В нозологической структуре лечившихся преобладали больные с острой патологией органов пищеварения (34,5%). Далее следовали пациенты с травмами (черепно-мозговыми - 17,7% и прочими - 12,3%), острым нарушением мозгового кровообращения (12,3%). Ниже была доля другой патологии.

Среди существенных ($p < 0,05$) различий данной структуры у мужчин и женщин можно отметить большую долю среди мужчин - травм, среди женщин - острых заболеваний органов пищеварения.

Пациенты с ОНМК (в 72% случаев), пневмонией (в 88,2%), заболеваниями мочеполовых органов (в 60%) преимущественно направлялись в отделение реанимации сразу же из приемного покоя. Доля поступивших в него, минуя приемный покой, была наибольшей при черепно-мозговой травме (41,7%) и прочих травмах (40%); значительна - также при ОНМК (10,7%) и прочих заболеваниях системы кровообращения (11,9%).

Если при травмах и (отчасти) при ОНМК данная ситуация достаточно оправдана, то при пневмонии и патологии мочеполовых органов - свидетельствует о запущенности патологии (либо в силу поздней обращаемости, либо вследствие дефектов диагностики на предшествующих этапах наблюдения).

Среди поступивших в отделение 38,5% пациентов находились в крайне тяжелом состоянии; 48,1% - в тяжелом. Анализ причин, обусловивших тяжесть состояния пациентов, показал, что у 30,8% из них имели место явления отека и дислокации головного мозга; у 53,9% - явления интоксикации; у 23,1% - дыхательная недостаточность; у 21,2% - сердечно-сосудистая недостаточность; у 11,5% - полиорганная недостаточность; у 21,2% - шок; у 65,4% - нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, дисметаболические нарушения; у 28,9% - постгеморрагический синдром.

В целом лишь у 9,6% имелось лишь одно из перечисленных нарушений; у 15,4% - два; у 9,6% - три; у 36,5% - четыре; у 98,8% - пять и более. Среднее их число составило $2,6 \pm 0,2$. У 78,8% пациентов имелась сопутствующая патология, в т.ч. у 33,3% - одно заболевание, у 14,5% - два, у 31% - три и более.

Анализ общей динамики состава пациентов больницы за десятилетний период показал, что имеет место «утяжеление» контингента поступающих больных, увеличение числа сопутствующих заболеваний, доли экстренных госпитализаций. Соответственно, постоянно увеличивается потребность в оказании медицинской помощи в условиях отделения реанимации. Указанное требует пересмотра штатных нормативов данных отделений и условий их финансирования.

Данильченко Я.В., Костомарова Т.С.

НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний
г. Кемерово, Россия

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ ВРАЧЕЙ НАУЧНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Цель исследования. Провести сравнительный анализ жизненных ценностей врачей, работающих в научных и медицинских организациях.

Материалы и методы исследования. Метод исследования - социологический опрос, который проводился в 2012 г. одномоментно, по оригинальной анкете, методом сплошной выборки основного персонала.

База проведения - клиника ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (НИИ) и Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер» (ККД).

Объем исследования - 57 врачей НИИ, из них до 30 лет (I возрастная группа) - 33,3%, от 31 года до 40 лет (II возрастная группа) - 35,4%, от 41 года до 50 лет (III группа) - 25,0%, 51 год и старше (IV группа) - 6,3% и 159 врачей ККД, из них I - 31,4%, II - 31,4%, III - 19,3%, IV - 17,9%, $p = 0,26$.

Обработка полученных данных проводилась программой Statistica 6.0. Из предложенных в анкете 12 жизненных ценностей, респондентам необходимо было присвоить места: от наиболее

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

значимого - 1 место к наименее значимому - 12 место. Ответы врачей были сгруппированы: 1-3 место, 4-7 место и 8-12 место.

Результаты исследования. Получение новых знаний, информации у врачей НИИ также, как и у врачей ККД, чаще занимает 4-7 место (55,1% и 49,3%, $p=0,74$). Интересной работе, карьере также чаще отводили 4-7 место (врачи НИИ - 46,9% и 48,1% - врачи ККД, $p=0,97$). 62,5% врачей НИИ отнесли любовь на 1-3 место, эти же места выделили 43,8% врачей ККД ($p=0,052$).

Материальное благополучие занимает у большинства врачей учреждений 4-7 ранговое место (врачи НИИ - 61,2%, врачи ККД - 52,9%, $p=0,44$).

Общественное признание (врачи НИИ - 46,9% и врачи ККД - 53,9%, $p=0,68$) и отдых (врачи НИИ - 70,8% и врачи ККД - 67,2%, $p=0,47$) респонденты чаще ставили на места 8-12. Счастливая семейная жизнь (врачи НИИ - 74,5% и врачи ККД - 72,2%, $p=0,95$) и здоровье (врачи НИИ - 63,8% и врачи ККД - 68,1%, $p=0,86$) у большинства врачей стоит на местах 1-3. Общение с друзьями, интересными людьми врачи учреждений чаще относили на 8-12 места: врачи НИИ - 61,7% и врачи ККД - 68,5%, $p=0,69$).

За возможность творческой деятельности врачи отдавали 8-12 места (врачи НИИ - 76,6%, врачи ККД - 81,4%), однако среди врачей НИИ есть ответы за места 1-3 (6,4%, $p=0,015$). Среди врачей ККД таких ответов не было. Уверенность в себе врачи НИИ чаще ставили на 8-12 места (55,3%), врачам ККД эта ценность немного важнее - 4-7 ранговое место (42,9%, $p=0,11$). Независимость в поступках и действиях для врачей НИИ оказалась важнее - 1-3 место: 12,8%, 4-7 место: 19,2% и 8-12 место: 68,0%; врачи ККД - 1-3 место: 2,4%, 4-7 место: 20,0% и 8-12 место: 77,6%, $p=0,024$.

Выводы.

В изучаемых жизненных ценностях врачей выявлены статистически значимые различия в их отношении к возможности творческой деятельности и независимости в поступках и действиях.

Для врачей НИИ эти ценности оказались важнее, чем для коллег. Так как ценностномотивационная сфера человека имеет огромное значение в регуляции его поведения и деятельности, в том числе профессиональной.

Епифанов В.Г.

БУЗОО «Станция скорой медицинской помощи»
г.Омск, Россия

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель исследования. Изучить обоснованность обращения больных с артериальной гипертензией за скорой медицинской помощью.

Материалы и методы исследования. С помощью программного комплекса «АДИС» v. 8.2. проведен ретроспективный анализ 6497 карт вызовов больных с артериальной гипертензией, обратившихся в течение 2014 г. на одну из подстанций скорой медицинской помощи г.Омска. Госпитализация была предложена 6058 (93,2%) пациентам. Госпитализировано 858 (13,2%), из них 181 (21,1%) больной был отпущен в первые сутки на амбулаторное лечение. Остальные 5200 больных от госпитализации отказались.

Осложненный гипертонический криз был у 601 (9,3%) пациента, 104 (1,6%) пациента вызывали скорую помощь в течение суток повторно. В 4138 (63,7%) случаях помощь оказывали пероральным применением таблетированных препаратов. Нормальные цифры АД на момент вызова бригады скорой помощи были у 387 (5,9%) больных, умеренно повышенные без выраженной клинической симптоматики (до АД_{сисст.} 170 мм рт. ст.) у 4279 (65,9%).

Результаты и обсуждение. Работниками скорой медицинской помощи предлагается госпитализация подавляющему большинству больных с артериальной гипертензией. Согласно существующим рекомендациям, обязательной госпитализации подлежат вызывающие скорую медицинскую помощь повторно в течение суток и больные с осложненным гипертоническим кризом. Таких пациентов в нашем исследовании оказалось 10,9%. В 5,9% случаев скорая помощь была вызвана необоснованно. Неотложная медицинская помощь могла быть оказана амбулаторно-

поликлинической службой 65,9% вызывающих.

Выводы.

Персоналом скорой помощи госпитализация больным с артериальной гипертензией предлагается зачастую необоснованно и без учета существующих рекомендаций.

Результаты проведенного анализа отражают недостаточный уровень информированности больных с артериальной гипертензией о своем заболевании, а также недостаточный уровень работы амбулаторно-поликлинической службы с этой категорией больных.

Жилина Н.М.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

т

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ (НА ПРИМЕРЕ г.НОВОКУЗНЕЦКА)

Цель исследования. Выявление основных тенденций состояния здоровья трудящегося населения крупного промышленного города Сибири (на примере Новокузнецка).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на основе информации выходных форм автоматизированной информационной системы «Состояние здоровья трудящихся», а также нормативно-справочного фонда Кустового медицинского информационно-аналитического центра г.Новокузнецка.

Сведения о структуре населения г.Новокузнецка за 2008-2013 гг. получены из Территориального отдела государственной статистики. Для статистического анализа данные о состоянии здоровья трудящихся г.Новокузнецка за семь лет (2008-2014 гг.) были переведены в формат IBM SPSS Statistics (версия 19.0).

Использованы статистические критерии χ^2 , z-критерий, ранговая корреляция Спирмена, критерий тау Кендалла для проверки значимости тренда признаков в динамике, критерий Уилкоксона для сравнения среднего возраста смерти у работающих мужчин и женщин в динамике в IBM SPSS Statistics (версия 19.0), Биостат (версия 4.03). Различие признаков в группах сравнения считалось значимым при уровне значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования. За период 2008-2013 гг. численность всего населения г.Новокузнецка сократилась на 2,3% с 562,2 до 549,2 тыс. человек. По данным отдела госстатистики г.Кемерово численность работающих г.Новокузнецка в 2013 г. по сравнению с 2009 г. уменьшилась на 14,3 тыс. человек и составляет в 2013 г. 284290 трудящихся.

С 2008 по 2014 год несколько растут показатели заболеваемости трудящихся по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, с 2010 г. зарегистрирован рост болезненности и заболеваемости, а также травматизма работающих. К позитивному фактору следует отнести снижение хронической заболеваемости. В 2013 и 2014 гг. показатель хронической заболеваемости на 1000 работающих статистически значимо ниже показателя первичной заболеваемости ($z=14,6$ в 2013 г., $z=18,5$ в 2014 г., $p < 0,001$).

Отмечается рост относительного показателя диспансеризации работающих со значения 103,3 в 2008 г. до 116,0 в 2014 г., изменение является статистически значимым: $z=2,9$; $p=0,003$. Колебания ежегодных значений не позволяют выявить значимую тенденцию в динамике показателя: $\phi=0,52$, $p=0,099$. В динамике абсолютное число и процент в структуре хронических диспансерных больных значимо увеличивается у специалистов-офтальмологов ($\phi=0,8$, $p=0,017$), снижается у хирургов ($\phi=-0,9$, $p=0,023$) и эндокринологов ($\phi=-0,8$, $p=0,015$).

При росте числа посещений по заболеваниям работающими за период 2008-2014 гг. хирурга с 63,7 до 102,7 тысяч сокращается соответствующий показатель диспансеризации. Связь признаков обратно пропорциональна, статистически значима, коэффициент корреляции Спирмена $r=-1,0$, $p < 0,001$.

При снижении за период 2008-2014 гг. числа посещений по заболеванию работающими офтальмолога с 57,0 до 38,8 тысяч значимо растет соответствующий показатель диспансеризации

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

хронических больных. Связь признаков обратно пропорциональна, статистически значима: $r=-0,9$, $p=0,003$.

В динамике фактические показатели инвалидности работающих статистически значимо снижаются, кроме показателя Признано инвалидами первой группы.

За исследуемый период среди работающих на 10 умерших женщин ежегодно приходится от 33 до 44 умерших мужчин. В сравнении 2008 и 2014 гг. выявлено статистически значимое снижение показателя общей смертности работающих от 2,15 до 1,25 на 1000 работающих: $z=16,9$, $p<0,001$.

Выводы.

По ситуации в целом можно сказать, что за период 2008-2014 гг. происходит снижение показателей временной нетрудоспособности, заболеваемости, инвалидизации, смертности трудящихся г.Новокузнецка.

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

По результатам исследования можно сделать вывод о существовании закономерных связей между состоянием здоровья работающих, условиями труда и некоторыми показателями деятельности здравоохранения. То есть необходимы комплексные меры на уровне государственного, регионального и городского управления по улучшению существующей ситуации.

Жуков Д.В., Родыгин А.А., Оленев Е.А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»

ГБУЗ НСО «Мошковская ЦРБ»

г.Новосибирск, Россия

ТРАВМОЦЕНТР ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ КАК ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ АВТОДОРОЖНЫХ АВАРИЯХ НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ ТРАССАХ

Актуальность. На сегодняшний день число пострадавших и погибших в дорожно-транспортных происшествиях продолжает оставаться достаточно высоким. Так, по данным МВД России за 2013 г., в автодорожных авариях погибло 27025 человек. При этом достаточно большое количество происшествий происходит вне крупных мегаполисов, в т.ч. на автомобильных трассах, где достаточно большой скоростной режим. Поэтому вся тяжесть дорожно-транспортного травматизма фактически возлагается на травмоцентры третьего уровня, которые располагаются вдоль основных федеральных автодорог.

Цель исследования. Проанализировать работу травмоцентров третьего уровня по оказанию медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой на примере одной из ЦРБ за период 2013 г.

Материалы и методы исследования. Материалами послужили данные историй болезни 70 пациентов с автодорожной травмой и отдела медицинской статистики травмоцентра третьего уровня за период 2013 г.

Результаты исследования. Возраст пострадавших колебался от 2 до 79-и лет. В подавляющем большинстве пациенты доставлялись с мест аварий скорой медицинской помощью (среднее время прибытия в стационар составляло 50 минут, что, вероятно, обусловлено как дальностью пути, так и оснащенностью автомобилей скорой медицинской помощи). При этом 13,95% были в состоянии алкогольного опьянения. 9,3% пациентов находились в состоянии травматического шока III степени.

Из числа пострадавших 76,74% пациентов имели сочетанную травму, при этом у 53,48% диагностировано сотрясение головного мозга, у 13,95% - повреждение внутренних органов, у 46,51% - повреждение конечностей, у 9,3% - повреждение таза. Среднее количество суток, проведенных в ОРИТ составило 5,07 койко-дней. Среднее количество койко-дней, проведенных в данном травмоцентре, включающее лечение как в реанимационном, так и хирургическом

отделениях составило 19,53 койко-дней.

Выводы.

Таким образом, на примере конкретного травмоцентра подтверждается тяжесть автодорожной травмы, обусловленной сочетанными повреждениями, на участке федеральной трассы. Создание травмоцентров показало их несомненную значимость в оказании медицинской помощи пострадавшим с автодорожной, в т.ч. и сочетанной травмой.

Однако обращает на себя внимание срок доставки пациентов в травмоцентр с места происшествия и оснащенность автомобилей скорой медицинской помощи. Тяжесть состояния и длительность периода лечения таких пациентов обуславливает необходимость отправки части пациентов в травмоцентры второго и первого уровней.

Миннуллин Т.И.

Городская больница N 38 им. Н.А. Семашко
г.Санкт-Петербург, Россия

САМООЦЕНКА МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ УРОВНЯ СВОИХ ЗНАНИЙ

Грядущие преобразования в системе последипломного образования медицинского персонала предусматривают существенное увеличение объема самостоятельной работы. Для того, чтобы она была эффективной, весьма важно осознание каждым сотрудником степени своей информированности в тех или иных вопросах профессиональной деятельности с последующим целевым поиском знаний, действительно необходимых в повседневной работе.

Нами был проведен социологический опрос среднего медицинского персонала больницы восстановительного лечения. Респондентам был задан вопрос о том, хватает ли им в работе имеющихся знаний. Хотя в их достаточности была уверена большая часть (83,6%) опрошенных, отрицательно ответили на этот вопрос 3,9% респондентов, а 12,5% не смогли дать однозначный ответ на данный вопрос. Если в возрастной группе моложе 30 лет считали достаточными свои знания 64,7% опрошенных, то в возрасте 60 лет и старше - все респонденты.

С одной стороны, данная тенденция вполне понятна: так, с увеличением возраста и стажа работы увеличивается и уровень профессионализма. С другой же стороны, полная уверенность в достаточности своих знаний среди лиц старшей возрастной группы может свидетельствовать о снижении в этом возрасте самокритичности и отсутствии побудительных мотивов к самосовершенствованию.

Достаточно оптимистичному мнению и достаточности знаний противоречат ответы на уточняющие вопросы. На вопрос о том, каких конкретно знаний не хватает в работе, более половины (54,3%) ответивших на него отметили, что «специальных», то есть связанных с работой, касающейся восстановительного лечения (реабилитации пациентов). 40,0% считали, что им не хватает знаний по «смежным» специальностям. 5,7% респондентов считали, что им не хватает знаний организационно-правового характера.

Ответы на перечисленные вопросы отличались среди разных категорий среднего медицинского персонала. Наиболее уверены в своих знаниях были процедурные сестры, которые во всех случаях считали достаточным уровень своей подготовки (видимо, в определенной степени это оправдано, т.к. работа данного контингента медицинских сестер достаточно рутинна).

Среди других категорий опрошенных (постовые, старшие медицинские сестры, работающие во вспомогательных подразделениях) процент положительных ответов колебался от 80,0% до 84,9%. Дефицит знаний по смежным специальностям испытывали в наибольшем проценте случаев (15,2%) работающие во вспомогательных подразделениях; по организационно-правовым вопросам - только старшие сестры (40,0% из них).

Дефицит знаний в тех или иных областях может создавать определенные трудности в работе. Поэтому дополнительно респондентам был задан вопрос о том, с какими проблемами и трудностями в ходе повседневной деятельности они сталкиваются. На наличие таковых указали более половины (54,7%) респондентов. Важно отметить, что среди перечисленных

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

трудностей упоминались случаи недопонимания со стороны руководства и отсутствие достаточной методической помощи. Указанное свидетельствует о необходимости усиления внимания руководства больницы к вопросам установления «обратной» связи с сотрудниками.

Проведенное анкетирование показало также актуальность задачи организации систематического обучения среднего медицинского персонала по различным аспектам, определяющим специфику оказания медицинской помощи в больнице восстановительного лечения, а также по вопросам нормативно-правовой базы.

Проведение анкетирования различных категорий медицинского персонала должно носить систематический характер. С учетом его результатов должны составляться программы подготовки (переподготовки) персонала. Более четкими должны быть оценивающие результативность обучения формы контроля.

Могучая О.В., Щедренок В.В.

ФГБУ «Северо-Западный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения РФ
г.Санкт-Петербург, Россия

КАЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

В современных условиях здравоохранение является отраслью национального хозяйства, а общественное здоровьерассматривают как элемент национального богатства. Сохранить это богатство помогает, в том числе, и качественно оказанная медицинская помощь.

Цель исследования. Анализ исторических аспектов проблемы качества медицинской помощи (КМП) и роли экспертизы КМП в системе управления им на примере нейрохирургической патологии.

Материалы и методы исследования. Изучены данные литературы, касающиеся исторических аспектов КМП. Подвергнуты анализу результаты тематических экспертиз качества медицинской помощи, проведенных по заданию страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга на основе методики автоматизированной оценки КМП пациентам, оперированным по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника (ДДЗП).

Результаты и обсуждение. С точки зрения менеджмента качества, основой качественной медицинской помощи является возможность выбора пациентом врача и лечебного учреждения. За рубежом эта проблема возникла в начале XX века. В это время зарубежные хирурги считали проведенную операцию успешной в случае выписки пациента из больницы.

Одним из первых проблему КМП поднял Е.А. Codman (1869-1940), известный хирург-травматолог, работавший с выдающимся нейрохирургом Harvey Williams Cushing и ставший основоположником управления КМП в США. Он предложил создавать базы данных врачебных ошибок. При жизни деятельность Е. Codman не была оценена медицинской общественностью.

В экономически развитых странах проблемы, связанные с КМП и управлением им, стали приоритетными лишь с конца 80-х гг. XX века. Существенный вклад в развитие проблемы КМП внес А. Donabedian, который дал определение КМП, впоследствии принятое Всемирной организацией здравоохранения, и обозначил его составляющие.

В 90-е гг. прошлого века в России возникла необходимость перехода к медицинскому страхованию, что предусматривало, в том числе, решение вопросов КМП и управления им, существенный вклад в которое вносит экспертиза по законченному случаю оказания медицинской помощи. Модель управления КМП на примере анализа таких случаев у оперированных по поводу ДДЗП следующая. В 2011 г. проведена тематическая экспертиза КМП при ДДЗП в 9 стационарах, проанализирован 121 случай оказания медицинской помощи. Надлежащее качество имело место в 9,3% случаев, а при наличии дефектов в 84,5% отмечено неоптимальное использование ресурсов здравоохранения.

Это послужило основанием для организационного решения в виде разработки временных индикаторов. Последующие тематические экспертизы показали, что индикаторы работают, и их применение позволило снизить уровень дефектов, оказывающих негативное влияние на использование ресурсов здравоохранения. Анализ в 2012-2014 гг. 352 случаев оказания медицинской помощи пациентам, оперированным по поводу ДДЗП, показал, что надлежащее

КМП составило по годам 14,2%, 17,8% и 18,5% соответственно за счет снижения негативного влияния на использование ресурсов здравоохранения.

Выводы.

Осознание роли качества медицинской помощи в историческом плане происходило постепенно, оно было связано с развитием общества и медицинской науки.

Экспертиза качества по законченному случаю оказания медицинской помощи позволяют осуществлять управление КМП через организационные решения. Результаты экспертизы качества при их системном использовании способствуют повышению качества диагностики и лечения.

Петрова Н.Г., Мамаева М.А., Кретов Ю.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
ООО «Издательский Дом СТЕЛЛА»
г. Санкт-Петербург, Россия

О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТРАДИЦИОННОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Вопросы о том, вследствие чего возникают болезни, как можно предохраниться от них, как наступает излечение и каким образом его можно ускорить, издавна волновали как философов, так и лиц, в той или иной степени причастных к медицине. Гиппократ, Гален, Асклепий, Геродот, представители китайской, тибетской, индийской школ медицины выдвигали разные теории здоровья и болезни, которые при всей их кажущейся примитивности не только сохраняют актуальность до настоящего времени, но и используются в медицинской практике (чаще всего - как методы так называемой нетрадиционной или народной медицины).

Например, рассмотрение человека как микрокосма или подобия Вселенной, другие космогонические теории здоровья (болезни) актуализировались в настоящие дни. Астрологические (натальные) карты позволяют с достаточно высокой степенью достоверности предположить возможность развития той или иной патологии; доказано также, что успешность оперативного вмешательства (в числе прочего) зависит от того, в какой фазе будет находиться Луна (так же, как и влияние лунных циклов на здоровье женщин).

В различных восточных концепциях (и современных практиках) большое внимание уделяется вопросам важности сохранения энергетического поля человека, нарушения которого являются первым проявлением (или предрасполагающим фактором) морфологических нарушений.

Кибернизаторские теории, сущностью которых является рассмотрение человека как сложной системы, при дезинтеграции которой наступает последовательный «сбой» всех органов и систем (обособленность их функционирования), предполагают учет целостности организма и возможных системных последствий даже при незначительном вмешательстве.

На наш взгляд, все эти теории имеют право на жизнь и (более того) подтверждены реальной практикой. Однако в официальной медицине они мало учитываются и, к тому же, практически не изучаются в учреждениях специального образования.

До настоящего времени классическая медицина ориентирована, главным образом, на морфологический субстрат болезни и лечение с использованием лекарственных препаратов (зачастую - их комплекса). И практически не исследованы механизмы саногенеза, то есть возможности организма к самоисцелению (восстановлению целостности - морфологической, психологической, энергетической) и методы его активации.

Возможно, поэтому пациенты все чаще прибегают к помощи специалистов нетрадиционной (а вернее - традиционной, народной) медицины в поисках решений проблем, которые далеко не всегда способна решить медицина классическая. Народные целители, получившие от рождения уникальные способности к врачеванию, нередко прослеживаемые по семейному роду, являются никем иным, как носителями части традиционной народной культуры. Исцеляя древними, но малопонятными современным людям методами - при помощи слова, мысли, звуковых волн, наложения рук, передачи информации через воду и т.д. - целители достигают

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

порой невероятных результатов, побеждая, казалось бы, неизлечимые заболевания и предупреждая возникновение новых.

Однако классическая медицина до последнего времени дистанцировалась от такой народной медицины, считая ее бездоказательной, не принимая во внимание многочисленные свидетельства положительных результатов работы целителей.

Видя каким-то образом сбой из-за этих воздействий, заложенных природой внутренних механизмов саногенеза, целители способны его «перезагрузить», настраивая на самоисцеление с последующим излечением, а также на профилактику будущих возможных заболеваний. Дальнейшее изучение «расшифровка» этих феноменов, на наш взгляд, являются необходимыми для дальнейшего развития санологического направления в медицине.

Петрова Н.Г.

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

О РЕЗУЛЬТАТАХ МАРКЕТИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Эффективное функционирование любой (и тем более коммерческой) организации невозможно в настоящее время без проведения маркетинговых исследований, проводимых среди всех участников рынка, в т.ч. среди пациентов.

Анализ, проведенный на базе одной из крупных многопрофильных и длительно функционирующих в г.Санкт-Петербурге коммерческих организаций, показал, что преимуществами посетителями клиники являются лица 30-39 (43,3%) и 40-49 лет (33,3%). В социальной структуре большинство (60,0%) составили служащие.

Для работы коммерческого медицинского центра стратегическим вопросом является не только «привлечение», но и «удержание» пациента. Среди опрошенных почти половину (46,7%) составили постоянные посетители. Большую приверженность одной организации (и одному врачу) проявили женщины. Так, если среди опрошенных мужчин впервые обратились в базовую организацию 66,7%, то среди женщин - 14,2%. Указанное к тому же доказывает большую «системность» и последовательность женщин в проведении лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий.

Изучение каналов обращения показало, что по рекомендации знакомых обратились 60,2% пациентов, что доказывает один из классических постулатов маркетинга - «лучшая реклама - довольный посетитель». Почти треть (27,3%) пациентов обратились в Центр, изучив соответствующую информацию на сайте. Остальные же были направлены по полисам добровольного медицинского страхования (в целом данная система еще не получила должного развития).

К указанному следует добавить, что на вопрос о том, будут ли пациенты при необходимости рекомендовать обращение в данную организацию друзьям и знакомым, подавляющее большинство (97,7%) ответило положительно. А в дальнейшем, если понадобится медицинская помощь, 90,0% пациентов снова обратятся в данный медицинский центр.

При достаточно высокой оценке качества оказанных услуг (все респонденты считали его высоким) ценой этих услуг были удовлетворены далеко не все. Лишь 70,0% опрошенных считали, что качество услуг соответствует цене. 6,7% пациентов заявили, что услуги для них оказались дорогими. 23,3% не смогли дать однозначного ответа (преимущественно пациенты, застрахованные в системе ДМС, где плательщиком выступает страховая компания).

Особых проблем в работе Центра пациенты не отметили. В то же время более половины (56,7%) опрошенных высказали свои пожелания по улучшению его работы. Одним из основных (указанным в 29,4% случаев) являлось пожелание улучшить работу администраторов. По мнению пациентов, они длительное время тратят, отвечая на телефонные звонки, что не дает возможности больше обращать внимание на пациентов непосредственно в клинике.

Среди других пожеланий можно отметить необходимость увеличения площадей (при высоком уровне арендной платы проблема площадей является весьма актуальной для многих коммерческих

организаций); открытия филиалов в других районах (что свидетельствует о том, что данная организация имеет свой сегмент рынка, устойчивую репутацию и возможности для дальнейшего развития); расширения спектра оказываемых услуг (придя в ту или иную организацию, пациент заинтересован в том, чтобы все или большинство необходимых ему услуг были оказаны в одном месте, хотя в ряде случаев в силу ограниченности финансовых и других возможностей это представляет достаточно сложную задачу для любого медицинского центра).

Таким образом, проведенное исследование доказало, что имидж организации и, соответственно, ее возможности для привлечения пациентов во многом зависят от отношения к ним. Установление длительных взаимоотношений с пациентами (маркетинг взаимодействия) становится основной задачей организации в целом и всех ее сотрудников.

Погосян С.Г.

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

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Одной из наиболее актуальных проблем функционирования системы здравоохранения на современном этапе является существенный дефицит кадров среднего медицинского персонала. Поэтому анализ состава средних медицинских работников и изучение их мнения об условиях труда весьма важны с точки зрения сохранения имеющихся и привлечения новых кадров.

Опрос 600 средних медицинских работников различных регионов России показал, что в возрастной структуре работающих наибольшая часть пришлась на долю лиц 30-39 (32,0%) и 40-49 лет (32,2%). Значительной (20,9%) была доля лиц 50 лет и старше и сравнительно небольшой (14,9%) - моложе 30 лет. Преобладание медработников старшего (предпенсионного и пенсионного) возраста над лицами моложе 30 лет, на наш взгляд, является достаточно тревожной тенденцией с точки зрения возможности «возобновления» кадрового ресурса средних медицинских работников.

Среди опрошенных сотрудников состояли в браке 62,3%. Минимальным (42,5%) был показатель в возрастной группе до 30 лет; выше (58,8%) - в возрасте 50 лет и старше; наиболее высок - в возрасте 30-39 лет (68,9%) и 40-49 лет (67,2%). Дети были у 83,3% респондентов (то есть при сравнении с процентом состоящих в браке видно, что значительная часть опрошенных женщин воспитывала детей в одиночку), в т.ч. один ребенок - у 35,6%; двое - у 31,4%; трое и более - у 16,3%. Обращает на себя внимание, что доля состоящих в браке была минимальной среди сестер-руководителей (51,4%). Среди них же наименьшим (2,8%) был процент имеющих троих и более детей.

Важной социально-гигиенической характеристикой является уровень дохода. Оценивая уровень своего дохода, 44,7% респондентов считали его низким, а 12,2% - даже крайне низким; 41,8% - средним и лишь 1,3% - высоким. При этом на одну ставку работали 67,7% респондентов; на полторы - 24,9%; более чем на полторы - 7,4%. То есть в силу необходимости (низкого уровня оплаты труда) каждый третий средний медработник вынужден работать более чем на ставку (что, безусловно, не может не сказываться на уровне его здоровья, а также на качестве оказываемой помощи).

Как известно, наряду с такими функциями, как воспроизводственная и компенсирующая, заработная плата должна играть также стимулирующую роль. Проведенный опрос показал, что почти половина (41,2%) респондентов отметила несоответствие заработной платы реальному трудовому вкладу. Кроме того, опрошенные указали на невозможность получения дополнительных источников заработка, включая премии (35,3%) зависимость размера оплаты от «отношений с руководством» (11,8%) ее непрозрачность» (5,9%).

Нельзя не отметить, что субъективно оцениваемый как низкий и отчасти несправедливый уровень оплаты труда сочетается с субъективно же высокой (по мнению 44,2% опрошенных)

Организация здравоохранения и рациональное использование медицинских ресурсов

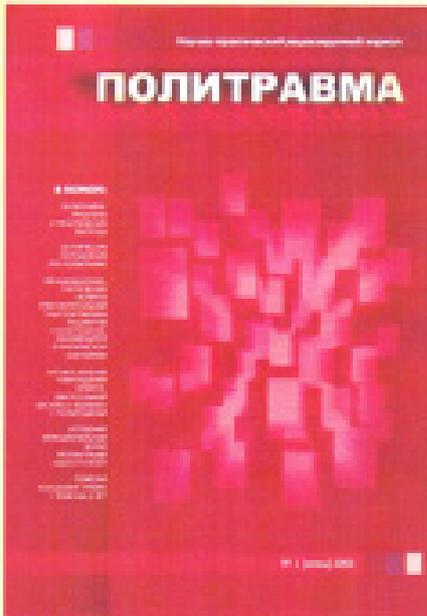
нагрузкой и высокой степенью напряженности труда (49,6%).

Таким образом, проведенный опрос показал, что в настоящее время среди среднего медицинского персонала значительную долю составляют лица предпенсионного и пенсионного возраста. При наличии у большинства опрошенных детей менее $\frac{2}{3}$ состоят в браке.

Уровень оплаты труда (и сам характер ее определения) не устраивает большую часть опрошенных. Значительная часть (особенно лиц молодого возраста) вынуждена работать более чем на одну ставку. Существующая нагрузка воспринимается почти половиной респондентов как высокая. Это требует серьезной целенаправленной работы по привлечению молодежи в профессию и созданию условий, позволяющих «удержать» кадры сестринского персонала.

ВНИМАНИЕ!
НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА
научно-практический
рецензируемый ежеквартальный
журнал «ПОЛИТРАВМА»

ТУ42 - 00762 от 22.12.2014 г.



Тематика: фундаментальные и прикладные теоретические, клинические и экспериментальные исследования, заметки на практике, 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 "Полиравма" включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук (Перечень рецензируемых научных изданий на сайте www.maf.ed.gov.ru от 01.07.2015).

Отрасли науки, по которым рецензируемое научное издание "Полиравма" входит в перечень: 14.01.00 - клиническая медицина; 14.03.00 - медицинские биологические науки. Группы специальностей научных работников: 14.01.15 - травматология и ортопедия, 14.01.18 - нейрохирургия, 14.01.17 - хирургия, 14.01.20 - анестезиология и реаниматология, 14.03.03 - патологическая физиология.

Подписка на журнал

на почте по каталогам

- ОАО "Роспечать", индекс подписки - 36875
- "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: inmaust@gnkc.kuzbass.net, pressa@gnkc.kuzbass.net
Интернет-сайт: www.mine-med.ru
Тел: (384-56) 2-38-88; ФАХ: (384-56) 2-40-50

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Клинические аспекты
анестезиологии и интенсивной помощи**

Агаджанян В.В., Кравцов С.А., Власов С.В., Власова И.В., Малев В.А.

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

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Массивная кровопотеря при политравме является одним из патогенетических факторов тромбообразования. Выраженное снижение гематокрита и корпускулярности крови приводит к изменению вязкости и нарушению пристеночного кровотока с нарушением микроциркуляции и тканевого метаболизма. Гепаринопрофилактика малоэффективна при высокой активности механизмов тромбообразования. Донорские эритроциты морфологически и функционально деградированы и не способны осуществлять газотранспортную функцию. При этом они ухудшают состояние микроциркуляции и создают предпосылки для развития ДВС-синдрома и тромботических осложнений.

Цель исследования. Изучить влияние качества восполнения кровопотери на частоту тромботических осложнений при политравме.

Материалы и методы исследования. В контролируемое рандомизированное исследование включено 60 пациентов с массивной кровопотерей. В основной группе (n=30) осуществлялась аппаратная реинфузия аутокрови («BRAT 2»), в контрольной группе (n=30) восполнение кровопотери проводилось компонентами донорской крови. По объему кровопотери группы не различались. Ультразвуковое исследование сосудов проводили методом дуплексного сканирования (ДС) Sono Scape S6 (Китай) в режиме серой шкалы и цветного картирования по стандартной методике (сканирование в трех плоскостях). Вены голени, подколенные, бедренные вены сканировали линейными датчиками с частотой 7, 14 МГц, подвздошные вены - конвексным датчиком 3-5 МГц.

Результаты и обсуждение. В основной группе донорская эритроцитная масса не использовалась. В контрольной группе проводилась трансфузия 960 ± 110 мл донорской эритроцитной массы. В основной группе на высоте кровопотери и после операции лабораторные показатели периферической крови были выше, чем в контрольной группе. Это доказывает, что одно из наиболее важных преимуществ аппаратной аутогемотрансфузии - качественное восполнения ОЦК в сравнении с более ранней секвестрацией перелитых донорских эритроцитов в организме реципиента.

Показатели гемодинамики являются важным критерием адекватности восполнения кровопотери. Применение метода аппаратной аутогемотрансфузии позволяет сократить сроки купирования шока за счет нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики уже в раннем послеоперационном периоде.

Снижение ударного объема крови в контрольной группе компенсировалось увеличением ЧСС. При этом выявлена статистически значимая разница АД среднего, ЧСС и общего периферического сопротивления (ОПС) между группами. Так как кровь является неньютоновской жидкостью, то она имеет различную скорость в потоке и вязкость в зависимости от гематокрита, при этом изменяется и скорость сдвига при воздействии на эндотелий сосудов. При анемии уменьшается вязкость крови, что и привело в группе сравнения к снижению ОПС на 15% и системного АД на 20% в сравнении с исследуемой группой.

В ходе проведенного исследования не выявлено достоверного различия по показателям кислородного статуса при поступлении пациентов и на высоте кровопотери. При поступлении в стационар доставка (DO_2) и потребление кислорода (VO_2) находились на низких значениях, что связано с умеренной анемией и гиповолемией с некоторым снижением сердечного выброса.

На высоте кровопотери доставка кислорода снижалась в обеих группах, при этом в основной группе снижение было не такое выраженное, как в контрольной группе. Это связано с более быстрым восполнением кровопотери реинфузией собственных эритроцитов, что позволяет в ранние сроки нормализовать кислород-транспортную функцию крови за счет нормализации

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

гемического компонента у пациентов в основной группе.

В контрольной группе тяжесть состояния пациентов ухудшилась, что проявлялось артериальной гипотонией и тахикардией по сравнению с предоперационным периодом, а также проведением продленной ИВЛ. Лабораторно выявлялась тяжелая анемия, гипопропротеинемия, нарушения кислотно-основного состояния. При отсутствии различий в группах по исходному состоянию, характеру и величине кровопотери изменение тяжести их состояния можно связать с методом восполнения кровопотери.

Реакция симпатической системы на кровопотерю вызывает нарушение тканевого капиллярного кровотока, газообмена и накопление лактата. Повышение его концентрации в крови у пациентов контрольной группы было достоверно выше ($4,9 \pm 0,8$ ммоль/л) в сравнении с основной группой ($3,6 \pm 0,4$ ммоль/л), как на высоте кровопотери, так и в раннем послеоперационном периоде. Это отражает недостаточный уровень нейровегетативной защиты от операционной агрессии у пациентов контрольной группы.

Пациентам проведено ДС в послеоперационном периоде. Всего выявлено 36 случаев (73,5%) венозных тромбозов. В основной группе тромботических осложнений выявлено на 40% меньше, чем в контрольной группе ($\chi^2=5,424$, $p=0,02$), флотирующие эмболоопасные тромбозы и эпизоды ТЭЛА не выявлены совсем.

Выводы:

1. Использованием интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов достигается более раннее и адекватное восполнение острой массивной кровопотери, что способствует улучшению гематологических и биохимических показателей крови в раннем послеоперационном периоде.

2. Уменьшение тяжести состояния пострадавших за счет быстрой стабилизации центральной гемодинамики и транспорта кислорода при кровопотере обеспечивает снижение риска развития тромботических осложнений.

Бердовская М.П., Чергейко М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время появились некоторые используемые для изменения своего психического состояния средства и их сочетания, применяемые в определенных возрастных группах и ассоциирующиеся с определенным возрастным периодом. Одни средства стали впервые применяться в подростковой среде, а затем уже взрослыми лицами. Прием других средств характерен только для детско-подросткового периода и практически не встречается в более старшем возрасте. Именно такую группу и составляют различные летучие наркотически действующие вещества, применяемые во многих областях промышленности, а также в быту и преимущественно используемые детьми и подростками путем ингаляций.

Цель исследования. Изучить социальные аспекты алкогольных и ингаляционных отравлений у детей Гродненской области (Беларусь).

Материалы и методы исследования. Проанализированы 54 истории болезни детей, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» с алкогольным отравлением либо отравлением курительной смесью.

Результаты исследований и их обсуждение. Среди поступивших в стационар преобладали мальчики - 43 (80%) человека. Средний возраст составил $14,7 \pm 1,72$ лет. 29 подростков поступили в состоянии алкогольного опьянения, 20 - указывали на употребление курительной смеси «спайс», 4 жевали семена дурмана, в одном случае было одновременное употребление алкоголя и курительной смеси.

Все пациенты доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи. Несовершеннолетние в состоянии алкогольного опьянения поступали в вечернее время (89% после

18.00). 27 подростков обнаружены на улице случайными прохожими, 3 подростков доставлены из отделения милиции, так как совершили правонарушение - кражу в магазине спиртных напитков. 11 подростков доставлены из квартиры, 8 - из общежития, 3 - из училища или школы в сопровождении педагогов, 1 - из молодежного центра. 6 детей госпитализированы в соматические отделения, 48 в связи с тяжестью состояния - в отделение реанимации. Всем подросткам оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара.

37 подростков были учащимися школ, 14 - учащимися колледжей (из них 10 - будущие строители), 1 - учащимся лицея и 1 студентом ВУЗа. Из пациентов, поступивших в состоянии алкогольного опьянения, 90% употребляли крепкие спиртные напитки (водка, коньяк), остальные - слабоалкогольные (пиво и шампанское).

При поступлении у 12 детей наблюдалась рвота, боль в животе, у 8 - нарушение походки, речи. 5 подростков доставлены без сознания, у 10 было нарушение поведения (агрессия, возбуждение, зрительные и слуховые галлюцинации). Средний уровень этилового спирта в крови составил 1,28‰, в моче - 1,54‰.

При указании в анамнезе на употребление курительных смесей в крови у 13 из 20 пациентов психотропные и наркотические вещества не обнаружены. В крови у отдельных подростков обнаружены следующие вещества: атропин, скопеломин, клозапин, димедрол, метамилон, аминифеналон, особо опасные психотропные вещества АВ - PINACA -СНМ, MDPV, MBA(N) - 018 - (АВ - PINACA).

Выводы.

1. Среди лиц, употреблявших спиртные напитки и курительные смеси, основную массу составили мальчики, учащиеся средних школ.

2. Средний уровень алкоголя в крови соответствует средней степени опьянения.

3. При употреблении курительных смесей в 65% случаев наркотические вещества в крови не обнаруживаются в связи с изменчивостью химической формулы вещества.

Бережной С.Г., Говорова Н.В., Литвинов А.Е.

БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1»
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО
«Омский государственный медицинский университет»
г.Омск, Россия

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Актуальность. Интенсивная терапия пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом остается одной из основных задач врача-реаниматолога. Сепсис и тяжелый сепсис, а также тяжелая сочетанная травма являются основными факторами риска развития и основной причиной ОРДС - до 42% случаев. На основании современных взглядов на этиологию и патогенез развития ОРДС с учетом новых знаний о морфологических изменениях паренхимы легких предложены разнообразные способы коррекции гипоксии, включающие в себя респираторные и нереспираторные методы.

При всем многообразии применяемых сегодня методов значительная их часть несет временный положительный эффект, практически не оказывая влияния на длительность искусственной вентиляции легких и летальность у пациентов с ОРДС. Применение некоторых агрессивных способов ИВЛ может способствовать развитию вентилятор-ассоциированных повреждений, что ухудшает течение патологического процесса и прогноз для пациента.

Улучшение результатов лечения ОРДС может быть достигнуто за счет усовершенствования современных режимов вентиляции.

При оценке выраженности нарушения газообмена при ОРДС в качестве индикаторов степени повреждения легочной ткани сегодня недостаточное значение придается показателям альвеолярно-артериального градиента кислорода ($A-aDO_2$) и респираторного индекса (RI).

Цель исследования. Улучшение газообменной функции легких у пациентов с ОРДС, развившимся в результате воздействия различных пусковых факторов, посредством использования

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

многоуровневой искусственной вентиляции легких.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 88 пациентов с тяжелым негомогенным повреждением легких различной этиологии (тяжелая сочетанная травма, пневмония, панкреонекроз). В качестве респираторной терапии для пациентов контрольной группы использовали классические режимы с управлением по объему или с поддержкой давлением в дыхательных путях.

В основной группе ИВЛ проводили аппаратом CHIROLOG AURA (Республика Словакия) с помощью многоуровневой вентиляции с использованием не менее трех уровней поддержки давлением в дыхательных путях. Проводили контроль газового состава крови с оценкой альвеолярно-артериального градиента кислорода и респираторного индекса на 1, 3, 5 и 7-е сутки с момента поступления в отделение. Для исследования достоверности различий в подгруппах использовали коэффициент Краскела-Уоллиса, между когортами - коэффициент Манна-Уитни, для исследования динамики показателей в когортах - коэффициент ANOVA, с построением графиков «box and plots» для статистически значимых показателей

Результаты и обсуждение. Применение различных способов респираторной поддержки показало, что использование многоуровневой вентиляции позволяет в значительной степени улучшить показатели кислородного статуса пациентов, находящихся в критическом состоянии: в большинстве случаев удалось улучшить вентиляционно-перфузионное отношение за счет снижения $A-aDO_2$, уменьшить степень внутрилегочного шунтирования. Появилась возможность отказаться от высоких значений FiO_2 . Результаты работы подтверждены клиническими, инструментальными и лабораторными исследованиями.

Выводы.

Респираторная поддержка с использованием многоуровневой вентиляции значительно улучшает газообмен в результате снижения альвеолярно-артериального градиента O_2 и респираторного индекса, уменьшает степень внутрилегочного шунтирования и летальность пациентов.

Григорьев Е.В., Плотников Г.П., Шукевич Д.А., Груздева О.В., Пенская Т.Ю.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

КОНЦЕНТРАТ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА (КПК) ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность КПК у кардиохирургических больных.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 74 пациента, оперированных в период с 2012 по 2013 г. в условиях искусственного кровообращения (ИК), с факторами риска развития послеоперационного кровотечения и оценкой по шкале Parworth Bleeding Risk Score более 4 баллов. Пациенты были разделены на 2 группы:

- 1 группа с использованием традиционных методов коррекции гемостаза (n=35),
- 2 группа с использованием традиционных методов коррекции гемостаза в сочетании с применением КПК (использовался препарат Протромплекс 600, Baxter, Австрия) в постперфузионном периоде (n=39).

Исследование показателей гемостаза проводили:

- (1) на момент индукции в анестезию;
- (2) на момент поступления больного в ОРИТ.

Методы исследования:

- (1) общеклинические показатели,
- (2) газовый состав и КОС артериальной и смешанной венозной крови,
- (3) количество тромбоцитов, МНО, протромбин по Квику, активированное частичное тромбопластиновое время, концентрация фибриногена.

Клиническая эффективность: потребность в экстренных реоперациях по поводу рецидива

кровотечения, наличие/отсутствие тромбоэмболических осложнений, частота встречаемости признаков ОРДС, пневмоний, длительность послеоперационной респираторной поддержки, потребность в заместительной почечной терапии, длительность госпитализации в отделение реанимации.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы «Statistica 6.0», данные представлены в виде (Me:Q1;Q3), для сравнения связанных групп использовали критерий Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. В группе с использованием КПК мы зафиксировали достоверно меньшие суммарные объемы перелитой СЗП и донорских эритроцитов. Средняя доза КПК в нашем исследовании составила 38 МЕ/кг. Применение КПК приводит к значимому снижению интенсивности кровотечения в постперфузионном периоде, о чем свидетельствует снижение темпа послеоперационных дренажных потерь. При применении КПК снижение показателя МНО до супранормальных значений (1,2-1,5) происходило в течение 2-4 часов, а остановка кровотечения достигнута у 90% пациентов.

В обеих группах пациентов было отмечено закономерное снижение количества тромбоцитов, без достоверных различий между группами. Наблюдали закономерное и достоверное снижение основных показателей гемостаза и удлинение АЧТВ в обеих группах в динамике до и после операции. Однако при межгрупповом сравнении было выявлено, что такие показатели, как протромбин, МНО и АЧТВ в послеоперационном периоде были достоверно выше в группе с применением КПК в постперфузионном периоде.

Важнейшими выводами анализа считаем значимую эффективность при использовании КПК в отношении клинических исходов. Наши клинические данные свидетельствуют о достоверно меньшей потребности в реоперациях по поводу послеоперационных кровотечений в группе с использованием КПК. Безопасность и эффективность доказывается и фактом достоверно более низкой частоты таких классических последствий массивной кровопотери и массивной трансфузии, как ОРДС, длительная ИВЛ и потребность в заместительной почечной терапии.

Выводы.

1. Концентраты протромбинового комплекса в комплексе интенсивной гемостатической терапии демонстрируют безопасность (в отношении снижения частоты ОРДС, реопераций и пневмонии) и эффективность (в отношении нормализации системы гемостаза, потребности в компонентах крови и снижения объема кровопотери).

2. Не зафиксировано тромбоэмболических осложнений.

3. Применение КПК позволило значимо сократить длительность ИВЛ и период нахождения пациента в ОРИТ после кардиохирургических операций, в сравнении с пациентами, которым проводилась традиционная гемостатическая терапия.

Григорьев Е.В., Плотников Г.П., Херасков В.Ю., Шукевич Д.Л.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

г. Кемерово, Россия

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ КАК СПОСОБ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Цель исследования. Обосновать и клинически апробировать метод терапевтической гипотермии (ТГ) у нейрореанимационных больных.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 8 пациентов. Основной диагноз: разрыв аневризмы церебральных сосудов, осложненный субарахноидальным кровоизлиянием, церебральным ангиоспазмом (ЦА), отеком головного мозга.

Все пациенты были оперированы в объеме краниотомии и клипирования аневризм. Использовали метод терапевтической гипотермии (ТГ), с достижением целевой температуры 33°C, аппарат «Arctic Sun 5000», Бард Медикал, США. Инициировали ТГ с первых часов после операции, длительность составила 39±8 часов.

Пациентам мониторировали:

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

(1) уровень внутричерепного давления (ВЧД), монитор «Шпигельберг», Германия, использовали вентрикулярные (у 6 больных) и паренхиматозные (у 2 пациентов) датчики ВЧД;

(2) показатели линейной скорости кровотока (ЛСК), аппарат для транскраниальной доплерографии (ТКДГ) «Ангиодин Универсал», БИОСС, Россия;

(3) уровень основного обмена (ОО), монитор «Тритон МПР 6-03», Тритон, Россия.

В динамике проводили мультиспиральную компьютерную томографию головного мозга. Данные представлены в виде Ме (25; 75 процентиль).

Результаты исследования. Пациенты были оперированы с исходным уровнем ЦС не более 2 (по данным индекса Линдегарда). В ближайшие часы после операции был зафиксирован подъем скорости кровотока до 4 (2;5), что сопровождалось увеличением ВЧД с исходного 12 (10; 16) до 25 (20; 29) мм рт. ст. На этом фоне наблюдали увеличение ОО с исходного 1201 (1001; 1302) до 3180 (3104; 3244) ккал, что объясняли развитием диэнцефально-катаболического синдрома.

ТГ позволила уменьшить уровни ВЧД, ОО и ЛСК до нормальных показателей и стабилизировать вплоть до момента согревания. У 5 пациентов через 36 часов ТГ наблюдали постепенное улучшение неврологического статуса с нормализацией показателей ОО, ЛСК и ВЧД. Оценка по шкале исходов Глазго составила 3,4 (3,2; 4,1) балла.

Летальный исход наблюдали у 2-х пациентов, где ТГ позволила снизить уровень ВЧД и ОО, уменьшить инструментальные проявления ЦС, однако после согревания уровень ВЧД увеличился и стал резистентен к иным способам коррекции. Побочных эффектов ТГ не зафиксировали.

Выводы.

Метод ТГ у пациентов в критических состояниях (на клинической модели нетравматического субарахноидального кровоизлияния) позволяет обеспечить эффективную защиту головного мозга.

Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов Р.В., Бутов О.В., Бойко Е.А., Рубан Е.А.

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛГЕЗИЯ В КОМПЛЕКСЕ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКЕ

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

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

Задачи исследования.

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

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

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

В I группе (n - 75) проводилась упреждающая анальгезия комбинацией лидокаина 2% 4 мг/кг не более 200 мг, ингалируемого через небулайзер, и перфалгана, вводимого в дозе 15 мг/кг внутривенно. Профилактика послеоперационной боли проводилась непосредственно перед хирургическим вмешательством.

В первой группе пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: тонзиллотомии 5 (7%), аденотомии 24 (32%), аденотонзиллотомии 10 (14%), подслизистые резекции носовой перегородки 29 (39%), удаление новообразований 6 (8%).

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

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

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

Выводы.

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

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

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

ОСОБЕННОСТИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Актуальность. Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 40 лет - первое. У пострадавших с политравмой, сопровождающейся тяжелым шоком, более половины летальных исходов наступает в остром периоде травматической болезни. Известные сложности, такие как отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных специалистов, обуславливают высокий уровень летальных исходов - до 60%, что почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях - 21-22%.

В настоящее время доказано, что для пострадавших с политравмой, наиболее оптимальным является их максимально быстрая доставка в специализированные травматологические центры. Обеспечение безопасной межгоспитальной транспортировки пострадавших с политравмой в состоянии травматического шока базируется на непрерывности проводимой терапии травматического шока - быстрое и эффективное восполнение объема циркулирующей крови и интерстициальной жидкости, борьба с болью и т.д., среди которых требуют уточнения вопросы надежной иммобилизации мест переломов.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения травматического шока при межгоспитальной транспортировке у пострадавших с политравмой в остром периоде травматической болезни путем оптимизации лечебной тактики во время ее проведения.

Материалы и методы исследования. Исследование было разделено на два этапа. На первом этапе был предложен оригинальный способ транспортной иммобилизации мест переломов костей нижних конечностей и таза с использованием ПШК «Каштан» при межгоспитальной транспортировке пострадавших с политравмой. Изучена надежность иммобилизационной

Клинические аспекты анестезиологии и интенсивной помощи

функции ПШК «Каштан», гемодинамические показатели (АДсист., АДдиаст., АДср., ЧСС) и интенсивность болевого синдрома у транспортируемых пострадавших.

В исследование было включено 35 пострадавших с политравмой. Транспортировка осуществлялась на 4-5 сутки от момента травмы (ранний период травматической болезни). Все пострадавшие находились в стабильном состоянии. Протившоковый костюм «Каштан», при транспортировке, использовался не с противошоковой целью, а только для обеспечения надежной иммобилизации костей нижних конечностей и таза с режимом пневмокомпрессии над поврежденными частями тела 50, 40 и 30 мм рт. ст.

Для оценки надежности иммобилизации при межгоспитальной транспортировке использовался рентгенологический метод исследования. Для оценки выраженности болевого синдрома при межгоспитальной транспортировке, использовалась 5-балльная вербальная рейтинговая шкала оценки боли - VRS (Verbal Rating Scale).

На втором этапе, в исследование было включено 80 пострадавших с политравмой которые были разделены на две группы: основную (n=40) и группу сравнения (n=40), оценивалось влияние инфузионной терапии при межгоспитальной транспортировке на показатели центральной гемодинамики и лабораторные показатели пострадавших.

Нами был разработан способ инфузионной терапии при межгоспитальной транспортировке у пациентов в состоянии травматического шока с использованием в качестве основного компонента гидроксиэтилкрахмала 130/04. Пациентам основной группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. В группе сравнения инфузионная терапия проводилась по традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). Транспортировка осуществлялась в течение первых двух суток от момента травмы, т.е. в остром периоде травматической болезни.

Результаты исследования. На начальном этапе исследования, после проведения транспортировок 5-ти пострадавших с пневмокомпрессией 30 мм рт. ст., у 4 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 третьей группы пострадавших было прекращено. При исследовании пневмокомпрессии 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 надежности проводимой транспортной иммобилизации. Однако при исследовании выраженности болевого синдрома при компрессии 50 мм рт. ст., отмечается большая его интенсивность по сравнению с компрессией 40 мм рт. ст. На втором этапе исследования, анализ гемодинамических показателей пострадавших, выявил более быструю их нормализацию в основной группе, чем в группе сравнения и менее выраженное отрицательное воздействие на исследуемые лабораторные показатели в основной группе, чем в группе сравнения.

Выводы.

Таким образом, применение данной лечебной тактики делает межгоспитальную транспортировку более безопасной и позволяет осуществлять более ранний перевод (1-2-е сутки) пострадавших с политравмой из не специализированных ЛПУ в специализированные травматологические центры и снизить летальность у данной категории пострадавших.

Хохлова О.И., Козлов Н.Н., Устьянцева И.М.

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

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ПОКАЗАТЕЛИ ГИПОКСИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Цель исследования. Оценить показатели кислотно-основного состояния, газов крови и уровня лактата у пациентов в критическом состоянии с синдромом системного воспалительного ответа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 17 пациентов, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» г.Ленинска-Кузнецкого в критическом состоянии с различной основной патологией (острое нарушение мозгового кровообращения, эндокардит, панкреонекроз, желудочно-кишечное кровотечение, кишечная непроходимость, хроническая почечная недостаточность, инфаркт миокарда, политравма) (средний возраст - $53 \pm 18,1$ года).

При поступлении у всех пациентов оценивали наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) согласно критериям R.C. Bone и соавт. (1992 г.). Пациенты с наличием двух и более признаков ССВО вошли в основную группу (n=11). Группу сравнения составили пациенты без ССВО (n=6). Группы существенно не отличались по возрасту и половому составу. Половине пациентов группы сравнения и 73% - основной проводилась искусственная вентиляция легких (p=0,34). Программа исследования была реализована с применением лабораторных методов исследования на 1-3 сутки после поступления пациентов в отделение реанимации.

Для оценки сопоставимости групп определяли параметры «красной крови» (гематокрит, эритроциты, гемоглобин) на анализаторе «Sismex XT 2000i» (Япония). Показатели кислотно-щелочного состояния, лактат и газы крови определяли в гепаринизированной венозной крови на анализаторе критических состояний «Roche Omni S» (Германия). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20.0». Данные представлены в виде медианы и 25-75% размаха. Различия между группами по количественным признакам выявляли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, по качественным - по точному критерию Фишера. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По показателям «красной крови» не выявлено статистически значимых различий между группами. Анемия легкой и средней степени тяжести наблюдалась у 36,4% пациентов основной группы и у 50% - группы сравнения (p=0,48). При этом у пациентов с ССВО отмечалось более низкое парциальное давление кислорода (pO_2) (30,9 (26,9-36,1) мм рт. ст. против 43,7 (35,5-48,7) в группе сравнения, p=0,020), содержание оксигемоглобина (O_2Hb) (в среднем, на 26%, p=0,002) и степень насыщения кислородом (сатурация - sO_2) (на 26,5%, p=0,048). Полученные данные свидетельствуют о дефиците кислорода и нарушении кислородтранспортной функции крови у пациентов с ССВО. Косвенным показателем кислородного долга является уровень лактата в крови, образование которого в условиях гипоксии рассматривается как адаптивное явление, нацеленное на противодействие энергетическому кризису. У пациентов с ССВО уровень лактата в 3 раза превысил таковой в группе сравнения (p=0,020), что свидетельствует о выраженном кислородном дисбалансе с накоплением недоокисленных продуктов обмена и ацидозом. Это подтверждается и более существенным дефицитом оснований (-4,7 (-7,1 - -3,9) против -2,6 (-4,0 - -1,6) в группе сравнения).

Таким образом, при синдроме системного воспалительного ответа у пациентов в критическом состоянии наблюдаются признаки гипоксии, что свидетельствует о сопряженности этих патологических процессов.

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.

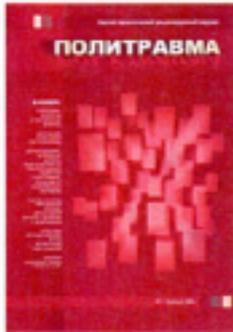
Аудитория: врачи, научные работники, преподаватели и студенты медицинских учебных заведений, руководители учреждений здравоохранения, сотрудники фирм-производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

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											
							36675 (индекс издания)					
	ПВ		место		литер							
	«Политравма»											
	(наименование издания)											
	Стоимость		подписки		_____руб. ___коп.		Количество комплектов					
			перезадресовки		_____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.presscfa.ru>

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ**

Афанасьев Л.М., Исаев Е.А.

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ И ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

При явном улучшении качества оказания медицинской помощи больным с переломами длинных трубчатых костей верхней конечности остается высоким процент неудовлетворительных результатов лечения - до 30%. Диагностические, тактические и лечебные ошибки на этапах оказания помощи больным с данной патологией составляют 75%.

Проблема лечения больных с открытыми переломами верхней конечности попрежнему является одной из наиболее актуальных в травматологии. Несмотря на широкое внедрение новых методов остеосинтеза и применение современных антибактериальных препаратов, число гнойных осложнений после операций в результате этих травм остается очень высоким, достигая, по данным отечественной литературы от 10 до 57% (Бусоедов А.В. 2007 г.; Шаповалов В.М. с соавт., 2006 г.).

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, открытые переломы, накостный остеосинтез, верхняя конечность.

Большое количество неудовлетворительных результатов лечения больных с переломами длинных трубчатых костей верхних конечностей можно объяснить тем, что до настоящего времени не нашли окончательного решения в вопросах организации, диагностики и тактики лечения данной группы пациентов.

Анализ литературы показал что встречающиеся публикации о проведении накостного остеосинтеза, как правило, касаются лечения больных с закрытыми переломами длинных трубчатых костей верхней конечности. В литературе последних лет имеются единичные сообщения о возможности применения накостного остеосинтеза при лечении больных с открытыми переломами, но в печатных работах отсутствуют детально разработанные показания и тактика лечения данной патологии.

Цель исследования. Обосновать хирургическую тактику лечения больных с открытыми и закрытыми переломами длинных трубчатых костей верхних конечностей, направленную на снижение временной нетрудоспособности и улучшение функциональных результатов.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 63 пациента, пролеченных в нашем отделении методом накостного остеосинтеза в период с 1994 по 2013 г. с открытыми и закрытыми переломами 75 длинных трубчатых костей верхних конечностей, вызванными различными травмирующими факторами. Подавляющее большинство были мужчины - 52 (82,4%), женщин 11 (17,6%).

Возраст пострадавших колебался от 21 до 55 лет, средний возраст составил 38 лет. Неосложненных переломов (без повреждения других структур) было 45 (68,6%), сочетанных повреждений (в том числе травматические ампутации) - 18 (31,4%). По локализации повреждений переломы плечевой кости составили 15 (19,6%), перелом обеих костей предплечья - 16 (37,2%), перелом одной из костей предплечья - 32 (43,1%).

Выводы.

Накостный остеосинтез является эффективным методом лечения больных с открытыми и закрытыми переломами длинных трубчатых костей верхних конечностей, обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, позволяет проводить разработку движений конечности с 3-5 суток и сократить сроки временной нетрудоспособности.

Гнойно-септических осложнений удается избежать в подавляющем большинстве случаев лечения пациентов с открытыми переломами длинных трубчатых костей верхних конечностей, пролеченных методом первичного накостного остеосинтеза в условиях специализированных

Афанасьев Л.М., Ежов А.А.

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

ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ МЕТОД ВОЗМЕЩЕНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ДВУХЭТАПНОГО МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Актуальность. Повреждения периферических нервов верхней конечности продолжают оставаться одной из наиболее трудных проблем в реконструктивной хирургии.

Актуальность этой проблемы подтверждается высоким удельным весом травм нервов в общей структуре травматизма: при открытых травмах конечностей он составляет 35,6%, при закрытых - 7,6%. Около 60% больных с повреждениями периферических нервов становятся инвалидами 2 и 3 групп (Шевелев И.Н. 1983 г.).

Наибольшие трудности в лечении больных с повреждениями нервных стволов конечностей, возникают при наличии дефекта нерва на протяжении, когда шов нервов без натяжения становится невозможным. Наиболее признанным методом в лечении этой патологии является аутонервная пластика, которая благодаря сравнительной простоте выполнения и одноэтапности метода нашла широкое применение в клинической практике.

Большой клинический опыт и исследование отдаленных функциональных результатов лечения пациентов с помощью аутонервной пластики показывает, что она имеет существенные недостатки, важнейшим из которых становится невозможность подбора трансплантата с необходимым для реципиентного ствола количеством нейрофасцикул.

Другим недостатком любой аутонервной пластики является наличие двух линий швов, что затрудняет прорастание регенерирующих аксонов в дистальный отрезок нерва из-за сформировавшегося участка рубцовой ткани на уровне трансплантата. Этим объясняется то обстоятельство, что процент неудовлетворительных результатов при аутопластике все еще остается высоким, на что указывают многие авторы (Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. 1988 г., Алиев М.А. 1989 г., Kalomiri D.E. et al. 1994 г.).

Альтернативным решением в замещении дефектов нервов может стать метод тракционного удлинения нервного ствола, впервые примененный Н.Н.Бурденко (1942 г.), который получил дальнейшее развитие в работах Г.А. Илизарова и К.А. Григоровича. Следует отметить, что большинство экспериментальных работ, посвященных тракционному удлинению нервов, носят в основном описательный характер. Мало исследований, достоверно подтверждающих функционально выгодные результаты лечения с использованием тракционного удлинения нервных стволов перед методикой аутонервной пластики. Что касается клинического применения этого метода, то в литературе приводятся лишь единичные клинические наблюдения с успешным результатом лечения (Ахмедов Р.Р. 1983 г., Волкова А.М. 1978 г., Григорович К.А. 1981 г., Ashworth C.R. et al. 1971 г.).

Цель исследования. Сравнительно проанализировать результаты хирургического лечения методами двухэтапного микрохирургического шва периферического нерва по методике Григоровича К.А., и свободной аутонервной пластики у пациентов, имеющих сегментарные дефекты нервных стволов конечностей.

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

Были проанализированы клинические случаи и результаты лечения пациентов с сегментарными дефектами нервных стволов конечностей. Общее число обследуемых - 64 человека.

Первая группа - 32 пациента, у которых проводили двухэтапный микрохирургический шов нерва.

Вторая группа - 32 пациента, со свободной нервной аутопластикой периферических

нервов.

Сроки оперативного лечения в обеих группах составили от 3 до 15-и месяцев после повреждения нервов. Средний возраст пациентов - 29,2 года. Преобладающее число среди пациентов мужчины - 84,4%.

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

Выводы.

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

**Батпенов Н.Д., Игнатенко О.Ю., Щербакова Е.В., Борецкая Е.А.
Чернышова А.В.**

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

ОПЫТ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

В настоящее время все большее внимание исследователей привлечено к проблеме оценки течения послеоперационного периода и прогнозирования его осложнений при лечении заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата, в частности с помощью объективных, доступных и информативных лабораторных тестов. Среди новейших диагностических методов одним из перспективных направлений является иммунодиагностика.

Более 10 лет на базе Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии г.Астаны работает научная лаборатория клинической иммунологии. Целью работы лаборатории является разработка алгоритмов иммунодиагностики у пациентов с травмами различного генеза, локализации и степени тяжести и их осложнениями, на фоне эндопротезирования крупных суставов, при нарушениях процессов ремоделирования костной ткани (остеопении и остеопорозе).

Основное направление работы лаборатории - изучение иммунного и цитокинового статуса у пациентов до и после операций эндопротезирования крупных суставов, а также у больных с нестабильностью имплантированных эндопротезов; у пациентов с повреждениями и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника, гнойно-септическими осложнениями травм. Кроме того, сотрудники лаборатории проводят научную работу по изучению взаимосвязи иммунной и эндокринной систем у пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, обусловленными остеопорозом.

Изучение иммунного статуса включает определение субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток с помощью иммунофенотипирования моноклональных антител к различным дифференцировочным антигенам (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, CD20+, CD25+, CD16++CD56+, HLA-DR+ и др.) методом проточной цитометрии на проточном цитофлуориметре FC-500 (Beckman Coulter, USA); изучение гуморального звена иммунитета (основные классы иммуноглобулинов - IgA, IgM, IgG, IgE); факторов неспецифической резистентности организма.

У пациентов с помощью иммуноферментного и иммунохемилюминесцентного методов изучается цитокиновый статус (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, TNF α , INF γ), проводится анализ показателей костного метаболизма (маркеров костной резорбции - пиридинолин, β CrossLaps, и маркеров формирования кости - костный изофермент щелочной фосфатазы, остеокальцин), а также гормонов, регулирующих фосфорно-кальциевый обмен (паратиреоидный гормон, кальцитонин, гормоны тиреоидной панели, андрогены, эстрогены), витамина Д, оценка степени их влияния

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

на резорбцию и формирование костного матрикса. Изучается взаимосвязь выявленных изменений вышеперечисленных параметров и иммунного статуса.

У пациентов с повреждениями и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов проводится мониторинг маркеров хрящевой ткани (катепсин К, катепсин L, агрекан, олигомерный матриксный белок хряща, хрящевой гликопротеин - 39).

Изучение иммунологических маркеров совместно с сотрудниками клинических отделений позволит оценить характер течения послеоперационного периода, прогнозировать его осложнения и откорректировать лечение пациентов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата с назначением соответствующей патогенетической терапии и иммунокоррекции, направленными на оптимизацию костной консолидации, снижение риска развития переломов и их осложнений.

Кроме того, иммунодиагностика позволит оценить эффективность проводимой терапии и не только улучшить состояние пациента, но и значительно сократить сроки лечения и реабилитации.

Воробьев А.М., Кошелев Г.П., Марченкова Н.М., Лютов К.В., Лукьянова Е.В.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Проведен анализ рентгенодиагностики переломов дистального отдела малоберцовой кости у детей. Дана сравнительная оценка рентгенограмм, сделанных в классических, двух проекционных изображениях и дополнительной $3/4$ проекции. Установлена эффективность $3/4$ -ой проекции, особенно в случаях с подозрением на перелом наружной лодыжки.

Ключевые слова: рентгенодиагностика переломов нижней трети костей голени.

Переломы дистального отдела костей голени относятся к наиболее часто встречающимся переломам и составляют по литературным данным, от 40 до 60% по отношению к переломам другой локализации. Чаще всего в механизме этой травмы доминирует пронационный и супинационный механизмы. В некоторых случаях краевые переломы большеберцовой кости могут сочетаться с переломами лодыжки (перелом Десто) или переломом Дюпюитрена, когда диагностируется перелом медиальной лодыжки и малоберцовой кости.

Наибольшие трудности в диагностике представляют переломы дистального отдела костей голени, особенно малоберцовой кости, когда костные отломки не смещены, а локальная симптоматика скудна. При этом рентгенологическая картина в типичных, двухпроекционных изображениях не достаточно информативна. Так, 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 наложения малоберцовой кости на большеберцовую не всегда возможна их правильная интерпретация, 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 имеющих четкую локальную симптоматику. Всем больным, кроме стандартных укладок в прямой и боковой проекциях, были сделаны $3/4$ проекции.

При анализе рентгенограмм в 5 случаях был выявлен субхондральный перелом $n/3$ малоберцовой кости, а в трех случаях эпифизиолиз наружной лодыжки без смещения. Это позволило назначить адекватное лечение и избежать возможные осложнения. Изучение полученных

рентгенограмм показало, что необходимость боковой проекции в большинстве случаев из-за её малой информативности практически отсутствует. Становится очевидным, что детям с подозрением на перелом дистального отдела малоберцовой кости целесообразны только прямая и $3/4$ -ая проекции, особенно в тех случаях, когда отсутствуют четкие локальные признаки перелома.

Выводы.

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

Выговский Н.В., Сорокин Н.Н., Моноенко В.В., Репин Р.С., Оленев Е.А.

Новосибирский Государственный медицинский Университет
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница N 34»
г.Новосибирск, Россия

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Актуальность исследования. Переломы диафиза бедренной кости относятся к серьезным видам повреждений опорно-двигательного аппарата. Ложные суставы при переломах диафиза бедренной кости составляют до 6%.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения пациентов с ложными суставами диафиза бедренной кости.

Материалы и методы исследования. Провели анализ историй болезни 17 пациентов с ложными суставами диафиза бедренной кости, ранее оперированных по поводу закрытых диафизарных переломов с применением различных способов погружного остеометаллосинтеза (ПОМС) в период с 2004 по 2014 год. Возраст больных варьировал от 26-ти до 71 года. Давность ложных суставов составляла от 1,5 до 2-х лет. Изначально по классификации АО/ASIF, переломы типа А были диагностированы у 7, типа В - у 10 пациентов.

По локализации переломы бедра у пациентов распределялись следующим образом: в верхней трети бедра - 3 случая, в средней трети бедра - 5 случаев, в нижней трети бедра - 9 случаев.

Повторный остеометаллосинтез (РеОМС) в группе сравнения выполнен 10 пациентам:

- с применением пластин - 3,
- интримедуллярный остеометаллосинтез - 3,
- интримедуллярный блокированный остеометаллосинтез - 2,
- комбинированный остеометаллосинтез - 2 пациентам.

В исследуемой группе 7 пациентам, был выполнен остеометаллосинтез предложенным погружным устройством (ПУ).

В группе сравнения применена костная аутопластика по Хахутову у 4-х пациентов, а свободная костная аутопластика - у 6-и пациентов. В исследуемой группе свободная костная аутопластика применена у 4-х пациентов, а по Хахутову у 3-х. Отдаленные результаты лечения отслеживались в сроки от 3 месяцев до 3-х лет и оценивались с помощью анатомо-топографического, клинического, рентгенологического и статистического методов.

Результаты исследования. Мы не противопоставляем друг другу ныне существующие способы оперативного лечения ложных суставов бедренной кости. Однако, учитывая анатомо-физиологические особенности бедренной кости и проведя сравнительную оценку результатов оперативного лечения больных с ложными суставами бедренной кости, мы констатировали благоприятный исход у 15 (88,23%) и неудовлетворительный исход - у 2 (11,76%) пациентов.

У пациентов с неудовлетворительными исходами лечения отмечены следующие осложнения: несращение ложного сустава, миграция или перелом фиксатора, стойкие структурные контрактуры смежных суставов. Вновь требовалось лечение - выбор способа и объема оперативного

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

пособия.

У пациентов после выполненного остеометаллосинтеза ПУ (патент РФ N 2133592) отмечены благоприятные результаты: сращение псевдоартроза с восстановлением функции смежных суставов в сроки от 1года до 1,5 лет.

Выводы.

1. Повторный погружной остеометаллосинтез с применением костной аутопластики, на костных и внутрикостных фиксаторов, без применения внешней иммобилизации, оказался несостоятельным.

2. Применение предложенного устройства, без применения внешней иммобилизации, позволило избежать вышеизложенных осложнений и добиться благоприятных результатов лечения, в исследуемой группе пациентов, в сроки 1-1,5 лет.

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

Актуальность. Масштабы современного травматизма в индустриально развитых странах мира не только стали медицинской проблемой, но и приобрели острую социальную значимость (Агаджанян В.В., Пронских А.А. 2010 г.; Scalea T. et al., 1999 г.). 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 г.). 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 г., Сингаевский А.Б. 2001 г., Елфимов П.В., 2000 г.).

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 г., Таланов С.В., Першин С.В. 1997 г.).

В последнее время для лечения повреждений опорно-двигательной системы при политравме стала активно применяться хирургическая тактика. Успеху хирургических методов лечения способствовало совершенствование технологий остеосинтеза и методов интенсивной терапии. После остеосинтеза пациенты становились мобильными, прекращалась болевая импульсация из зоны переломов, останавливалось кровотечение, облегчался уход за больными.

Все выше перечисленное способствовало профилактике осложнений травматической болезни. Был получен экономический эффект, сокращались сроки лечения и инвалидность. Но наносимая во время остеосинтеза дополнительная травма может ухудшить состояние пациента, и даже малая операционная кровопотеря у пациента с политравмой может оказаться фатальной. Избежать подобных проблем позволяет использование малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности интрамедуллярных блокируемых штифтов, применение которых позволяет достичь прочной фиксации отломков без нарушения их кровоснабжения.

Этот метод малотравматичен, не сопровождается кровопотерей, легко переносится пострадавшими. Поэтому такие операции можно выполнять у тяжелобольных в первые дни после травмы, не дожидаясь нормализации их общего состояния и восстановления кожных покровов. По низкой травматичности и незначительности ограничений в связи с состоянием мягких тканей конечностей этот метод приближается к внеочаговому остеосинтезу.

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 ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» в период с 2006 по 2013 г. 75% пострадавших составили мужчины. Средний возраст пациентов $36,7 \pm 0,62$ 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-и пациентов выполнен интрамедуллярный синтез 3-х сегментов, у одного пациента 4-х 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-е 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 отраслевого стандарта. У данной группы пациентов значительно сократилась потребность в переливании компонентов донорской крови, уменьшилась потребность в антибиотиках. Пассивные движения в суставах оперированной конечности начинали со вторых суток с момента операции, использовали ручную «разработку» движений и механотерапию на аппаратах «Arthromot®». Решение об осевой нагрузке принимали индивидуально у каждого пациента в зависимости от типа и локализации перелома, наличия сопутствующих повреждений и их тяжести.

Осложнения: у одного пациента - гематома в надвертельной области, в месте введения штифта, у одного пациента отмечалось расхождение краев раны в месте введения штифта, у 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.

Денисов А.А., Запольнов Г.П., Сальский А.В., Куприенко О.А.

МБУЗ «Городская клиническая больница N 2»
г. Кемерово, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПЯТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНЫМ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Цель исследования. Изучение преимуществ восстановления мягких тканей пяточной области дистальным суральным лоскутом.

Материалы и методы исследования. Единицей наблюдения являлись взрослые пациенты ожогового отделения - 6 человек. Исследование поражения мягких тканей пяточной области различной этиологии проводилось на базе ожогового отделения МБУЗ «ГКБ N 2» г. Кемерово.

Результаты исследования. Лечение глубоких дефектов мягких тканей пяточной области является актуальной проблемой в связи с функциональной особенностью данной области. Подошвенная поверхность - одна из главных точек статической опоры человека. Латеральные и медиальные поверхности пяточной области важное - анатомическое образование, включающее магистральные сосуды и крепления сухожильно-связочного аппарата, а задняя поверхность пяточной области - система рычага «голень - стопа».

Если поражение боковых поверхностей пяточной области, без повреждения крупных сосудов, не приводит к нарушению функции стопы, то задней части влечет за собой потерю опоры.

По нашим наблюдениям, основными причинами поражения пяточной области взрослых являются: глубокие отморожения, посттравматические раны, декубитальные язвы, глубокие ожоги и заболевания кожи этой области. (табл. 1)

Таблица 1

Посттравматический дефект	3 пациента
Глубокие отморожения	1 пациент
Декубитальная язва	1 пациент
Глубокие ожоги	1 пациент

Из 6 пациентов: 4 мужчин возраста от 46 до 63 лет, 2 женщины 52 и 54 лет. 4 пациента имели локализацию дефекта на дорсальной поверхности пяточной области, у 2-х пациентов по латеральной и медиальной поверхностям. Все пациенты имели дефект хронического характера (более 2-х месяцев). До госпитализации длительное время лечились в условиях амбулаторного звена без видимого эффекта или с незначительным улучшением.

Всем пациентам в предоперационном периоде проведено дуплексное сканирование артерий нижних конечностей.

Размер первичного дефекта составлял от 2,0x1,0 см до 4,0x3,0 см с последующем увеличением на 0,5 см, за счет иссечения краев дефекта. Дном раны являлись костная ткань или сухожилия.

При планировании операции учитывались следующие моменты:

- А. Размер дефекта должен быть адекватен лоскуту.
- Б. Локализация раны должна быть в пределах свободной ротации лоскута.
- В. Моделирование лоскута, исключающее полный перегиб и/или поворот ножки.

Заготовка лоскута производилась по стандартной методике выделения проксимального конца к основанию, с включением в состав лоскута артерии, вены и нерва. Всем пациентам проводилась интраоперационное сканирование артерии после моделирования точки ротации для исключения ишемии лоскута. Ширина выкроенных лоскутов обычно составляет 35 ± 4 мм, длина 100 ± 10 мм. Форма лоскута во всех случаях была прямоугольной. Материнское ложе закрывалось моделированными краями раны с треугольной или трапециевидной модификацией. В 2-х случаях потребовалась пластика ложа свободным расщепленным аутоотрансплантатом.

Дистальный конец лоскута, после обработки раны, моделировался по размеру и

фиксирувался узловыми швами. Свободная часть лоскута покрывалась с внутренней стороны альгинатной повязкой, которая увлажнялась 6-8 раз в сутки водным раствором хлоргексидина биглюконата.

В течение 2-х недель, до снятия швов, проводилась гипсовая иммобилизация. После полной адаптации лоскута с краями дефекта (около 3-х недель) все пациенты использовали конечность для умеренной опоры. Отсечение питающей ножки производилось в срок от 40±4 сут. Во время отсечения проводилась коррекция положения лоскута.

Наблюдалось послеоперационное осложнение в виде краевого некроза дистальной части моделированного лоскута на протяжении 2 мм, который не повлиял на конечный результат.

Результаты исследования. В процессе исследования были получены следующие результаты:

- высокая устойчивость ткани лоскута к ишемии вследствие его хорошего кровоснабжения;

- малая травматизация тканей голени без выключения из кровотока важных анатомических структур при заготовке лоскута;

- небольшой размер лоскута ограничивает его применение при обширных дефектах.

Выводы.

Дистальный суральный лоскут может использоваться для восстановления небольших глубоких дефектов мягких тканей пяточной области, области лодыжек, нижней трети голени.

Комков А.Р., Молоков Е.В., Грудин Ю.В.

МБУЗ «Городская клиническая больница N 2»
г. Кемерово, Россия

ХОРЕОГРАФИЯ И ТРАВМАТИЗМ - ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ТАНЦЕВАЛЬНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Специфика травм и несчастных случаев в хореографии такова, что достоянием гласности и предметом анализа причин становится лишь малая их часть. В течение многих лет в нашей стране не разрешалось публиковать любые материалы с анализом травм, заболеваний и тем более гибели танцовщиков. По данным Центрального института травматологии и ортопедии, спортивные и балетные травмы составляют 2,3% от общего количества травм. Спорт, балет, современные хореографические постановки должны приносить человеку положительные эмоции, а не разрыв связок, переломы костей, другие травмы и заболевания опорно-двигательной системы.

В связи с этим руководством Кемеровского областного колледжа культуры и искусства было предложено осуществить медицинский осмотр с целью выявления внешних и внутренних факторов способствующих травматизму, а также обозначить меры по профилактике травматизма.

Материалы и методы исследования. В течение 14 консультативных дней проведен медицинский осмотр и консультации у 86% учащихся Кемеровского областного колледжа культуры и искусства. Юношей было 24,4%, а девушек 75,6%. Средний возраст всех сотрудников составил 17,9 лет.

Все они были в возрасте от 15 до 26 лет. Несмотря на юный возраст, у осмотренных учащихся имелся солидный хореографический стаж, в среднем достигал 9,9 лет (от 2,5 лет до 21 года). Каждый будущий выпускник колледжа начал свою «танцевальную карьеру» в возрасте 5-8 лет. Профессия артиста танцевального жанра несет в себе симбиоз между спортом и театральным творчеством. Хочу отметить, что если с творчеством у осмотренных юношей и девушек все в порядке, то спортсменами их назвать трудно. Это связано с тем, что в составе юношей - 65%, а у девушек - 13% курящих.

Медицинский осмотр осуществлялся с акцентом на опорно-двигательную систему: жалобы, анамнез, коморбитный фон, объективный статус, параклинические данные, заключение и

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

формирование медицинской базы. В результате выявлено, что студенты, которые были признаны здоровыми - 53%, нуждающихся в дополнительном обследовании - 40%, нуждающихся в лечении на момент осмотра - 7%. По сути дела 47% учащихся нуждаются либо в поддерживающей терапии, либо в комплексном лечении, в т.ч. хирургическом. У 6 студентов уже имелись абсолютные показания для оперативного вмешательства.

В структуре заболеваемости у 39 (47,5%) учащихся имеются заболевания опорно-двигательной системы дегенеративного, статического, посттравматического характера, которые возникают в результате систематических микротравм или несчастных случаев. Эти нарушения опорно-двигательной системы наблюдаются чаще всего у спортсменов, а также у артистов балета и хореографических групп.

Повреждение мениска, связочного аппарата коленного сустава - 20,5%; Плоскостопие, hallux valgus - 18%; Привычный вывих надколенника - 7,6%; Функциональная нестабильность шейного и поясничного отдела позвоночника - 7,6%; Последствия болезни Осгуд-Шляттера - 5,1%; Прочие заболевания (сколиоз I-II ст., мышечная грыжа, искривление перегородки носа, хронический гастрит, пиелонефрит, миоклония в результате дефицита сывороточного кальция, последствия детского рахита) - 59%.

Выводы

1. 47% учащихся Кемеровского областного колледжа культуры и искусства, на момент осмотра, попадают в группу риска по состоянию здоровья опорно-двигательной системы.

2. 7% показано лечение с применением современных консервативных и оперативных методов лечения,

3. Имеется необходимость в заключение договора на оказание специализированной медицинской помощи, диспансеризацию с целью преемственности лечебного процесса с определенным лечебно-профилактическим учреждением.

Комплексное взаимодействие в организационно-методической работе, материально-технической оснащенности, в медицинском наблюдении и положительный комплайнс учащихся колледжа культуры и искусства позволит значительно снизить травматизм, профилактировать профессиональные заболевания опорно-двигательной системы, продлить карьеру танцоров, которая на сегодняшний день останавливается в 35 лет, из-за непослушного тела и многочисленных травм.

Кузнецов В.В., Пахомов И.А.

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации г.Новосибирск, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ MOUSHET МЕТОДОМ МОЗАИЧНОЙ ОСТЕОХОНДРОПЛАСТИКИ

Предложена новая методика хирургического лечения асептического некроза блока таранной кости. Разработан и внедрен метод получения остеохондрального аутооттрансплантата, лишенный недостатков метода Hangody. Проведен краткий анализ результатов лечения. Применение хирургического лечения для пациентов с болезнью Moushet данным методом позволяет восстановить анатомическое строение и биомеханику голеностопного сустава исключая травматизацию ненагружаемой зоны коленного сустава.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с асептическим некрозом блока таранной кости предложенным методом. Прекращение травматизации ненагружаемой зоны коленного сустава при лечении больных с болезнью Moushet.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с болезнью Moushet предложенным методом в сравнении с техникой Hangody.

Использованы клинические, рентгенологические методы, МСКТ, результаты оценивались по данным VAS и AOFAS которые сводились в таблицу. На предложенный метод получено решение о выдаче патента на изобретение по заявке N 2014142130 «Способ забора

остеохондрального аутотрансплантата» от 08.06.2015 г.

Результаты исследования. Оценка клинических и рентгенологических данных позволила установить: использование остеохондрального аутотрансплантата предложенным методом не ухудшает результаты мозаичной остеохондропластики блока таранной кости, позволяет получить удовлетворительные результаты лечения исключая травматизацию ненагружаемой зоны коленного сустава.

Заключение. Методом выбора хирургического лечения болезни Moushet на стадии импрессионного перелома, стала мозаичная остеохондропластика. Оценка результатов лечения предложенным методом у пациентов с болезнью Moushet выявила отсутствие достоверной разницы в сравниваемых группах с точки зрения функциональных и болевых показателей относящихся к голеностопному суставу.

Выводы.

1. Предложенный метод забора остеохондрального трансплантата исключает болевой синдромом «болезненного донорского места» коленного сустава.

2. Замещение дефекта блока таранной кости предложенным методом (патента на изобретение по заявке N 2014142130 от 08.06.2015 г.), не ухудшает результаты мозаичной остеохондропластики блока таранной кости при использовании классических методик.

3. Хирургическое лечение болезни Moushet на ее ранней стадии, позволяет восстановить анатомическое строение и биомеханику голеностопного сустава.

Леденева И.В., Белошапкина А.В.

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

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Переломы - это повреждения кости, при которых нарушается их целостность. Переломы делятся на врожденные и приобретенные (травматические).

К переломам нижних конечностей относятся: переломы бедренной кости, переломы надколенника, переломы костей голени, переломы лодыжек, переломы костей стопы

Лечебная физкультура при травмах нижних конечностей - является обязательным компонентом комплексного лечения, так как способствует восстановлению функций опорно-двигательного аппарата, благоприятно воздействует на различные системы организма по принципу моторно-висцеральных рефлексов. Принято весь курс применения ЛФК подразделять на три периода: иммобилизационный, постиммобилизационный, восстановительный. ЛФК начинают с первого дня травмы при исчезновении сильных болей.

Три периода реабилитации ЛФК. Для всех трех периодов существуют общие задачи ЛФК.

1. воздействие на пораженный сустав и связочный аппарат с целью развития их подвижности и профилактики дальнейшего нарушения функции;

2. укрепление мышечной системы и повышение ее работоспособности, улучшение кровообращения в суставах и периартикулярном аппарате, стимулирование трофики и борьба с атрофическими явлениями в мышцах;

3. противодействие отрицательному влиянию длительного постельного режима (стимуляция функции кровообращения, дыхания, обмена и др.)

4. повышение общего тонуса организма;

5. уменьшение болевых ощущений приспособлением пораженных суставов к дозированной нагрузке;

6. десенсibilизация организма к колебаниям метеорологических факторов, повышение тренированности и общей трудоспособности больного.

I период - ранний после операционный. Задачи этого периода:

Профилактика и борьба с возможными послеоперационными осложнениями (пневмония, атония кишечника и мочевого пузыря, тромбоз и другое), Улучшения деятельности сердечно-

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

сосудистой системы и дыхательной системы, активизация периферического кровообращения. Улучшение эмоционального состояния больного. Улучшение подвижности в суставе. Активизация больного, обучение присаживанию и сидению, перевод в положения стоя и обучение передвижению при помощи костылей. Снижение болевого синдрома.

В этом периоде применяют простые статические и динамические дыхательные упражнения и движениями пальцами стоп и в голеностопных суставах обеих ног. Упражнения общеразвивающего характера. Специальные гимнастические упражнения. Изометрическое напряжение мышц травмированной ноги и ягодиц. Упражнения выполняют в щадящем режиме. Нагрузка выполнения от малой до средней, в медленном с постепенным нарастанием с помощью инструктора. Интенсивность повторений - 5-10 раз, каждое упражнение, а весь комплекс 2-3 раза в день. Основные исходные положения - лежа в постели на спине. Процедуру проводят индивидуальным методом.

II период - Ближайший послеоперационный (до 3-х месяцев после операции). Задачи этого периода: Дальнейшее улучшение подвижности в травмированном 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, коррекция положения таза и позвоночника путем укрепления мышц спины и (таза) брюшного пресса.

В этом периоде применяют: специальные гимнастические упражнения; упражнения общеразвивающего характера; симметричные корригирующие упражнения для мышц спины и брюшного пресса; обучение правильной ходьбе специальные упражнения; изометрическое напряжение мышц; статические и динамические дыхательные упражнения. Упражнения выполняют в щадяще-тренирующем режиме. Нагрузка малая с постепенным нарастанием. Темп выполнения от медленного до среднего. Интенсивность повторений - 5-8 раз. Продолжительность - 20 минут. Основные исходные положения: лежа на спине, на боку, животе, стоя на здоровой ноге с опорой руками на спинку стула или гимнастическую стенку. Процедура проведения лечебной гимнастики - индивидуальная. В этот период необходимо соблюдать правильный двигательный режим. Постепенно увеличивается продолжительность ходьбы с дополнительной опорой на костыли. Спину при ходьбе держать прямо, смотреть вперед, ногу ставить прямо перед собой или немного отводя ее в сторону.

III период - постиммобилизационный, когда пациенту разрешено вставать, ходить.

В этом периоде решают следующие задачи восстановление функции нижних конечностей, навыка ходьбы, правильность осанки, трудоспособности больных, укрепление мышц туловища, тазового пояса, конечностей, увеличение амплитуды движений в суставах (особенно в травмированном). В этом периоде применяют: общеукрепляющие упражнения для всех групп мышц и суставов с гимнастическими предметами и без предметов, у гимнастической стенки. Занятия дополняют полуприседаниями, наклонами туловища. Обучается передвижению (вначале при помощи костылей) в пределах палаты, а затем и отделения. Упражнения выполняются в тренирующем режиме, темп нагрузки средний с постепенным нарастанием. Интенсивность повторений 2-3 раза в день. продолжительность 20-25 минут. Исходные упражнения лежа на спине, на боку, на животе и стоя. В этот период необходимо соблюдать правильный двигательный режим, ходьба постепенно увеличивается продолжительность ходьбы с дополнительной опорой. Ходить несколько раз в день, постепенно увеличивая дистанцию и темп ходьбы.

Для всех трех периодов применяют следующие рекомендации: упражнения выполняются медленно без болевых ощущений, упражнения делать соизмеряя со своими возможностями, увеличивать нагрузку постепенно дробно, ходить несколько раз в день, не более 30 минут, следить за правильной ходьбой постановки ног на костылях, следить за правильностью осанки во время и.п. стоя у опоры. Принимать правильное исходное положение во время выполнения упражнений,

Милюков А.Ю., Устьянцев Д.Д., Гилев Я.Х., Мазеев Д.В.

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

ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Целью исследования явилась оценка ближайших результатов лечения пациентов после первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с использованием малоинвазивных хирургических доступов и рациональной медикаментозной терапии.

Проведен анализ ближайших результатов лечения 1012 больных после первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с 2008 по 2014 гг. включительно, у которых выполнено 1093 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Из них 81 пациент оперированы с двух сторон. Мужчин было 445, женщин - 567. Средний возраст на момент операции составил 56,6 лет. Для имплантации были использованы эндопротезы тазобедренного сустава производителей DePuy, Sanatmetal, Stryker, Zimmer, ЭСИ, Biomed, Plus Orthopedics, Aescular, Wright.

Бесцементная фиксация имплантатов применена в 79% случаях, цементная 9%, смешанная фиксация 12%. Парами трения в предложенных системах были: металл-металл, керамика-керамика, металл-полиэтилен.

Тактика хирургического лечения включала использование минимально инвазивного хирургического доступа по Watson-Jones (MIS AL). При этом величина кожного разреза не превышала 9-10 см, перед ушиванием операционной раны проводили послойное инфильтративное введение препаратов смешанного действия, заключающегося в местной и системной анальгезии, нейромодуляции и иммуностимуляции.

Клиническая оценка результатов лечения проводилась по оценочной шкале Харриса для тазобедренного сустава (Harris Evaluation System of the Hip).

Больным с посттравматическим коксартрозом проксимального отдела бедренной кости выполнено 92 операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, что составило 8,4% от всех операций. Особенностью этих операций явилось замещение дефекта вертлужной впадины костной аутомассой из резецированной и измельченной головки бедра. Фиксацию опорного кольца к тазовой кости выполняли по Bursh-Schneider, чашу протеза фиксировали с помощью костного цемента для сохранения центра ротации.

По поводу заболеваний тазобедренного сустава произведено 1001 операций первичного эндопротезирования - 91,6%. Среди них у пациентов с идиопатическим коксартрозом выполнено 632 операции, с асептическим некрозом головки бедренной кости - 201 операция, с диспластическим коксартрозом - 134 операции. Отмечали дисплазии различной степени выраженности, от незначительного недоразвития подвздошного и седалищного секторов, до выраженного, с существенным изменением анатомии как таза, так и проксимального отдела бедренной кости. Во всех случаях наблюдали сформированный стойкий постуральный дисбаланс, распространяющийся за пределы тазового региона в виде патологической походки.

К послеоперационным осложнениям были отнесены послеоперационные вывихи головки эндопротеза, перипротезные переломы, осложнения гнойно-воспалительного характера, невралгии, тромбозоболоческие осложнения.

Анализируя характер осложнений после первичного эндопротезирования, можно отметить, что отмеченные у 10 пациентов (0,9%) гнойно-воспалительные осложнения, в 5 случаях потребовали удаления эндопротезов. Все осложнения гнойно-воспалительного характера отмечены в период с момента выписки до 6 месяцев после операции и имели место у пациентов с отягощенным анамнезом: сахарный диабет, системные заболевания, предшествующие операции на тазобедренном суставе.

Вывихи головки эндопротеза у 14 пациентов (1,3%) связаны с нарушением двигательного режима больными в раннем послеоперационном периоде. В 13 случаях вывихи были

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

вправлены консервативно, в 1-ом случае потребовалось оперативное лечение и на исход лечения не повлияло.

Перипротезный перелом произошел у шести больных: у двоих пролабирование чаши в полость таза и ее вывих, в 4 случаях произошел перелом бедренной кости, что потребовало повторной операции остеосинтеза поврежденного сегмента и реэндопротезирования.

В послеоперационном периоде тромбоз бедренной артерии произошел в одном случае, тромбофлебиты и тромбозы вен нижних конечностей выявлены в 103 случаях, из которых в 11 зарегистрировали эмболоопасные состояния, что потребовало проведения оперативных вмешательств на сосудах. Высокие цифры выявленных тромбофлебитов и тромбозов обусловлены тотальным ДС контролем в алгоритме послеоперационного введения.

В 11-и случаях регистрировали синильный и алкогольный делирий, в 4-х случаях развился контактный дерматит. Больные пролечены консервативно с положительным исходом.

При анализе клинико-функциональных результатов первичного эндопротезирования больных с патологией тазобедренного сустава после оперативного лечения установлено, что отличные и хорошие результаты получены, соответственно в 8,5% и 68,4%, удовлетворительные - в 18,9% и неудовлетворительные в 4,2%. При лечении идиопатического коксартроза отличные, хорошие и удовлетворительные результаты получены в 97,2%; диспластического коксартроза в 94,2%; асептического некроза головки бедренной кости в 91,9%; при посттравматическом коксартрозе в 98,2% и при ревматоидном артрите в 94,4%.

Таким образом, рациональная тактика первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, включающая использование минимально инвазивного хирургического доступа, оптимального способа фиксации эндопротеза, интраоперационной инфльтрации операционной раны препаратами смешанного действия и активизацию пациентов на первые сутки после операции, позволяет получить положительный эффект при дегенеративных и посттравматических заболеваниях тазобедренного сустава.

Михайлов С.Н., Речкунова О.А.

ГБУЗ Областной центр медицинской реабилитации
ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет
г.Оренбург, Россия

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Ежегодно в мире выполняется до 500 тыс. тотальных замещений суставов. В России частота эндопротезирования суставов существенно ниже, тем не менее, эти операции выполняются в 50 клиниках России. Учитывая важность и необходимость полноценных послеоперационных реабилитационных мероприятий для восстановления утраченного объема движений, восстановление микроциркуляции, устранение отека сустава и максимально быстрого возвращения к привычному образу жизни необходимо совершенствовать лечебно-реабилитационный процесс на этапе восстановительного лечения с включением физических методов реабилитации.

Цель исследования. Изучить эффективность влияния комплексного восстановительного лечения больных, перенесших эндопротезирование коленных суставов (ЭКС) на 2 и 3-х этапах реабилитации.

Материалы и методы исследования. За последние 3 года в условиях ГБУЗ «ОЦМР» г.Оренбурга, пролечен 71 пациент, перенесших тотальное ЭКС, из них 57 женщин и 14 мужчин. Возраст пациентов от 50 до 65 лет. Длительность заболевания от 3-х до 10-и лет.

Все пациенты были разделены на две группы:

- основную группу составили 50 пациентов, проходившие 2 и 3 этап реабилитации,
- контрольную - 21 пациент, не прошедших 2 этапа реабилитации.

Первая программа реабилитации для пациентов через 1-3 месяца после оперативного лечения - это второй этап реабилитации (стационарный), - срок 2 недели.

Программа 2 этапа направлена на уменьшение боли, отека, увеличение амплитуды

движений в суставе, восстановление стереотипа ходьбы. Для этой группы пациентов в программу реабилитации входят ежедневные занятия в зале ЛФК, механотерапия, занятия на аппарате миотренажер «МИО 2.2 С», и роботизированная механотерапия на аппарате «Biodex», лимфодренажная прессотерапия, из физиотерапевтических процедур: лазеротерапия, магнитотерапия, электрофорез 5% йодистого калия и димексида, фонофорез гидрокортизона, криотерапия. После курса восстановительного лечения, у пациентов улучшалась функция сустава, уменьшались отек и боль при нагрузке и в покое.

Вторая программа реабилитации для пациентов через 3-6 месяцев после оперативного лечения - срок 2 недели, является 3 этапом реабилитации (амбулаторный). Программа включает занятия в зале ЛФК, механотерапия, гидрокинезотерапия, криотерапия, магнитотерапия, электростимуляция мышц голени и бедра, а также механотерапия на аппарате «Biodex».

Анализ полученных результатов лечения пациентов, перенесших ЭКС, и прошедших 2 и 3 этап реабилитации, показал, что положительный эффект лечения был у 92% пациентов. У пациентов прошедших только 3 этап реабилитации положительный эффект 73%.

Выводы.

Проведение восстановительных мероприятий, согласно 2 и 3 этапам реабилитации, для пациентов перенесших ЭКС, улучшает результаты хирургического лечения и эффективность восстановительной терапии. Комплекс лечения, для пациентов перенесших ЭКС, на 2 и 3 этапах реабилитации, способствуют:

1. Улучшению функции имплантированного сустава.
2. Улучшают силу и эластичность тканей прооперированного сустава.
3. Способствуют выработке правильного двигательного стереотипа, в итоге помогают приобрести гармоничную походку, улучшают качество жизни.

Пронских Ал.А.

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

РАННЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАРКАСНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Доля торакальной травмы в структуре общего травматизма составляет 12-15%, а смертность в результате закрытой травмы груди (ЗТГ) от 55 до 70,8%. В общей структуре политравмы торакальная травма является доминирующим повреждением у 23-56,9% пострадавших, а среди погибших в 25-50% случаев именно ЗТГ является непосредственной причиной смерти. Наиболее частыми ранними осложнениями торакальных повреждений при политравме являются пневмонии 59,7%, экссудативные плевриты 50,0%, свернувшийся гемоторакс 9,6% и эмпиема плевры 16,0%.

Цель исследования. Улучшение качества лечения больных с политравмой с доминирующей торакальной травмой путем разработки тактики хирургического восстановления каркасности грудной клетки.

Материалы и методы исследования. За 1998-2015 гг. в исследование проспективно и ретроспективно включен 91 пациент с политравмой, где одним из ведущих повреждений являлась ЗТГ. Средний возраст пациентов составил $41,59 \pm 2,15$ лет (от 18 до 78 лет). Тяжесть состояния пациентов по шкале Рае Н.С. была оценена как субкомпенсированная и тяжелее, тяжесть травмы по шкале ISS в составила от 21 до 48 баллов (в среднем 27 баллов).

Пациенты были разделены на 2 группы - 60 пациентам проводилась только консервативное лечение, 31 пациенту в первые 2-е суток после травмы было проведено оперативное восстановление каркасности грудной клетки путем открытой репозиции, остеосинтеза флотирующих перелом ребер под контролем эндовидеоторакоскопии оригинальными

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

фиксаторами - пластинами с угловой стабильностью.

Кроме проведения рутинных методов лучевой диагностики и инструментальных методов исследования, проводили эндовидеоторакоскопию с целью определения характера и тяжести повреждения грудной стенки. ИВЛ проводили в принудительных контролируемых режимах ИВЛ (CMV), с постепенным снижением FiO_2 и переходу к от принудительных контролируемых режимов к синхронизируемой принудительной перемежающейся вентиляции (SIMV). Создание положительного давления в конце выдоха проводили в объеме (10-12 mbar).

Результаты и их обсуждение. Благодаря разработанному комплексу лечебно-диагностических мероприятий достигнуто снижение летальности с 21,7% до 12,9%, средней продолжительности ИВЛ с $12,9 \pm 1,67$ до $6 \pm 1,07$ койко-дней, уменьшение количества респираторных осложнений с 85 до 35%, причем число тяжелых двусторонних полисегментарных пневмоний сократилось с 76 до 26%. У пациентов, которым проводилось раннее оперативное восстановление каркасности грудной клетки, сроки лечения в отделении реанимации были меньше на 5,5 койко-дней, а стационарного лечения на 8,87 койко-дней, чем у пациентов, которым проводилось традиционное консервативное лечение.

Выводы.

Предложенный метод лечения пациентов с политравмой, доминирующей торакальной травмой, которым проводилось оперативное восстановление каркасности грудной клетки, позволяет уменьшить летальность, продолжительность проведения ИВЛ, нахождения пациентов на лечении в отделении реанимации, стационарного лечения, снизить количество и тяжесть респираторных осложнений и улучшить качество жизни по сравнению с пациентами, которым по поводу торакальной травмы проводится только консервативное лечение.

Туморин А.С., Фирсов С.А., Снопко С.В., Корнилова И.В.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль» ОАО РЖД
Центр травматологии и ортопедии
г.Ярославль, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОГО И ЗАКРЫТОГО МЕТОДОВ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Переломы позвоночника являются одной из самых актуальных проблем современной травматологии. В нашем лечебном учреждении выполняются как открытые методы фиксации поврежденного уровня, так и закрытые. Внедрение новых технологий и малоинвазивных оперативных вмешательств в настоящее время позволяет резко сократить травматическое воздействие на окружающие мягкие ткани позвоночника, снизить болевой синдром в послеоперационном периоде, снизить риск инфекционных заражений, а также позволяет пациенту в более ранние сроки вернуться к своей трудовой деятельности.

Цель исследования. Сравнение результатов хирургического лечения при травмах позвоночника при использовании в практике привычный срединный доступ для проведения транспедикулярной фиксации позвоночника и малоинвазивную чрескожную транспедикулярную фиксацию.

Материалы и методы исследования. В центре травматологии и ортопедии НУЗ ДКБ на ст. Ярославль за период с 2013 по 2015 г. выполнены операции 18-и пациентам с использованием методики классического срединного доступа с выполнением траспедикулярной фиксации и 15-и пациентам с использованием минимально-инвазивной транспедикулярной фиксации. Возраст пациентов от 21 до 72 лет, из них 9 женщины, 24 мужчины.

Результаты исследования. При учете результатов хирургического лечения использовались опросник Освестри и опросник SF-36 через 7 дней после операции и через 2-а месяца. Результаты оценивались через 3-е суток после операции, 1, 6 и 12 месяцев. Главным критерием оценки эффективности было купирование либо регресс болевого синдрома. Отличные результаты в раннем послеоперационном периоде достигнуты у 20 (61%) пациентов, хорошие результаты у 9 (27%) пациентов, удовлетворительные - у 4 (12%), причем удовлетворительные

результаты достигнуты у пациентов, которым выполнялись классический доступ.

Через 2 месяца отличные результаты у 28-и пациентов (85%), хорошие у 5 (15%) пациентов. Кроме того, 16 пациентов, которым была выполнена малоинвазивная транспедикулярная фиксация смогли в кратчайшие сроки приступить к своей трудовой деятельности.

Выводы.

Полученные данные показывают, что наиболее приоритетным вариантом транспедикулярной фиксации является чрескожная малоинвазивная методика, так как снижает уровень болевого синдрома в раннем и позднем послеоперационном периодах до минимума, что приводит к ранней активизации пациента, его более скорому восстановлению и более быстрому выходу к трудовой деятельности.

Фирсов С.А., Гагарин В.В.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль» ОАО РЖД, центр травматологии и ортопедии
г.Ярославль, Россия

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КОРОТКОГО БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ПОД КОНТРОЛЕМ НАВИГАЦИИ

В настоящее время эндопротезирование тазобедренного сустава является наиболее эффективным методом лечения больных с тяжелыми дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов, особенно в тех случаях, когда у пациентов имеются признаки декомпенсации функций нижних конечностей. В современном мире уже выполняется огромное число данных операций. Этот метод позволяет расширить объем движений в суставе, резко уменьшить болевые ощущения, вплоть до их исчезновения.

В настоящее время отмечено резкое увеличение процента дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов у пациентов молодого возраста. У данной категории пациентов предпочтительней проведение органосохраняющих операций при лечении патологии суставов, использование имплантов, позволяющих максимально сохранять костную ткань. К таким имплантам относятся короткие бедренные компоненты, которые имплантируются в проксимальную часть бедренной кости. Эти импланты позволяют максимально сохранять костную ткань бедренной кости для последующих ревизий.

Еще одно из их достоинств, это то, что при замене такого импланта не нужно прибегать к обширной ревизионной операции, а достаточно имплантировать обычный первичный бедренный компонент (стандартную ножку). Однако имплантация коротких бедренных компонентов нередко представляет определенные технические трудности, и имеются достаточно большие шансы ориентировать данные компоненты неправильно.

Часто оперирующие ортопеды сталкиваются с ошибками в предоперационном планировании при проведении уже самой операции. Избежать таких проблем позволяет кинематическая компьютерная навигация. Однако, по данным Шведского регистра, всего 0,7% операций по замене тазобедренного сустава выполняется с помощью компьютерной навигации. Причинами такого малого количества компьютер-ассистированных операций называется дороговизна оборудования и расходного материала, квалификация и недостаточное обучение хирургов и увеличение времени операции.

Цель исследования. Обосновать целесообразность применения коротких бедренных компонентов шеечной фиксации у молодых пациентов в сравнении со стандартными компонентами под контролем кинематической компьютерной навигации.

Материалы и методы исследования. За период с 2013 по 2014 гг. первичное эндопротезирование (212 операций) с последующим обследованием выполнено у 210 пациентов с патологией тазобедренного сустава. У двух пациентов выполнено одновременное билатеральное

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

протезирование. Возраст пациентов составил $38 \pm 4,5$ лет и колебался от 22 до 58 лет. Количество мужчин составило 135 человек, женщин - 75 человек.

По нозологическим формам основного заболевания пациенты распределились следующим образом: идиопатический коксартроз - 137 (65,2%) пациентов, аваскулярный некроз головок бедер (АНГБ) - 73 (34,8%) пациента. Пациенты с диспластическим коксартрозом в исследование не включались из-за особенностей анатомии и оперативного лечения. Применены следующие типы эндопротезов: Aescular (стандартный бедренный компонент Bicontact) - 89 (42%) пациентов, Aescular (укороченный бедренный компонент Metha) - 73 (35%) пациента, Wriith (стандартный бедренный компонент Profemur) - 25 (12%) пациентов, DePuy (стандартный бедренный компонент Trilok) - 23 (11%) пациента.

Имплантация стандартных бедренных компонентов Bicontact и коротких Metha проводилась с применением системы кинематической компьютерной навигации OrthoPilot производства компании Aescular. Продолжительность оперативного вмешательства у пациентов с применением компьютерной навигации составила $60 \pm 7,0$ мин и колебалась от 50 до 75 мин, а у пациентов без применения системы навигации продолжительность составила $52 \pm 5,0$ мин с колебаниями от 40 до 58 мин.

Без дополнительной опоры до операции могли передвигаться 53% пациентов.

В зависимости от варианта имплантированного бедренного компонента при эндопротезировании тазобедренного сустава пациенты были разделены на три группы.

В первую группу вошли 73 пациента, которым, под контролем системы компьютерной навигации, был имплантирован эндопротез Aescular с коротким бедренным компонентом шеечной фиксации Metha. Средний возраст пациентов в данной группе составил 33 ± 2 года.

Вторую группу составили 89 пациентов, которым, под контролем кинематической компьютерной навигации, был имплантирован эндопротезы Aescular со стандартным бедренным компонентом Bicontact. Средний возраст пациентов составил $41 \pm 2,5$ лет.

В третью группу вошли 48 пациентов, которым были имплантированы эндопротезы DePuy (23 пациента) и Wriith (25 пациентов) (со стандартным бедренным компонентом проксимальной фиксации Trilok и стандартной бедренной ножкой Profemur соответственно). Средний возраст пациентов составил 47 ± 3 года.

Все пациенты оценивались клинически до, и после операции с заполнением шкалы Харриса. Дополнительно проводилась субъективная оценка состояния комфортности пациентов с использованием визуальной - аналоговой шкалы. Отличные результаты соответствовали 91-100 баллам, хорошие - 81-90 баллов, удовлетворительные - 71-80 и плохие - менее 70 баллов по шкале Харриса.

Были прослежены результаты 196 (92% всех наблюдений) операций в сроки от 6 месяцев до 2-х лет, средний период наблюдения составил 15 месяцев (95% ДИ, от 6 месяцев до 24 месяцев).

Результаты и обсуждение. Во всех представленных группах восстановительный период проходил следующим образом: на 1-2-е сутки после операции пациенты начинали садиться в кровати, заниматься лечебной физкультурой на аппарате пассивной реабилитации «Артромот» под наблюдением инструктора по лечебной физкультуре, на 2-3 сутки вставали и приступали к ходьбе на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную нижнюю конечность. Среднее время пребывания в стационаре составило 18 ± 2 дня. К ходьбе без дополнительной опоры больные приступали через $3 \pm 0,1$ месяца, продолжая заниматься лечебной физкультурой. Контрольные осмотры пациентов проводились в срок 6 месяцев с момента выписки из стационара, через 1 год и через 2 года.

Средние показатели шкалы Харриса после операции были высоко статистически значимы ($p < 0,001$) в сравнении с дооперационными показателями.

В первой группе оценка по шкале Харриса до операции была равна 45,8 балла (95% ДИ, от 40,1 до 48,9). Через 6 месяцев на контрольном осмотре данная оценка составила 80,9 балла (95% ДИ, от 77,4 до 84,4), через 12 месяцев - 85,4 балла (95% ДИ, от 80,1 до 88,9), что соответствовало удовлетворительному и хорошему результатам соответственно.

Во второй группе оценка по шкале Харриса до операции была равна 47,4 балла (95% ДИ, от 42,5 до 50,1). Через 6 месяцев на контрольном осмотре оценка составила 78,9 балла (95% ДИ, от 74,9 до 83,2), на осмотре через 12 месяцев - 84,2 балла (95% ДИ, от 79,4 до

87,5), что соответствовало удовлетворительному и хорошему результатам соответственно.

В третьей представленной группе оценка до операции составляла 46,9 балла (95% ДИ, от 41,9 до 49,8). Через 6 месяцев на контрольном осмотре оценка составила 75,3 балла (95% ДИ, от 72,2 до 79,9), на осмотре через 12 месяцев - 80,9 балла (95% ДИ, от 77,6 до 84,3), что соответствовало удовлетворительному результату.

При рассмотрении функциональных результатов эндопротезирования в соответствии с градациями «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «плохо» выявлено, что в группах, где при имплантации эндопротеза использовалась компьютерная навигация, были получены лучшие функциональные результаты, чем в группе без использования навигации. Обращает на себя внимание, что в группе с имплантированными короткими бедренными компонентами функциональные результаты были выше, чем в группе со стандартными компонентами.

При субъективной оценке с помощью визуальной - аналоговой шкалы отмечалось резкое уменьшение болевого синдрома в группе, где имплантировались короткие бедренные компоненты по сравнению с группами со стандартными бедренными компонентами. В 1 группе ВАШ до операции 7 баллов и 1,5 после нее (95% ДИ от 1,3 до 1,8).

Осложнения и повторные операции. Все осложнения разделялись на интра- и послеоперационные. Среди интраоперационных во второй и 3-й группах преобладали трещины проксимального отдела бедренной кости. Ни в одном случае это не привело к нестабильности ножки эндопротеза. В 1 группе при имплантации ножки произошло раскалывание кортикального кольца шейки бедра, что вынудило отказаться от имплантации короткой бедренной ножки Metha и перейти к стандартной ножке Bicontact.

В 1 группе у одного пациента через 3-и месяца с момента операции произошла миграция короткой ножки Metha с перфорированием кортикального слоя бедренной кости. Было произведено ревизионное вмешательство по замене короткого бедренного компонента на стандартный.

Во 2-й и 3-й группе у двух пациентов развилась глубокая парапротезная инфекция. Было выполнено удаление эндопротезов, установка цементного артикулирующего спейсера и повторное репротезирование через 60 дней.

Выводы.

Результаты комплексного клинико-биомеханического исследования показали, что при эндопротезировании тазобедренного сустава с применением короткого бедренного компонента под контролем компьютерной навигации восстановление функций последних и в целом опорно-двигательной системы пациентов характеризуется оптимальными биомеханическими показателями уже к первому году после операции. При применении бедренных компонентов стандартной длины восстановление функции происходило несколько дольше по времени.

Фирсов С.А.

Центр травматологии и ортопедии НУЗ Дорожная клиническая больница
на ст.Ярославль ОАО «РЖД»
г.Ярославль, Россия

ОШИБКИ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА И МЕТОД ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

В настоящее время эндопротезирование коленного сустава является наиболее эффективным способом лечения пациентов с тяжелыми дегенеративно - дистрофическими заболеваниями суставов, особенно в тех случаях, когда у пациентов отсутствует эффект от консервативной терапии, либо имеются признаки декомпенсации функций нижних конечностей. В мире число этих оперативных вмешательств неуклонно растет.

Эндопротезирование коленного сустава позволяет купировать болевой синдром, устранить деформацию и восстановить функцию пораженного сустава. Однако, при своей доказанной эффективности, ортопеды часто сталкиваются с проблемами, основная из которых это неправильная пространственная ориентация компонентов эндопротеза во фронтальной и

Клинические аспекты травматологии и ортопедии

сагиттальной плоскости, которая может достигать 46%. Неправильная пространственная ориентация компонентов эндопротеза ведет к раннему асептическому расшатыванию эндопротеза. При применении системы компьютерной навигации эти проблемы могут быть сведены к минимуму. Эти операции, для более точной имплантации компонентов эндопротеза, необходимо проводить под контролем кинематической компьютерной навигации.

Цель исследования. Обосновать целесообразность применения системы кинематической компьютерной навигации у пациентов, при выполнении эндопротезирования коленного сустава.

Материалы и методы исследования. Первичное эндопротезирование (254 операции) с последующим обследованием выполнено у 254 пациентов с патологией коленного сустава.

Критерии включения в исследование: возраст 18 лет и старше, пол - мужчины и женщины, остеоартроз коленных суставов, наличие клинико-рентгенологических признаков остеоартроза II-III стадии по Н.С. Косинской (1961 г.). Количество мужчин составило 135 человек, женщин - 119 человек.

По нозологическим формам основного заболевания пациенты распределились следующим образом: идиопатический гонартроз - 198 (78%) пациентов, посттравматический гонартроз - 56 (22%) пациентов. Пациенты с варус-вальгусными деформациями распределились следующим образом: варусная деформация до 20° - 158 (62%) пациентов, вальгусная деформация до 20° - 96 (38%) пациентов. Применены следующие виды оперативного лечения: имплантация коленного эндопротеза Aescular под контролем компьютерной навигации OrthoPilot - 156 (110 с варусной и 46 с вальгусной деформацией) пациентов (61%), имплантация коленного эндопротеза Aescular без компьютерной навигации - 98 (48 с варусной и 50 с вальгусной деформацией) пациентов (39%). Без дополнительной опоры до операции могли передвигаться 57% пациентов.

В зависимости от варианта проведенного эндопротезирования коленных суставов все пациенты были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 110 пациентов с варусной деформацией, которым был имплантирован эндопротез Aescular под контролем компьютерной навигации. Средний возраст пациентов в данной группе составил 65 ± 2 года.

Вторую группу составили 48 пациент с варусной деформацией, которым были имплантированы эндопротезы Aescular без применения компьютерной навигации. Средний возраст пациентов составил $71 \pm 1,5$ лет.

В третью группу вошли 46 пациента с вальгусной деформацией, которым были имплантированы эндопротезы Aescular под контролем компьютерной навигации. Средний возраст пациентов составил $67 \pm 1,9$ лет.

Четвертую группу составили 50 пациентов с вальгусной деформацией, которым были имплантированы эндопротезы Aescular без применения компьютерной навигации. Средний возраст пациентов составил $69 \pm 1,2$ года.

Выполнено изучение диагностических ортопедических показателей после ТЭКС с использованием внутриоперационного контроля положения компонентов эндопротеза с помощью системы кинематической компьютерной навигации OrthoPilot (Aescular).

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов с варусной деформацией, оперированных с применением системы кинематической компьютерной навигации, отклонение контрольных параметров от механической оси составило: 0° - 75 пациентов (68%), 1-2° - 29 пациентов (26%), 3° - 6 пациентов (6%).

Во второй группе пациентов с варусной деформацией, которым было выполнено эндопротезирование коленного сустава без применения компьютерной навигации, отклонение от механической оси составило: 0° - 10 пациентов (21%), 1-2° - 19 пациентов (40%), 4° - 12 пациентов (25%), 5-6° - 7 пациентов (14%).

В третьей группе пациентов с вальгусной деформацией, которым было выполнено замещение коленного сустава с применением компьютерной навигации отклонение от механической оси составило: 0° - 21 пациент (46%), 1-2° - 20 пациентов (43%), 3° - 5 пациентов (11%).

Четвертая группа пациентов с вальгусной деформацией, которым выполнялось эндопротезирование без применения компьютерной навигации показала следующие результаты: 0° - 13 пациентов (26%), 1-2° - 21 пациент (42%), 4° - 10 пациентов (20%), 5-8° - 6 пациентов (12%).

Из полученных результатов мы видим, что система компьютерной навигации дает более точное позиционирование компонентов. В результате более точного пространственного позиционирования уменьшается количество осложнений, связанных с расшатыванием компонентов, дисбалансом связочного аппарата, вывихами в суставе.

Выводы.

Использование системы кинематической компьютерной навигации позволяет хирургу восстановить точную механическую ось конечности даже при выраженных деформациях и добиться баланса связочного аппарата коленного сустава.

Полученные результаты говорят о том, восстановление механической оси конечности и баланс связок при использовании компьютерного навигатора дают лучший результат, чем использование стандартной методики.

При ежедневном использовании кинематической компьютерной навигации простота и информативность превосходит привычную мануальную технику.

Хвостова С.А., Шарыпова Н.В.
Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ СТРЕССА ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Травматический стресс часто называют нормальной реакцией организма на ненормальные обстоятельства. Поэтому это особая форма общей реакции организма, так как перегружаются психологические и адаптационные возможности человека и разрушается защита, коренным образом нарушается чувство безопасности индивида, вызывающее переживания.

После травмы костей скелета реакции на стресс возникают следующим образом: под влиянием раздражения рецепторов возникает двойная интерпретация - объективная (в коре больших полушарий) и субъективная (в лимбической системе). Если субъективная оценка свидетельствует об угрозе, т.е. имеет негативную аффективную окраску (страх, гнев), она приобретает роль триггера, автоматически запускающего последовательность соответствующих физиологических реакций (при отсутствии восприятия угрозы, стрессовая реакция не возникает).

Стресс-реакция реализуется через вегетативную нервную систему и, в первую очередь, через ее симпатическую часть.

Реализуется ответная реакция организма на стресс следующим образом:

1) вначале стрессоры анализируются в высших отделах коры головного мозга, оттуда определенные сигналы поступают к мышцам, ответственным за движения, подготавливая организм к ответу на стрессор.

2) реакция вегетативной нервной системы проявляется в виде учащения частоты пульса, повышения АД. Дыхание становится частым и прерывистым. Увеличивается число эритроцитов и содержание сахара в крови. Благодаря этим изменениям возрастает количество поступающего к тканям кислорода. Человек оказывается готовым к борьбе со стрессом.

3) из анализаторов коры головного мозга сигналы поступают в гипоталамус и надпочечники. Надпочечники регулируют поступление в кровь адреналина, который является общим быстродействующим стимулятором жизнедеятельности.

4) гипоталамус передает сигнал гипофизу, а он - надпочечникам, в результате чего возрастает синтез гормонов. Различают три основных вида эндокринных реакций: адренортикальная, соматотропная и тиреоидная.

Гормоны - медленно действующая защита организма. Они, в частности, изменяют водно-солевой баланс крови, повышают АД, стимулируют быстрое переваривание пищи и освобождение энергии. Увеличивается число лейкоцитов в крови, стимулируется иммунная система и аллергические реакции. Они - следствие активации коры головного мозга, мозгового вещества надпочечников и щитовидной железы. Повышается концентрация адреналина, паратиреоидного гормона, гастрин, инсулин, сочетающихся с высоким содержанием кортизола

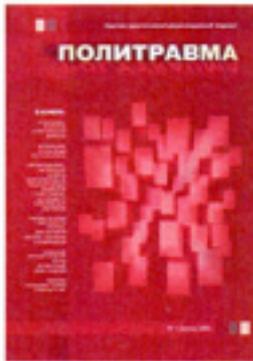
Клинические аспекты травматологии и ортопедии

и остеокальцина. Это наиболее продолжительные реакции на стрессно, как правило, возникают с некоторой задержкой, так как реализуются с помощью системы кровообращения при более сильных раздражителях. Эти биохимические и физиологические изменения мобилизуют организм на «борьбу» или «бегство». Следующие за биохимическими функциональные изменения в органах и тканях позволяют организму реагировать на угрозу с удвоенной силой.

Изменения концентрации гормонов (остеокальцин) указывают на тесную взаимосвязь стрессового состояния с процессами репарации и восстановления костной ткани, влияющих на характер рецепции опорно-двигательной системе.

При исследовании психологии личности после переломов обнаружена корреляция между психологическими и физиологическими показателями. Отмечен повышенный уровень тревожности, депрессивных реакций - астении, апатии и других признаков стрессового состояния. Наблюдали интравертированность, фрустрацию, высокую возбудимость и раздражительность при выраженной утомляемости, а также акцентуации характера по типам застревающих и эмоциональных.

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 фарм-производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

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

ПОДПИСКА

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

✓ по «Каталогу российской прессы «Почта России». Индекс подписки – **54714**

Ф. СП-1	Почта России											
	АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА» (наименование издания)								54714 (индекс 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											
								54714 (индекс издания)			
ПВ	место	литер									
«Политравма» (наименование 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 «Почта России» через Интернет:
<http://vipishi.ru/catalog-Pochta-Russia>

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
НЕЙРОХИРУРГИИ**

Колотов Е.Б., Елагин С.В., Кузьмич М.П., Бимурзин А.А., Колотова Е.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА С НЕКОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

Клинические проявления спондилоартроза, который некоторые авторы называют «фасеточным синдромом», часто сочетается с дискогенными рефлекторно-болевыми синдромами.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника путем изучения клинических проявлений спондилоартроза, сочетающихся с дискогенными рефлекторными синдромами, и разработки методов их дифференциальной диагностики и комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Всего изучено 84 пациента с поражением шейного отдела позвоночника. В основную группу были выделены 54 пациента (39 женщин и 15 мужчин). В данную работу включены только те пациенты, у которых удалось проследить отдаленный результат лечения в промежутке 6-12 месяцев. Больным основной группы последовательно проводили дерцепцию межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов. Контрольную группу составили 30 пациентов (21 женщина и 9 мужчин).

При попытке определить зависимость локализации дискогенных болей и рефлекторных синдромов спондилоартроза от уровня клинически значимых позвоночных двигательных сегментов (ПДС) оказалось, что патологическая импульсация из шейных ДС формирует отраженные боли, миодистонические и дистрофические синдромы в области шеи, надплечий, в межлопаточной области и в руках. У 13 из 54 больных был выявлен ангиодистонический синдром позвоночных артерий, зависимый от поражения межпозвонковых дисков и суставов С3-4, С4-5; у четверых - синдром нижней косой мышцы головы - ПДС С2-3. У 19 больных преобладали синдромы отраженных цефалгий и брахиалгий, которые сформировались в результате патологической импульсации также из верхне-шейных ПДС (межпозвонковых дисков С2-3, С3-4 и соответствующих им ДС С2-3, С3-4). Плече-лопаточный болевой синдром выявлен у 18 больных, вследствие патологии ПДС С4-5, С5-6. Формирование таких синдромов, как псевдовисцеральные и передней грудной стенки у 15 больных зависело от патологии ПДС С5-6 и С6-7.

У 44 (34,6%) наших больных при проведении дерцепции сначала межпозвонковых дисков, а затем и дугоотростчатых суставов одни и те же рефлекторные синдромы воспроизводились как из межпозвонкового диска, так и из соответствующих ему дугоотростчатых суставов, что объясняется общностью вегетативной иннервации межпозвонковых дисков и соответствующих им смежных ДС.

Результаты исследования. Через 6-12 месяцев у пациентов основной группы с поражением шейного отдела позвоночника отличные результаты получены у 16 из 54 человек (29,6%), а в контрольной группе всего у двоих из 30 (6,7%, $\chi^2=4,27$, $p=0,036$). Неблагоприятных результатов (состояние без изменения и ухудшение) меньше в основной группе, чем в контрольной: соответственно 5,6% и 13,3%. То есть отдаленные результаты в основной группе более эффективны и стабильны.

Выводы.

Рефлекторно-болевыми синдромами спондилоартроза, сочетаясь со сходными дискогенными синдромами, а часто и «маскируясь» под них являются в ряде случаев причиной неудовлетворительных исходов лечения дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника.

Спондилоартроз, как и клинически значимый остеохондроз, может проявляться компрессионными или рефлекторно-болевыми синдромами, для воспроизведения и провоцирования последних оптимальным методом оказалась пункционная лечебно-диагностическая процедура.

Конев С.В., Якушин О.А.

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

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Травма спинного мозга представляет собой одну из наиболее сложно решаемых проблем здоровья населения, с которой сталкивается общество. Повреждения позвоночника и спинного мозга составляют до 20% от всех повреждений скелета. В структуре повреждений позвоночника и спинного мозга сочетанная позвоночно-спинномозговая травма занимает от 13 до 63% и не имеет тенденции к снижению (Гринь А.А., 2008 г., 2011 г., Усиков В.Д., 2014 г.). При этом несмотря на улучшение оказания помощи, больным с позвоночно-спинномозговой травмой, сохраняются высокие показатели летальности, достигающие при изолированных повреждениях позвоночника и спинного мозга 27,9% случаев (Савченко С.А., 2005 г., Степанов Г.А., 2011 г.), а в сочетании с повреждениями других анатомических областей составляющие от 23 до 40% (Агаджанян В.В., 2003 г., Шаталин А.В., 2012 г.).

Главным в диагностике является определение опасных для жизни повреждений, а целенаправленный поиск повреждений составляет важный принцип диагностики при острой травме (Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин, 2005 г.). Стандартным методом лучевой диагностики пострадавших с подозрением на травму позвоночника и спинного мозга остается традиционная полипозиционная рентгенография (Агаджанян В.В., 2014 г., Гринь А.А., 2012 г., Виктор Н. Кассар, 2009 г.).

Оставаясь методом скрининга традиционные методики рентгенографии позвоночника недостаточно информативны, так, при проведении спондилографии костно-травматические повреждения не выявляются от 6,1 до 25% (Корнилов Н.В., 2000 г.; Гринь А.А., 2012 г., Щедренко В.В., 2012 г., Roopnoose P.M., 2002 г., Diaz J.J., 2003 г.), при этом увеличивается время обследования пациента и лучевая нагрузка. При выраженной неврологической симптоматике (тетрапарез, тетраплегия, нижняя параплегия), а также при политравме получение качественных спондилограмм затруднено, а порой и невозможно. В настоящее время одной из важных составляющих улучшения помощи является применение спиральной компьютерной томографии, которая может рассматриваться как метод «золотого стандарта» в диагностике характера и объема повреждений органов и систем при политравме (Васильев А.Ю., 2010 г.).

Цель исследования. Оптимизация лучевого исследования у пациентов с подозрением на повреждение позвоночника и спинного мозга.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов комплексного лучевого исследования с использованием стандартной спондилографии и спиральной компьютерной томографии (СКТ) у 154 больных с позвоночно-спинномозговой травмой в остром периоде. Рентгенологическое обследование пациентов с травмой позвоночника выполняли на цифровом телеуправляемом рентгениагностическом комплексе АРДТ-«ТМО», GMM Opera T30 cs, Россия.

У пациентов с политравмой обследование выполнялось в условиях операционной на передвижном рентгеновском комплексе «Мобирен-5МТ». Общее время спондилографии составляло от 10 до 20 мин. При этом лучевая нагрузка достигала в среднем 4-6 мЗв. В дневное время СКТ исследования у пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга проводили на 4-х спиральном компьютерном томографе: GE Light Speed Plus 4*х, параметры сканирования 2,0 мм, pitch 1,5:1/1,0 sp, kv 120, mA 375 (с постпроцессинговой реконструкцией 1:0,5 мм), с возможностями 3D и мультипланарных реконструкций. В ночное время исследования выполняли на 2-х спиральном компьютерном томографе: GE Hi Speed Dual, параметры сканирования 2,0 мм pitch 1,5:1/2,0 sp, kv 120, mA 200 (постпроцессинговая реконструкция 2:1 мм), с функцией мультипланарных

реконструкций. Общее время сканирования составляло от 20 до 40 сек. При этом лучевая нагрузка составляла в среднем 2-4,5 мзв в зависимости от исследуемого отдела позвоночника. Использование шага сканирования в 2,0 мм необходимо для совмещения полученных данных с навигационной системой. Постпроцессинг изображений значительно расширил возможности СКТ-диагностики и визуального представления информации. Планиметрические измерения в многообразии полученных реконструкций позволяли планировать тактику оперативного лечения, что облегчало подбор используемых имплантов.

Результаты СКТ обследования записывались на CD носитель и в дальнейшем использовались при проведении транспедикулярной фиксации с применением нейронавигационной системы. Противопоказанием для проведения обследования в рентгенологическом отделении считали нестабильность гемодинамики и тяжесть общего состояния по шкале APACHE III \geq 62.

Результаты исследований. В результате проведения сравнительной диагностической ценности обзорной рентгенографии и спиральной компьютерной томографии позвоночника было показано, что при проведении спиральной компьютерной томографии количество повреждений было зарегистрировано выше, чем при обзорной рентгенографии. В 76,6% случаев после проведенной компьютерной томографии поврежденных отделов позвоночника выявлены дополнительные повреждения, не регистрируемые на стандартных рентгенограммах.

При этом следует отметить, что в 7,2% у пациентов с подозрением на повреждение позвоночника и спинного мозга, при наличии неврологических расстройств костно-травматических повреждений не выявлено. В последующем для уточнения степени повреждения спинного мозга проведена магнитно-резонансная томография. В 4 случаях выявлен ушиб спинного мозга, у 7 пациентов травматический разрыв межпозвонковых дисков.

Факторы, сопровождающие проведение рентгенографических исследований у пациентов с подозрением на повреждение позвоночника и спинного мозга:

- лучевая нагрузка при проведении рентгенографии позвоночника в зависимости от уровня исследования составляет 4 мзв., с увеличением дозы облучения до 6 мзв. при многопроекционном исследовании, что превышает суммарную годовую допустимую лучевую нагрузку (5 мзв.);

- стандарт времени выполнения рентгенографии позвоночника в 2-х проекциях 10 минут и при полипозиционных исследованиях до 20-30 минут, в соответствии с приказом N 132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики»;

- финансовые затраты: стоимость проекции рентгенографии позвоночника x количество пациентов за анализируемый промежуток времени, с увеличением затрат в 3-4 раза, при рекомендуемых европейскими стандартами многопроекционных исследованиях.

Выводы.

При получении объективной оценки повреждений позвоночника у пациентов при позвоночно-спинномозговой травме посредством СКТ проведение спондилографии нецелесообразно.

Отказ от проведения рентгенографического исследования у пациентов с подозрением на повреждение позвоночника и спинного мозга, в условиях стабильной гемодинамики позволяет снизить лучевую нагрузку, уменьшить время диагностического процесса и экономить средства без вреда для здоровья пациента.

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.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 ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

Повреждение спинного и головного мозга вызывает нарушения движений, чувствительности, вегетативных функций и координации. Логично предположить, что одновременное адекватное воздействие на двигательную, чувствительную и вегетативную сферу будет способствовать

Клинические аспекты нейрохирургии

активизации реабилитационного потенциала. Для реабилитации пациентов выбраны занятия в пневмокостюме «Атлант», поскольку они позволяют организовать такие воздействия. Для оценки эффективности реабилитации выбрали исследование постуральной регуляции как интегральной функции организма, на выполнение которой влияют двигательная, чувствительная и вегетативная сферы.

Цель исследования. Изучить динамику постуральной регуляции пациентов с поражением спинного и головного мозга под влиянием занятий лечебной физкультурой в пневмокостюме «Атлант».

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Наблюдали 65 пациентов, из них 44 больных с патологией спинного мозга и 21 - с повреждением головного мозга в позднем периоде заболевания. Пациенты с повреждением спинного мозга в виде тетрапареза и параплегии (парапареза) имели неврологический дефицит типа А, В, С, D по шкале ASIA/ISCSCI. Пациенты с повреждением головного мозга имели геми- и тетрапарез. Уровень спастичности от 1 до 3-х баллов по шкале Ашфорт.

Консервативное лечение включало курс из 8 занятий лечебной гимнастикой в костюме «Атлант» продолжительностью 10-30 минут, массаж, медикаментозную терапию, иглорефлексотерапию, групповые занятия лечебной физкультурой, теплотечение, магнитотерапию и электролечение, исключая электростимуляцию мышц.

Обследование пациентов до и после курса лечения включало клиническую оценку неврологического статуса и стабилometriю на компьютерном стабiloграфе МБН. Сравнение средне групповых результатов до и после курса лечения проводилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. После курса восстановительного лечения, по данным неврологического обследования, у 67% пациентов вырос двигательный балл, у 25% - локомоторный. Сравнение стабiloграмм до и после лечения пациентов показало статистически достоверное уменьшение площади (S) и длины (L) статокинезиограммы после курса лечения при стоянии с открытыми глазами у пациентов как с патологией спинного мозга, так и с патологией головного мозга, хотя количественно уменьшение длины и площади статокинезиограммы более выражено в группе пациентов с патологией спинного мозга.

При стоянии с закрытыми глазами у пациентов с патологией спинного мозга произошло достоверное уменьшение длины статокинезиограммы. Площадь по данным средних величин тоже уменьшилась, но эти изменения не достоверны, $p=0,2$, что позволяет говорить лишь о тенденции.

У пациентов с патологией головного мозга при стоянии с закрытыми глазами уменьшение длины статокинезиограммы неотчетливо, а площадь увеличилась у 10 человек, что привело к повышению средней величины площади статокинезиограммы в этой группе.

Выводы.

1. Реабилитация пациентов с патологией спинного и головного мозга с применением пневмокостюма «Атлант» позволяет повысить двигательный и локомоторный балл, улучшить постуральные и локомоторные стереотипы, координацию движений вследствие уменьшения патологических синкинезий и формирования неспецифической чувствительности в области парализованных конечностей.

2. Применение пневмокостюма «Атлант» в сочетании со стандартными методиками лечебной гимнастики у пациентов с повреждением спинного и головного мозга делает реабилитацию более эффективной.

Кузьмич М.П., Колотов Е.Б., Кузьмин А.И., Елагин С.В., Колотова Е.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ОССИФИКАЦИЯ ЗАДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КАК ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

Термином «стеноз» позвоночного канала обозначается любой тип сужения позвоночного канала, корешкового канала или межпозвоночного отверстия. Причины сужения позвоночного канала могут быть врожденными и приобретенными. Среди приобретенных стенозов канала наиболее часто встречается сужение, обусловленное дегенеративно-дистрофическими изменениями.

В последние годы большое распространение получило представление об оссификации задней продольной связки (OPLL-ossification of the posterior longitudinal ligament). Этот вид стеноза сейчас признан как отдельная нозологическая единица, хотя впервые был описан Н. Tsukimoto еще в 1960 году. OPLL некоторые авторы противопоставляют грыжам дисков и спондилезу. Возможно, правильнее будет говорить о разной степени реакции задней продольной связки на ее хроническую травматизацию, проявляющуюся в виде локальной или распространенной оссификации. Одной из причин микротравматизации связки, по-видимому, и являются проявления остеохондроза позвоночника, когда происходит оссификация связки над выпавшим секвестром.

Классифицируют OPLL по распространенности процесса на: локальную, сегментарную, мостовидную, тотальную. Этиология этого заболевания не установлена.

Диагностика OPLL заключается в выполнении обычных рентгенограмм в 2-х проекциях, функциональной спондилографии при наличии нестабильности в позвоночных сегментах, КТ шейного отдела позвоночника с 3D реконструкцией и МРТ. К количественным критериям стеноза позвоночного канала относится уменьшение рентгенологических размеров позвоночного канала на обычных рентгенограммах: сагиттального до 13 мм, фронтального до 23 мм, площади - < 2,5 см². Определение шейного изгиба с измерением регионального угла и местного угла Кобба. В зависимости от типа стеноза при OPLL применяется декомпрессия позвоночного или корешкового канала.

При определении показаний к операции, выбора доступа необходимо учитывать причину, распространенность процесса, локализацию сдавления позвоночного канала относительно «К-линии» в сагиттальной плоскости, выраженность шейного лордоза. Данные литературы свидетельствуют о разных подходах к лечению данной патологии. Несмотря на преобладание хирургического подхода, дискуссионными остаются выбор доступов к позвоночному каналу, объемы оперативного вмешательства, методы стабилизации позвоночника.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике оперированы 5 больных (все мужчины) с синдромом шейной миелопатии, обусловленной приобретенным стенозом позвоночного канала на фоне комбинированного переднего (OPLL) и заднего (гипертрофия желтой связки) сдавления позвоночного канала. Возраст всех пациентов превышал 60 лет. У двух пациентов мы предпочли одномоментные комбинированные вмешательства. Двоим больным выполнена декомпрессивная ламинопластика из заднего доступа. Одному пациенту выполнена передняя декомпрессивно-стабилизирующая операция. Результаты оценивали с использованием шкалы приспособительной активности.

Обсуждение и результаты. Хорошие результаты получены у двоих пациентов (1 был оперирован одномоментно и 1 из переднего доступа). У двоих больных достигнуто значительное улучшение и у одного клиническая картина осталась на прежнем уровне.

Передняя шейная корпорэктомия является доминирующей в лечении шейной миелопатии. Задний доступ используется только в лордотическом позвоночнике. В настоящее время многие авторы склоняются к комбинации «передних» и «задних» операций. Однако показания к комбинированным операциям и последовательность их выполнения разработаны недостаточно.

Выводы.

Выбор хирургической декомпрессии должен определяться исходя из направления вектора компрессии и наличия нестабильности и деформации позвоночника, соматического статуса больного.

Михайлов С.Н., Петров А.А.

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ
ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации»
г.Оренбург, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ DRX9000 В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Дистрофические изменения в шейном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника наиболее выражены в возрасте от 35 до 50 лет и являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности и нередко - инвалидизации пациента за счет наиболее распространенного и самого тяжелого осложнения остеохондроза позвоночника - грыжи межпозвонкового диска. В связи с большой частотой данной патологии и развивающимися функциональными нарушениями, сопровождающимися утратой работоспособности особую значимость приобретает использование средств немедикаментозной и физической реабилитации в восстановительном лечении грыжи межпозвонковых дисков.

Цель - применить методику DRX9000 у пациентов, оперированных по поводу грыжи диска шейного или поясничного отделов позвоночника, имеющих определенные жалобы и неврологические нарушения. Методика DRX9500 применяется для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний на уровне шейного отдела позвоночника.

В методике DRX9000 воздействие оказывается на один конкретный межпозвонковый диск без вовлечения в процесс тракции дисков других сегментов, что позволяет приложить максимальное усилие в нужном месте и создать отрицательное давление в области пульпозного ядра лечимого диска. Создаваемое в полости диска отрицательное давление позволяет реализовать решение двух задач: втянуть в полость диска сформировавшееся его выпячивание (протрузия, грыжа) и увеличить поступление в пульпозное ядро диска жидкости из гиалинового хряща замыкательных пластин тел позвонков, таким образом, обеспечив регидратацию диска. За счет подобранной частоты и силы проводимой тракции растяжение межтелового промежутка происходит ступенчато и циклично, что позволяет избежать травматизации мышечно-связочного аппарата позвоночного сегмента.

Методика DRX9500 применяется для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний на уровне шейного и поясничного отдела позвоночника. До обращения в ГБУЗ ОЦМП в восстановительном лечении при применении классических методов физической и физиотерапевтической реабилитации особых улучшений пациенты не отмечали. Всем больным проведен курс лечения по методике DRX9000, состоявший минимум из 20 сеансов.

При первичном обращении отмечался грубый неврологический дефицит, обусловленный миелоишемией: нижний глубокий парапарез с плегией в дистальных отделах конечностей, глубокая тотальная нижняя парагипестезия, «седловидная» анестезия, нарушение функции тазовых органов: периодическое недержание мочи.

После проведения лечения по методике DRX9000 парапарез регрессировал, уменьшилась до легкой глубины нижней болевой парагипестезии, хотя сохраняется, умеренно выраженная батигипестезия, обуславливающая чувствительную атаксию, практически нормализовалась функция тазовых органов. Повторное обращение пациентов отмечалось в 3 случаях (от 8 месяцев до 1,5 года после окончания курса лечения).

Поводом для повторного обращения явились незначительные расстройства рефлекторного характера (в основном мышечно-тонического синдрома). При этом выбор метода лечения больного был обусловлен удовлетворенностью результатами лечения при первичном обращении.

Ремнев А.Г.
Санаторий "Барнаульский"
г.Барнаул, Россия

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Результаты лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой зависят от многих факторов и в первую очередь от тяжести повреждения и правильного выбора оптимальной программы реабилитации (Стопоров А.Г., 2010 г.). Прогностическими критериями, определяющими исход лечения, являются: выраженность функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность, осложнений спинальной травмы, наличие психологических ресурсов и психологические проблемы (Морозов И.Н., 2011 г.).

Цель исследования. Применение новых способов консервативного лечения больных с патологией позвоночника различного генеза. На базе нашего санатория были разработаны новые способы лечения грыж поясничных и шейных межпозвонковых дисков, шейной и поясничной радикулопатии (Патент РФ N 2368401, авторы: Олейников А.А., Ремнев А.Г.; Патент РФ N 2421254, авторы: Олейников А.А., Ремнев А.Г.; Патент РФ N 2421255, авторы: Ремнев А.Г., Олейников А.А.).

Для лечения больных с позвоночно-спинномозговыми травмами грудного и поясничного отделов мы адаптировали эти способы для достижения наилучшего клинического эффекта. Сущность этого лечения заключается в проведении медикаментозной противоболевой блокады и электрической стимуляции места введения анестетика импульсным электрическим током. На протяжении продолжительного периода 2012-2015 гг. при помощи этого способа были пролечены 69 больных с позвоночно-спинномозговыми травмами в возрасте от 19 до 42-х лет. Сроки после травмы были различные, преимущественно от 2 до 5-и недель. Большинство пациентов направлялись в санаторий после стационарного лечения на санаторно-курортный этап реабилитации.

По характеру повреждения у больных были закрытые травмы (без повреждения паравертебральных тканей), с повреждением от 1 позвонка до 3 смежных позвонков. Все пациенты были исследованы рентгенологически. Большинство пациентов перед лечением были исследованы при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ). Причины травм: дорожно-транспортные происшествия, падения с различной высоты (чаще 1,5-2 м). Наиболее часто было отмечено повреждение Th7, Th11, Th12 и L4. В клинической картине у больных преобладал болевой синдром различной степени выраженности, а также двигательные и чувствительные расстройства на уровне нижних конечностей.

В результате проведенного лечения у большинства больных был достигнут стойкий выраженный (подтвержденный при дальнейших динамических исследованиях) положительный клинический результат. 9 больных (4,1%) субъективно не отмечали улучшения. У остальных больных выраженность положительного эффекта была меньше, либо эффект лечения продолжался меньшее количество времени и требовалось проводить дополнительные курсы лечения. Применение новых способов консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков не выявило случаи ухудшения состояния больных, как клинических, так и морфо-функциональных.

Таким образом, использование применяемых новых способов консервативного лечения позволяет обеспечить лечение больных с закрытыми изолированными позвоночно-спинномозговыми травмами на санаторно-курортном этапе.

Сидоров А.В., Якушин О.А., Новокшенов А.В.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ СПОНДИЛОАРТРОЗЕ ДУГООТРОСТЧАТЫХ СУСТАВОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Боль в спине вызывает не только страдания людей, но и большие социально-экономические потери. Воспаление фасеточных суставов является причиной боли в спине у 10-15% пациентов, одной из причин является позвоночные спинномозговые травмы.

Цель исследования. Оценить результаты эффективности лечения фасет-синдрома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника и последствиями позвоночной спинномозговой травмы путем использования методики интервенционного обезболивания дугоотростчатых суставов.

За период 2014 г. на базе центра нейрохирургии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» проведено лечение 130 больных: 71 (54%) женщин и 59 (46%) мужчин. Средний возраст пациентов - $50,6 \pm 10,8$ года.

Пациенты по нозологии разделились на пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями - 126 человек (97%) и последствиями спинномозговой травмы - 4 человека (3%).

По социальному статусу пациенты делились на работающих - 68 (52%), неработающих - 17 (13%) и пенсионеров - 45 (35%). Среди работающего населения преобладали работники с нагрузкой на позвоночник (работа связана с подъемом тяжести, длительном нахождении в статическом положении).

Изменения в грудном отделе позвоночника были у 14 человек (10,8%), в грудном и поясничном отделах - 4 (3%), поясничном отделе - 112 (86,2%).

Оценку эффективности лечения и полученных результатов проводили при помощи визуальной аналоговой шкалы (оценка интенсивности болевого синдрома), максимальный уровень по которой составляет 10 баллов, объем движений оценивался при помощи угломера.

Исследования проводили до проведения интервенционного обезболивания и на второй день после проведения манипуляции для оценки ближайших результатов.

Методика проведения интервенционного обезболивания дугоотростчатых суставов:

Производилась пальпация паравертебральных мышц, находились болевые точки. Производилась разметка спицами Киршнера, выполнялась интраоперационная флюороскопия. Операционное поле дважды обрабатывалось раствором спиртового хлоргексидина. Под местной инфильтрационной анестезией раствором местного анестетика проводилось введение внутримышечных игл на 3 см латеральнее нижнего края остистого отростка по направлению к поперечному отростку. Выполнялась интраоперационная флюороскопия с использованием электронно-оптического преобразователя во время манипуляции.

Обычно глубина погружения иглы составляла 5-7 см, а угол введения близок к прямому. После установки иглы в нужное положение вводился местный анестетик и глюкокортикоидный препарат. Накладывалась асептическая повязка.

В течение 2 часов после интервенционного обезболивания пациенты соблюдали постельный режим. Затем больным разрешалось вставать.

Выполненное интервенционное обезболивание межпозвонковых суставов показало свою эффективность в 92% случаев. При этом у 68% больных болевой синдром регрессировал в течение 1-2 суток, а у 24% отмечалось значительное улучшение - снижение выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в среднем на 4 балла (с $6,3 \pm 0,5$ балла, до $2,5 \pm 0,3$ балла через 2 дня после обезболивания).

Исследование объема движений угломером поясничного отдела позвоночника до и через 2 дня после обезболивания показало, что в значительной степени увеличивается амплитуда движений в позвоночных сегментах. Максимальный уровень сгибания в поясничном отделе позвоночника увеличился в среднем на 28 градусов (с $29 \pm 3,4$ до $57 \pm 5,1$), максимальный уровень разгибания

увеличился в среднем на 18 градусов (с $7\pm 2,6\sigma$ до $25\pm 4,2\sigma$).

Средний срок госпитализации у пролеченных пациентов составлял $8,05\pm 4,3$, что меньше срока лечения согласно медико-экономическим стандартам консервативного лечения дорсопатий, в том числе спондилоартроза.

Таким образом, лечение спондилоартроза дугоотростчатых суставов грудного и поясничного уровней методом интервенционного обезболивания ведет к снижению болевого синдрома, увеличению амплитуды движений, уменьшению сроков госпитализации.

Фирсов С.А., Корнилова И.В., Снопко С.В., Туморин Л.С.

Негосударственное учреждение здравоохранения
«Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль» ОАО РЖД
Центр травматологии и ортопедии
г.Ярославль, Россия

ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ПОСТРАДАВШИХ В ДТП

В настоящее время с учетом все нарастающего роста дорожно-транспортных происшествий в медицине критических состояний возникают большие трудности в диагностике и лечении повреждений позвоночника в составе политравмы, особенно повреждений шейного отдела. При таких повреждениях нередко возникают нарушения функций спинного мозга, которые вызываются частичным или полным разрушением анатомических структур в результате травмы, что приводит к тяжелой инвалидизации пациентов. По данным многих авторов, частота повреждений позвоночника и спинного мозга при политравме составляет до 14-20%.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения при повреждениях позвоночника и спинного мозга на уровне шейного отдела у пациентов с политравмой.

Материалы и методы исследования. В центре травматологии и ортопедии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль» за 2014 г. было выполнено 26 оперативных вмешательств 26 пациентам с повреждениями шейного отдела позвоночника, которые поступили с политравмой после дорожно-транспортного происшествия. Возраст пациентов колебался от 25 до 48 лет. Количество мужчин составило - 20, женщин - 6 пациентов.

Всем пациентам при поступлении в приемное отделение проводилось комплексное клиническое обследование с участием анестезиолога - реаниматолога, нейрохирурга, травматолога и хирурга. В обязательном порядке в протокол обследования при политравме включалась рентгенография и компьютерная томография шейного отдела позвоночника. Были диагностированы следующие повреждения шейного отдела позвоночника: у 9 (36%) пациентов - перелом основания зуба С2 позвонка, у 3 (12%) пациентов перелом зуба С2 позвонка III типа, 4 (16%) пациента - травматический спондилолистез С2 позвонка и у 9 (36%) пациентов были диагностированы переломы тел позвонков на субаксиальных уровнях с их подвывихом. У пациентов с повреждением зуба С2 позвонка в первые сутки с момента поступления выполнялся миниинвазивный остеосинтез зуба канюлированными винтами. При наличии подвывиха позвонка с компрессией спинного мозга в первые часы с момента поступления производилась декомпрессия позвоночного канала, замещение тела позвонка сетчатым имплантом типа Mesh или системой «гидролифт» и фиксация шейными пластинами Aesculap.

Результаты исследования. У пациентов, которым оперативное пособие оказывалось в первые часы-сутки после травмы, наблюдался более быстрый регресс неврологической симптоматики, менее тяжелое течение травматического шока. При выполнении оперативной стабилизации шейного отдела позвоночника в отсроченный период наблюдался медленный регресс неврологической симптоматики и более длительное восстановление в послеоперационном периоде. У двух пациентов, которые были прооперированы по поводу перелома тела С3 позвонка без компрессии спинного мозга на 10-е сутки с момента поступления, в послеоперационном периоде отмечался длительный болевой синдром.

Выводы.

Клинические аспекты нейрохирургии

Полученные данные показывают, что существующие протоколы при оказании помощи пациентам с политравмой требуют своего пересмотра. Необходимо включение в протоколы обязательное выполнение компьютерной томографии шейного отдела позвоночника.

При наличии повреждений зуба С2 необходимо проведение миниинвазивного-стабилизирующего остеосинтеза в первые сутки с момента поступления пациента в стационар, не откладывая на второй этап.

При наличии переломов тел шейных позвонков даже без компрессии спинного мозга необходимо рекомендовать проведение стабилизирующих операций по замещению тела и фиксации пластиной.

Щедренок В.В., Могучая О.В.

ФГБУ «Северо-Западный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения РФ
г.Санкт-Петербург, Россия

ДИАГНОСТИКА ДИСЛОКАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Число пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), пациентов с нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и первичными опухолями головного мозга (ОГМ) не имеет тенденции к уменьшению, находясь во главе основных причин смертности и летальности.

Цель исследования. Осуществить анализ данных комплексной клинико-лучевой диагностики поперечной и продольной дислокации головного мозга при ЧМТ, первичных ОГМ и ОНМК с количественной оценкой индекса поперечной дислокации и степени ущемления ствола в тенториальном отверстии (ТО) и большом затылочном отверстии (БЗО).

Материалы и методы исследования. Осуществлено комплексное клинико-лучевое обследование 370 пациентов с интракраниальной патологией, из них 140 пострадавших с ЧМТ в остром периоде, 120 пациентов с первичными ОГМ и 110 человек с ОНМК.

Результаты лечения у пострадавших и пациентов оценены по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и их обсуждение. У всех пострадавших и пациентов обнаружены различные виды дислокации головного мозга (ДГМ).

Выделяли три степени смещения мозга: умеренную, выраженную и значительную.

Под умеренной ДГМ понимали выпячивание мозга, выраженной - вклинение и значительной - его ущемление.

Вычисляли индекс поперечной дислокации (ID) по формуле $ID=(V:3+3xD):(G+L)$;

где V - объем патологического субстрата по данным СКТ или МРТ-томографии головного мозга в см³, D - величина смещения срединных структур в мм, G - уровень нарушения сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) в баллах, L - поперечный размер обоих боковых желудочков на уровне середины прозрачной перегородки в мм (патент на изобретение N 2546106 RU).

Вклинение на уровне ТО лучше визуализировали на МРТ и МСКТ во фронтальной проекции. При смещении парагиппокампальной извилины в ТО на 1-2 мм степень ДГМ считали умеренной, на 3-4 мм - выраженной и более 5 мм - значительной (патент на изобретение N 2503410 RU). На СКТ или МРТ в аксиальной плоскости измеряли площадь БЗО (S₁). Далее определяли суммарную площадь сместившихся в БЗО миндалин мозжечка (S₂) с последующим вычислением коэффициента (Ko) ущемления ствола головного мозга в БЗО по формуле: $Ko=S_2:S_1 \times 100\%$. При значении коэффициента ущемления ствола головного мозга в БЗО до 20% степень ущемления считали умеренной, при значении показателя от 21 до 30% - выраженной при Ko более 30% - значительной (патент на изобретение N 2508047 RU). Исходы заболевания находились в прямой и тесной зависимости ($r=0,92$) от степени выраженности ДГМ. При летальных исходах во всех случаях имел место сочетанный вид дислокации и выраженная ее степень.

Выводы.

При ЧМТ, инсультах и первичных опухолях головного мозга с морфометрией поперечной и продольной дислокации можно количественно выделить умеренную, значительную и выраженную

степени, которые сопровождаются соответственно выпячиванием, вклиниванием и ущемлением мозга. Индекс поперечной дислокации (I_p), представляющий производную параметров объема супратенториального субстрата, вызывающего компрессию мозга, величины смещения желудочковой системы и ее ширины относительно прозрачной перегородки, а также состояние сознания по ШКГ, адекватно отражает степень смещения при различной интракраниальной патологии.

Якушин О.А., Новокшенов А.В.

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

ПЕРВИЧНЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Нарушения функций спинного мозга, вызванные частичным или полным разрушением анатомических структур в результате травмы, необратимы и ведут к тяжелой инвалидизации пациентов (Гайдар Б.В., 1996). Распространенность травматических повреждений дурального мешка в сочетании с переломами позвоночника выявляется в 7,5-19% случаев (Patel V.V., 2010 г.). В общей структуре повреждений нервной системы травма спинного мозга у взрослых достигает 4,9-5,3% (Древаль О.Н., 2013).

Благодаря совершенствованию технологий хирургического лечения, внедрению современных методов реанимации и интенсивной терапии, около 50% пострадавших с травмой спинного мозга живут более 25 лет, при этом большинство из них являются глубокими инвалидами (Усиков В.Д., 2014 г.).

Нормализация функции спинного мозга без сохранения его объема и восстановления ликвороциркуляции в субдуральном пространстве обречены на неудачу.

Цель исследования. Оценить эффективность первичных восстановительных операций с использованием микрохирургической техники в лечении больных с травмой спинного мозга и его оболочек.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 154 пациента с травмой позвоночника и спинного мозга в остром периоде от нескольких часов до 3-х суток. Средний возраст больных составил $35,7 \pm 13,2$ года. Более 76% травмированных лица мужского пола.

У пострадавших в остром периоде ПСМТ преобладали нестабильные повреждения позвоночника тип А - 32,5% случаев и тип В - 55,8% случаев соответственно, тип С выявлен у 7 пациентов, что составило 4,5% повреждений.

В остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы у 82,4% пациентов при обследовании по шкале ASIA/ISCSI преобладали нарушения, соответствующие типам А, С и D. При этом у 75 (48,7%) выявлены наиболее тяжелые нарушения функции спинного мозга, соответствующие типу - А.

В остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) оперированы 72 (46,8%) пациента с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники, из них 37 пострадавших с диагнозом политравма, с доминирующим повреждением позвоночника и спинного мозга. У более 30% больных оперативное вмешательство выполнялось в два этапа в зависимости от повреждения позвоночника. Первым этапом выполнялась передняя декомпрессия спинного мозга и межтеловой спондилодез, затем задняя декомпрессия, первично-восстановительная операция на спинном мозге и его оболочках и задний спондилодез. При проведении задней декомпрессии спинного мозга применялась микрохирургическая техника и оптическое увеличение с использованием операционного микроскопа.

Объем первичной восстановительной операции заключался в оценке степени тяжести повреждения спинного мозга, его оболочек, наличие признаков нарушения кровообращения. В 37-и случаях выявлены повреждения дурального мешка, в том числе у 14-и пострадавших

Якушин О.А., Новокшенов А.В., Федоров М.Ю., Ванеев А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

В настоящее время в связи с высоким уровнем урбанизации населения значительным ростом дорожно-транспортных происшествий и техногенных катастроф, большие трудности возникают в диагностике и лечении повреждений позвоночника и спинного мозга в сочетании с тяжелой черепно-мозговой, торакальной, скелетной травмой.

Политравма - это совокупность двух и более повреждений, одно из которых либо их сочетание несет непосредственную угрозу для жизни пострадавшего и является непосредственной причиной развития травматической болезни (Агаджанян В.В., 2003 г.).

Частота повреждений позвоночника, спинного мозга и его оболочек в мирное время составляет по разным источникам от 0,7 до 7,8% случаев от всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Степанов Г.А., 2011 г., Цветков А.А., 2006 г.), при политравме количество данных повреждений возрастает до 14-20% (Щедренко В.В., 2010 г., Самохвалов И.М., 2012 г.). В общей структуре повреждений нервной системы травма спинного мозга у взрослых достигает 4,9-5,3%, у детей от 2,2 до 20,6% случаев (Белянчиков С.М., 2012 г.). При этом травматические повреждения дурального мешка в сочетании с переломами позвоночника выявляются в 7,5- 9% случаев (Patel V.V., 2010 г.).

Несмотря на улучшение оказания помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой, внедрение новых способов хирургического лечения и современных методов реанимации, интенсивной терапии, сохраняются высокие показатели летальности, достигающие при изолированных повреждениях позвоночника и спинного мозга 10,5% случаев (Степанов Г.А., 2011 г.), а в сочетании с повреждениями других анатомических областей составляющие от 23 до 40% (Агаджанян В.В., 2003 г.).

Комплексное лечение больных, с позвоночно-спинномозговой травмой, включающее полноценное обследование, своевременное применение высокотехнологичных операций и раннее начало восстановительного лечения, существенно улучшает исходы травмы и повышает качество жизни пострадавших.

Цель исследования. Оценить ближайшие результаты хирургического лечения больных с повреждением позвоночника и спинного мозга при политравме.

Материалы и методы исследования. На базе ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» за период 2008-2014 г., проведено лечение 63 пациентов с повреждениями позвоночника и спинного мозга при политравме. Подавляющее большинство травмированных наиболее трудоспособного возраста от 21 года до 50 лет - 46 (73%). Средний возраст больных - 35,9±13,2 года. Две трети пострадавших (74,6%) лица мужского пола. Бригадами скорой медицинской помощи в клинический центр доставлены 23 (36,5%) пострадавших в сроки от 30 минут до трех часов от момента травмы. Специализированными бригадами ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» на реанимобиле из других лечебных учреждений в сроки от 6 часов до 4-х и более суток транспортированы 40 (63,5%) больных.

После проведенного комплексного обследования у всех пострадавших выявлены следующие варианты сочетания повреждений: позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) и черепно-мозговая травма (ЧМТ) - 13 (20,6%); ПСМТ и торакальная травма - 13 (20,6%); ПСМТ, ЧМТ и скелетная травма - 7 (11,2%); ПСМТ и абдоминальная травма - 1 (1,6%); - ПСМТ, ЧМТ, скелетная, торакальная, абдоминальная травма - 29 (46%).

Наибольшее количество повреждений приходилось на грудной отдел позвоночника - 42,9% случаев, травмы шейного отдела позвоночника составили 31,7% и поясничного отдела позвоночника - 25,4% соответственно. По механизму травмы преобладал дорожно-транспортный - 29 (46%) и производственный - 18 (28,6%) травматизм.

Повреждения позвоночника выявлены у 58 пострадавших:

- Тип А (А1-3) составили 17 случаев,
- Тип В (В1-3) - 39,

Клинические аспекты нейрохирургии

- Тип С (C1) - в одном случае.

Перелом зубовидного отростка C1 позвонка с подвывихом выявлен у одного травмированного. У 43 (68,2%) пациентов при обследовании по шкале ASIA/ISCSI выявлены наиболее тяжелые нарушения функции спинного мозга, соответствующие типам А и В.

В остром периоде с позвоночно-спинномозговой травмой умерло 11 пациентов. Средний возраст умерших - $38,3 \pm 13,7$ года. Средние сроки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии составили $12,4 \pm 8,5$ дней. Основной причиной смерти явилось развитие полиорганной недостаточности (дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной) - 9 пациентов; в 4-х случаях смерть наступила в результате развития тромбоза легочной артерии; в одном случае - в результате тампонады сердца.

Хирургическая тактика лечения больных с травмой позвоночника и спинного мозга при политравме направлена на многоэтапное хирургическое лечение и заключается в строгом соблюдении алгоритма диагностики, обоснованности очередности хирургических вмешательств и интенсивной терапии.

Придерживаясь принятой в нашей клинике концепции оказания помощи, проведено оперативное лечение 61 пациента с политравмой, которым выполнено по показаниям 150 оперативных вмешательств на различных анатомических областях в зависимости от выявленных вариантов сочетания повреждений.

У 54 больных с доминирующей позвоночно-спинномозговой травмой выполнено 73 оперативных вмешательства. Это обусловлено тем, что у 26% пациентов операции выполнялись в два этапа в зависимости от повреждения позвоночника. Первым этапом выполнялась передняя декомпрессия спинного мозга и межтеловой спондилодез. Затем задняя декомпрессия спинного мозга, менингомиелолиз, пластика дурального мешка, транспедикулярная фиксация или фиксация ламинарными крючками. При проведении задней декомпрессии, ревизии спинного мозга и пластики дурального мешка в 46 случаях использовалось оптическое увеличение и микрохирургические технологии.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного комплексного лечения ближайшие результаты прослежены у 49 пациентов в сроки от 3-х месяцев до 1 года. Средние сроки стационарного лечения составили $60,5 \pm 31,5$ дней.

У больных с повреждением позвоночника и спинного мозга при политравме неудовлетворительные результаты лечения получены в 34,7% случаев (от 0 до 40 баллов), средний балл по шкале Карновского составил $32,1 \pm 6,1$ - полное отсутствие динамики в неврологическом статусе и прогрессирование заболевания (у одного больного - усиление спастического нижнего парапареза). У 28 (57,1%) пациентов результат оценен как удовлетворительный (от 50 до 80 баллов), средний балл - $75,5 \pm 7,8$.

Критерием оценки служили: улучшение чувствительности ниже уровня повреждения, появление минимальных активных движений, увеличение силы мышц конечностей, восстановление функции тазовых органов, активизация пациента, улучшение самообслуживания.

Однако, несмотря на то, что у таких больных трудоспособность утрачена, они могут себя обслуживать, способны проживать в домашних условиях. У 8,2% пациентов результат оценен как хороший (от 90 до 100 баллов), средний балл по шкале Карновского - $96,7 \pm 1,9$. У них сохранена нормальная ежедневная активность, медицинская помощь им не требуется.

Выводы.

1. Лечение больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга при политравме должно проводиться в условиях специализированного лечебного учреждения, имеющего возможность оказания комплексной высокотехнологической хирургической, травматологической, нейрохирургической помощи.

2. Предложенная тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения пострадавших с позвоночно-спинномозговыми повреждениями при политравме позволила сократить средние сроки стационарного лечения в 2 раза по сравнению с медико-экономическими стандартами.

3. Использование микрохирургических реконструктивно-восстановительных технологий на спинном мозге и его оболочках в остром периоде травмы привело к улучшению

нарушенных функций спинного мозга, и в 65,3% случаев получен удовлетворительный и хороший результат.

ВНИМАНИЕ!
НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ
«ПОЛИТРАВМА»!



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

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

Аудитория: врачи, научные работники, преподаватели и студенты медицинских учебных заведений, руководители учреждений здравоохранения, сотрудники фирм-производителей медицинской техники, оборудования и расходных материалов.

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

ПОДПИСКА

Подписаться на журнал «Политравма» можно в любом почтовом отделении связи РФ:
✓ по Объединенному каталогу «Пресса России». **Индекс подписки – 42358**

Ф. СП-1	Почта России											
	АБОНЕМЕНТ на журнал «ПОЛИТРАВМА»									42358		
	(наименование издания)									Индекс 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											
									42358		
									Индекс издания		
ПВ	место	литер									
«Политравма»											
(наименование издания)											
Стоимость			подписки			руб. коп.			Количество комплектов		
			передросовки			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>

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Алексеев Н.А., Баранов А.И., Снигирев Ю.В.

МБЛПУ «Городская клиническая больница N 5»
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Цель исследования. Оптимизация лечения больных холецистохоледохолитиазом путем выполнения интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ИАЭПСТ) и транспапиллярного дренирования.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты малоинвазивных вмешательств 374 пациентам с холецистохолангиолитиазом с выполнением ИАЭПСТ. В плановом порядке было оперировано 240 (64,2%) пациентов, в экстренном - 134 (35,8%) пациента.

Плановая холецистэктомия из лапароскопического доступа с ИАЭПСТ была выполнена 225 (93,8%) пациентам, из минилапаротомного доступа - 15 (6,5%). При этом у 25 пациентов оперативное лечение заканчивалось наружным дренированием желчного протока (13 - назобилиарное дренирование, 12 - дренаж холедоха по Пиковскому).

В экстренном порядке холецистэктомия лапароскопическим доступом с ИАЭПСТ была выполнена 126 (94,0%) пациентам, минилапаротомным доступом с ИАЭПСТ - 8 (6,0%). При этом наружное дренирование проводили 25 пациентам (15 - выполнено назобилиарное дренирование, 10 - дренаж холедоха по Пиковскому).

На выбор одномоментной тактики лечения и хирургического доступа влияли: наличие доступа к большому дуоденальному сосочку (БДС); возможность доступа лапароскопического, минилапаротомии; операционный риск по шкале по ASA; наличие обструкции желчных протоков, БДС; наличие холангита; возможность выполнения ЭПСТ; возможность устранения холедохолитиаза эндоскопически. Адекватная санация желчевыводящей системы невозможна без дренирования. Показаниями к ИАЭПСТ являлись:

1. интраоперационно диагностированная патология желчного протока, которая в том числе, не была выявлена на дооперационном этапе;
2. отсутствие блока желчного протока;
3. возможность доступа к БДС.

Абсолютным противопоказанием к ИАЭПСТ являлись:

- отсутствие доступа к БДС,
- полный блок желчного протока,
- продолженный стеноз дистальной части холедоха (ситуации, когда невозможно выполнить ЭПСТ).

Показаниями к дренированию желчного протока явились холангит, множественный холедохолитиаз, многоэтапность лечения (отсутствие уверенности в адекватной санации желчных путей), механическая желтуха.

Результаты исследования. Трудности ИАЭПСТ возникали при выявлении множественного холедохолитиаза, поэтому операция заканчивалась установкой дренажа холедоха у 50 пациентов, при диаметре желчного протока более 12 мм, когда часто наблюдались крупные конкременты, требовалось дополнительное транспапиллярное вмешательство в виде литотрипсии у 40 пациентов.

Осложнениями ИАЭПСТ явилось кровотечение из БДС у 1 пациента, что было связано с аномалией двенадцатиперстной кишки; транзиторное повышение амилазы крови без клинических проявлений у 4-х пациентов.

Выполнение ИАЭПСТ, дополненной наружным дренированием, у 2-х пациентов позволило выявить резидуальный холедохолитиаз.

Преимущества АЭПСТ заключались в одноэтапности вмешательства, в снижении частоты осложнений по сравнению с ретроградными транспапиллярными вмешательствами. Выполнение назобилиарного дренирования по оригинальной методике позволяло снизить послеоперационные сроки.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Выводы.

Одномоментное малоинвазивное лечение осложненной желчнокаменной болезни с выполнением ИАЭПСТ и транспапиллярными вмешательствами позволяет снизить специфические осложнения ретроградной ЭПСТ, сократить послеоперационный период.

У экстренных пациентов выполнение ИАЭПСТ позволяет производить коррекцию патологии одномоментно без вскрытия двенадцатиперстной кишки и желчного протока, а при необходимости обеспечить доступ для последующих эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Альтшулер Е.М.

Муниципальное учреждение здравоохранения ГКБ N 2
г. Кемерово, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Пролежни, являющиеся одним из тяжелейших осложнений спинальной травмы, возникают в 20-90% случаев, по публикациям разных авторов, и занимают ведущее место по частоте проявления, скорости развития, а также большому числу рецидивов. (И.Д. Вирозуб, Д.А. Залович, 1984 г., Л.С. Коган и др., 1988 г.). Являясь источником септических осложнений, пролежни в 8-48% случаев приводят к летальному исходу (О.Г. Коган, 1975 г., Tizian et al, 1988 г.). В ряде случаев пролежни не позволяют своевременно произвести реконструктивное вмешательство на позвоночнике и спинном мозге, препятствуют проведению полноценной реабилитации спинальных больных и их социальной адаптации.

По данным публикаций последних лет консервативные методы лечения пролежней все чаще признаются несостоятельными из-за продолжительности по времени и малой их эффективности. Хирургическим методам лечения пролежневых ран отдается предпочтение, а консервативное лечение рекомендуют проводить в качестве предоперационной подготовки (А.Б. Ваширов, 1993 г., А.В. Гаркави, 1991 г., М.Н. Елизаров с соавт., 1991 г.).

В многочисленных зарубежных работах, посвященных оперативному лечению пролежней, приводятся разноречивые данные по применению различных пластических методик для закрытия пролежневых дефектов разных областей. Однако пролежням в области большого вертела, занимающим ведущее место среди всех локализаций, уделяют мало внимания. Течение пролежневого процесса в этой области имеет свои особенности, заслуживающие внимания с точки зрения хирургии: и, подчеркивая преимущество того или иного метода лечения, авторы полемизируют между собой и не находят единства в определении показаний к их применению.

Для хирургического закрытия дефектов мягких тканей, после радикального иссечения пролежневых язв в области тазового сплетения, наиболее подходит лоскут на мышце напрягателе широкой фасции бедра, который можно применять как для реконструкции дефектов мягких тканей в вертлужной, седалищной и крестцовой областях, так и для реконструкции нижней части стенки живота. Первым лоскут из напрягателя широкой фасции бедра использовал Wagensteen в 1934 г. В нашей клинике мы использовали преимущества этого кожно-мышечного лоскута для закрытия глубоких вертлужных пролежней.

Для хирургического закрытия глубоких хронических пролежней в вертлужной области мы применяем следующие приемы: перед операцией определяем и зарисовываем необходимую длину и ширину островка лоскута на основании предполагаемых размеров и локализации дефекта, подлежащего закрытию после радикального иссечения пролежня и костного выступа, т. е. большого вертела; отделять лоскут мы начинаем с его дистального края.

Во избежание возможного отслоения кожи с fascia lata мы налагаем несколько швов для соединения фасции и подкожной ткани. Мышца повышает кровоснабжение пораженной области и усиливает сопротивление остаточной инфекции. Брюшко мышцы предоставляет, кроме того, отличный материал для облегчения в местах сосредоточенного давления массы тела на угрожаемые области. Обильное кровоснабжение делает лоскуты устойчивыми к инфекции, которая всегда

имеется в толще пролежневых язв. Быстрое заживление действует благоприятно с психологической стороны как на больных, так и на окружающих, выгодно и по чисто экономическим причинам резко сокращая длительность пребывания в стационаре и соответственно, расходы на лечение.

Наш собственный опыт применения лоскута у 5 пациентов показал высокую эффективность, надежность и безопасность метода, что позволяет нам рекомендовать его как метод выбора при хирургическом лечении пролежней в области вертелов. Указанный лоскут отличается отличным кровоснабжением, не требует применения прецизионной микрохирургической техники, способствует реабилитации тяжелого контингента спинальных больных, облегчает сестринский уход.

Бардюгов П.С., Паршиков М.В., Гончаров В.В.

ЦКБ Ленинского района Московской области, Кафедра
травматологии и ортопедии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
г. Видное Россия

ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОП В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сахарный диабет - хроническое, коварное заболевание, склонное к постоянному прогрессированию. Основную опасность для здоровья и жизни пациента представляют осложнения. Это нефропатия, ретинопатия и синдром диабетической стопы (СДС).

Число зарегистрированных больных сахарным диабетом (СД) на 01.01.2010 г. в РФ составляет 3163300 человек и, согласно прогнозу, за ближайшие два десятилетия увеличится до 5,81 млн. больных. Причем это только те пациенты, которые находятся на диспансерном учете в лечебных учреждениях. Вероятность развития СДС доходит до 15% от всех заболевших СД. В 85% наблюдений язвенные дефекты стоп предшествуют ампутациям нижних конечностей.

Наиболее значимыми этиопатогенетическими звеньями развития СДС являются: периферическая нейропатия (78%), травмы (77%) и деформации (68%) стоп. В свою очередь самыми распространенными видами деформаций являются приобретенные деформации переднего отдела стоп (ПДПОС), из которых чаще диагностируется поперечное плоскостопие с вальгусным отклонением первого пальца. По данным ЦИТО, эта патология выявлена у 55,2% женщин и 38,1% мужчин, проживающих в РФ. По разным источникам, от 2 до 20% больных данной группы отмечают молоткообразные деформации 2-3 пальцев стоп.

Нами наблюдалось 52 пациента в возрасте от 49 до 74 лет, у которых имелась деформация стоп на фоне СД 2 типа. Из них было 39 женщин и 13 мужчин. Анализ результатов проведенного обследования и лечения позволил выявить и сформулировать определенные тенденции.

Основным звеном патогенеза СДС является нейропатия. Гипергликемия приводит к демиелинизации нервных волокон. Поражение моторных волокон влечет за собой атрофию мышц стопы и усугубление деформаций. Демиелинизация сенсорных волокон в свою очередь, приводит к снижению чувствительности и боли, таким образом, страдает защитная функция. Автономная нейропатия является причиной нарушения потоотделения: кожа становится сухой, образуются трещины (микротравматизация приводит к формированию входных ворот для инфекции). Другим звеном СДС является ангиопатия. Снижение магистрального кровотока за счет сужения просвета артериальной стенки приводит к ишемии мягких тканей. Сочетание с провоцирующими факторами (неправильно подобранная обувь, использование острых предметов при уходе за стопами, травмы и т.д.) приводит к формированию язвенного дефекта. Однако необходимо отметить, что СДС в подавляющем большинстве в первую очередь формируется за счет нейропатии, а не ишемии: более чем у 90% больных выявляются нейропатическая (60-65%) и нейроишемическая (35-40%) формы СДС. Зачастую нейропатические язвы находятся именно в зонах повышенного механического воздействия.

При поперечном плоскостопии, вальгусном отклонении первого пальца стоп, молоткообразной деформации пальцев наиболее характерна механическая перегрузка мягких

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

тканей: подошвенной поверхности в области головок 2 и 3 плюсневой костей; по внутренней поверхности головки 1 плюсневой кости и основания проксимальной фаланги 1 пальца; по тыльной поверхности межфаланговых суставов 2 и 3 пальцев. Эти обстоятельства обуславливают постановку цели лечения данной группы пациентов для врача - ортопеда: максимальная, но при этом очень бережная разгрузка зон патологически высокого механического воздействия, возникших в результате деформаций.

К сожалению, в практическом здравоохранении часто страдает система преемственности между терапевтами - ортопедами - хирургами, которые занимаются гнойной хирургией при лечении и профилактике развития синдрома диабетической стопы.

Батискин С.А., Золоев Д.Г.

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

ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА СОХРАНЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ

Ампутация нижней конечности на уровне голени, несомненно, имеет преимущество перед ампутацией на уровне бедра. Однако выполняется большое количество трансфеморальных усечений конечностей. Сохранение коленного сустава по-прежнему остается одним из наиболее сложных разделов хирургии.

Цель исследования. Изучить влияние гемодинамического фактора на сохранение коленного сустава после ампутации голени.

В качестве материалов исследования служили следующие документы: истории болезни пациентов, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России за период 1998-2007 гг.; сведения базы данных «Клиника» - обо всех больных, госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России; сведения локальных баз данных ОСХ, в которых содержатся данные возраста, пола, кода диагноза в соответствии с МКБ-10, сведения о показателях гемодинамики и ишемии конечности по классификации А.В. Покровского в дооперационном периоде, сведения обо всех операциях ампутации бедра и голени.

Критериями включения служили: наличие у больного облитерирующего атеросклероза (ОА); облитерирующего тромбангиита (ОТ); сахарного диабета (СД) с нарушением периферического кровообращения; тяжелой хронической ишемией - как причиной усечения конечности ампутация на уровне голени. Рассчитывался лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) для определения критической ишемии конечности (КИК). Верификация осуществлялась на основании критериев, представленных в материалах Трансатлантического консенсуса по лечению облитерирующих заболеваний артерий, при лодыжечном артериальном давлении (ЛАД) $\leq 50-70$ мм рт. ст. или АД в первом пальце топы $\leq 30-50$ мм рт. ст. на фоне болей в покое или(и) наличия язв, некрозов.

С 1998 г. по 2007 г. изучены результаты ампутаций голени в 3-месячный период после операции у больных в зависимости от порогового показателя ЛАД (50 мм рт. ст.) В группу включены пациенты с первичными ампутациями голени без выделения по нозологиям. При ЛАД ≤ 50 мм рт. ст. число ампутаций голени составило 78 операций. При ЛАД > 50 мм рт. ст. - 124. Реампутаций на уровне бедра в 3-месячный период при ЛАД ≤ 50 мм рт.ст. выполнено у 19-и пациентов. Реампутаций в 3-месячный период при ЛАД > 50 мм рт. ст. - у 8 человек.

Таким образом, число реампутаций на уровне бедра в 3-месячный период после ампутации голени у пациентов с показателями ЛАД > 50 мм рт.ст. было статистически значительно ниже соответствующих значений в группе пациентов с показателями ЛАД ≤ 50 мм рт. ст.

При критической ишемии конечности в 3-месячный период удалось сохранить

коленный сустав у более чем 70% пациентов, что позволяет улучшить реабилитационный потенциал больных и увеличить продолжительность жизни пациентов.

**Беленюк В.Д., Мошев А.И., Савченко А.А., Борисов А.Г., Черданцев Д.В. Первова
О.В., Шапкина В.А.**

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
г.Красноярск, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО СОСТАВА Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Распространенный гнойный перитонит (РГП), несмотря на достижения современной медицины в области абдоминальной хирургии, по-прежнему остается одним из самых серьезных заболеваний. Тяжесть течения РГП, а также характер и особенности развития различных осложнений, как правило, определяются не только тяжестью основного патологического процесса и адекватностью проводимого лечения, но и во многом зависят от изменений, происходящих в системе иммунитета, важными компонентами которой являются В- и Т-лимфоциты.

На базе Красноярского краевого гнойно-септического центра Краевой клинической больницы г.Красноярска обследовано 32 пациента с РГП в возрасте 30-65 лет. Все пациенты были разделены на группу среднетяжелых (n=23) и группу тяжелых пациентов (n=9). В качестве контроля обследовано 40 относительно здоровых людей аналогичного возрастного диапазона. Иммунофенотипирование лимфоцитов проводили методом проточной цитометрии на приборе Cytomics FC-500.

В группе тяжелых пациентов, несмотря на увеличение количества Т-лимфоцитов, было отмечено уменьшение числа клеток, несущих CD25, указывающее на снижении количества активированных Т-лимфоцитов.

В группе среднетяжелых пациентов было обнаружено значительное снижение количества цитотоксических Т-клеток. Значительно увеличилось количество Т-хелперов и регуляторных Т-клеток. Было зафиксировано увеличение количества цитотоксических Т-лимфоцитов экспрессирующих CD62l.

В группе тяжелых пациентов было зафиксировано достоверное повышение количества общих Т-лимфоцитов. Достоверно увеличилось содержание Т-хелперов, в тоже время уровень цитотоксических Т-лимфоцитов остался неизменным. Увеличилось количество Т-хелперов, экспрессирующих CD62l. Также возрос уровень экспрессии самого маркера. При анализе В-клеточного звена иммунитета в первой группе было показано значительное снижение В1-клеток, относительно контрольной группы. В то же время значительно повысилось количество В2-клеток и В-клеток памяти, экспрессирующих CD23.

Во второй группе, по аналогии с первой, значительному снижению подверглась популяция В1-клеток. Также значительно снизилось количество В-клеток, несущих CD23. Значимо снизилась экспрессия CD23, на поверхности всех субпопуляций В-клеток. Подобная картина указывает на снижение уровня активации В-лимфоцитов и, как следствие, торможение гуморального иммунного ответа.

Беляев М.К., Федоров К.К., Мочалов С.В., Беляев А.М.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

АППЕНДЭКТОМИЯ БЕЗ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Острый аппендицит до сих пор остается самым распространенным ургентным заболеванием хирургического профиля в детском возрасте. В этой связи поиск методов, позволяющих улучшить результаты лечения этих больных, остается актуальным и в настоящее время.

Аппендэктомию с погружением неперевязанной культы в кисетный шов мы начали выполнять с 1980 года. До 2015 года в клинике было выполнено таким образом 7486 аппендэктомий при неосложненном аппендиците. Анализируя число ранних внутрибрюшных осложнений, возникших в период с 1980 по 2014 г., было отмечено резко сократившееся число ранних релапаротомий, обычно связанных с возникновением послеоперационного перитонита и абсцессов брюшной полости.

Из 3728 больных (до 1980 г.) с неосложненным аппендицитом, оперированных по стандартной методике (с перевязкой культы), послеоперационные осложнения развились у 147 (3,9%). Среди них послеоперационный перитонит - у 48 (1,3%), абсцессы брюшной полости - у 41 (1,1%), ранняя спаечная непроходимость - у 13 (0,4%), поздняя спаечная непроходимость - у 43 (1,2%), кровотечение - у 2 (0,05%).

Из 7486 пациентов, оперированных по методике П.И. Дьяконова послеоперационные осложнения развились у 41 (0,5 %). Послеоперационный перитонит развился у 1 пациента (0,01%), абсцессы брюшной полости у 5 (0,06%), ранняя спаечная непроходимость у 6 (0,08%), кровотечение у 2 (0,02%), поздняя спаечная непроходимость - у 21 (0,2%). Повторно оперированы были лишь 11 пациентов.

Большой интерес представила группа больных, у которых была выполнена аппендэктомия без перевязки культы червеобразного отростка, а в последующем они были подвергнуты лапароскопии по поводу иных заболеваний. Мы располагаем 7 такими наблюдениями. У 5 был первичный перитонит, а у 2 - заворот придатков матки. Ни в одном случае не был обнаружен спаечный процесс в области предшествовавшего оперативного вмешательства.

Изучение клинического материала показало существенное уменьшение количества больных с СКН после внедрения методики аппендэктомии без перевязки культы червеобразного отростка. Причины ранних осложнений и число повторных операций у детей с различными формами острого аппендицита после аппендэктомии, выполненной путем погружения неперевязанной культы в кисетный шов (1980-2014 гг.).

Безусловно, следует иметь в виду, что сравнение таких выборок, которые располагаются «по вертикали» на оси времени, не совсем корректно. За это время многое изменилось - от микрофлоры до человеческой популяции в целом. Но мы хотим лишь проиллюстрировать клиническими наблюдениями те выводы, которые сделали еще тогда, когда готовились принимать решение об изменении методики. А в то время условия могли быть признаны сопоставимыми.

Общая же тенденция течения послеоперационного периода оставалась неизменной на протяжении всего последующего периода - не постепенное уменьшение числа послеоперационных осложнений в более или менее длительный срок, а резкое их сокращение до минимальных цифр сразу же после внедрения новой методики.

Относительное число ранних гнойных послеоперационных осложнений сократилось в 24 раза, а количество больных со спаечной кишечной непроходимостью уменьшилось в 3 раза. Цифровые данные прошли математическую обработку и являются статистически значимыми. Как показал анализ операционных находок, изменился и морфологический характер спаечного процесса в брюшной полости. Если при применении стандартной методики аппендэктомии распространенный спаечный процесс стал причиной кишечной непроходимости у 15 из 23 оперированных пациентов, то после аппендэктомии без перевязки культы червеобразного отростка из 8 детей, оперированных по поводу неосложненного аппендицита, ни в одном

случае спаечный процесс не носил распространенный характер. Выявлена прямая зависимость между способом аппендэктомии и морфологическими изменениями в брюшной полости после операции.

Конечно, выполняя операции подобным образом, мы далеки от мысли, что только изменение способа обработки культи червеобразного отростка может полностью предупредить возникновение осложнений. Однако сопоставление клинических и экспериментальных данных позволило нам прийти к выводу, что аппендэктомия путем погружения неперевязанной культи червеобразного отростка в кисетный шов является патогенетически обоснованным методом профилактики как гнойных осложнений, так и спаечного процесса.

Таким образом, комплексное клинико-экспериментальное изучение показало безопасность методики аппендэктомии без перевязки культи червеобразного отростка и ее несомненную эффективность в предупреждении различных внутрибрюшных осложнений.

Беляев М.К., Беляев А.М.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ВНЕДРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА

Вопросы выбора тактики и лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года остаются одной из актуальных проблем хирургии детского возраста. Это объясняется не только тем, что число больных с данной патологией в последние годы имеет тенденцию к росту, достигая 30-40%, но и тем, что до сих пор не существует единой точки зрения на выбор тактики лечения данного заболевания.

Если бескровный метод лечения инвагинации у грудных детей признан большинством детских хирургов и является методом выбора, то в отношении больных старшего возраста высказываются не только сомнения в целесообразности его применения, но даже предупреждения о недопустимости консервативной дезинвагинации. Аргументируется это увеличением органических причин с возрастом ребенка. Более того, в исследовании А.Г. Сафронова (1987 г.) пропагандируется хирургический метод лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года как единственно оправданный.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2014 г. находился 251 ребенок с инвагинацией кишечника в возрасте старше одного года, что составило 53,2% от общего числа больных с данной патологией. Мальчиков было в 2 раза больше, чем девочек. Особо хочется отметить, что в последнее десятилетие отмечается увеличение числа больных с инвагинацией кишок в возрасте старше одного года. Так, если с 1976 по 1991 г. детей старше года находилось на лечении в нашей клинике 45,2%, то с 1992 по 2014 г. их число увеличилось на 19,4%.

На основании анамнеза заболевания, объективного и лабораторного исследований в приемном покое диагноз инвагинации нами установлен у 238 больных (94,8%), в 13 случаях (5,2%) были допущены диагностические ошибки. Из них у 9 пациентов выставлен диагноз «острый аппендицит» и у 4 «кишечная непроходимость». В нашей клинике метод консервативного лечения кишечной инвагинации считается основным и применяется независимо от возраста больных, сроков поступления с момента возникновения инвагинации или ее рецидива, при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита).

Из 238 детей с правильно установленным диагнозом инвагинации консервативное лечение оказалось эффективным у 231 (97%). В 7 наблюдениях (3%) расправить инвагинат нам не удалось. В последующем данным пациентам без особых трудностей была выполнена интраоперационная дезинвагинация воздухом, что указывает на реальную возможность расправления инвагината бескровным способом. Очевидно, в этих случаях были допущены технические ошибки при расправлении. В 4-х случаях данные ошибки были допущены в период 1976-1982 г., то есть в первые годы нашей работы, и относятся к периоду отработки методики консервативной дезинвагинации. У 3-х пациентов инвагинация не была расправлена вследствие того, что

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

манипуляция выполнялась врачами, не имеющими достаточного опыта консервативного лечения.

Хирургическое лечение применялось у 23 больных (9%). Только у 3-х детей имелся некроз кишки, что составило 1% от общего числа детей с инвагинацией в возрасте старше одного года. Это указывает на то, что инвагинация у старших детей протекает значительно легче, более доброкачественней, а внедренный участок кишечника может длительное время оставаться жизнеспособным даже при сроках заболевания более 48 часов. Поэтому попытки к его расправлению (при отсутствии противопоказаний) необходимо считать оправданными.

В результате проведенного анализа лечения 251 больного с кишечным внедрением мы считаем, что консервативная дезинвагинация у детей старше одного года должна являться методом выбора. Опасения пропустить анатомическую причину заболевания у детей старшего возраста значительно преувеличены. Так, по нашим данным, анатомические причины были выявлены только у 8-и больных, что составило 3%. В свою очередь, в выявлении подобных причин неоценимую помощь может оказать применение как лапароскопии, так и ультразвукового исследования кишечника.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном лечении мы не наблюдали.

Таким образом, наши данные убедительно свидетельствуют не только о возможности применения консервативного лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года, но и о его безопасности и высокой эффективности, равной 97%. А за последние 29 лет нашей работы эффективность консервативного метода у детей старшей возрастной группы составила 99%.

Беляев М.К., Беляев А.М.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

НЕУДАЧНАЯ БЕСКРОВНАЯ ДЕЗИНВАГИНАЦИЯ: НУЖНА ЛИ ПОВТОРНАЯ ПОПЫТКА?

Цель исследования. Определить, является ли повторная дезинвагинация эффективной после первой неудачной попытки консервативного расправления инвагината.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2014 г. находилось 472 больных с инвагинацией кишечника. Из них 221 (46,8%) ребенок до года и 251 (53,2%) старше одного года. Мальчиков среди них было 327 (69,3%), девочек 145 (30,7%).

Бескровное расправление осуществляли под наркозом в рентгенологическом кабинете с использованием электронного усилителя изображения (ЭОП). Если процедура расправления инвагината при первой попытке была безуспешной, то вновь нагнетали воздух в прямую кишку и проводили попытку расправления. Если со второй попытки расправления инвагината не происходило, то приступали к третьей попытке и т.д. Таких попыток мы осуществляли до 8 раз. Если инвагинат не удавалось расправить при данном способе, то в рентгенологическом кабинете больного переводили на эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксанта короткого действия (дитилин) внутривенно в возрастной дозировке. Затем выполняли попытки расправления инвагината под интубационным наркозом, по описанной выше методике с максимальным количеством до 5 раз.

Консервативное лечение применялось у 448 детей (98,5%), которые не имели осложнений со стороны органов брюшной полости.

В первой стадии заболевания, при сроках госпитализации больных до 12 часов от момента возникновения инвагинации, консервативное лечение проведено у 262 больных (58,3%). Оно оказалось успешным у 248, что составило 94,6%. В 81,4% случаев (n=202) расправление наступило при однократном введении воздуха в прямую кишку, у 43 (17,3%) детей потребовалось выполнить от 2 до 8 попыток дезинвагинации, а у 3 (1,3%) расправление инвагината наступило только при использовании эндотрахеального наркоза. При этом в одном случае инвагинат расправился со второй попытки, у другого после третьей и у третьего после пятой попытки.

Во второй стадии, в сроки от 12 до 24 часов от начала заболевания, консервативное лечение аэродинамическим способом применялось у 84 (18,7%) больных. Дезинвагинация оказалась успешной у 79 пациентов (94%). В 79,8% случаев (n=63) расправление наступило при однократном нагнетании воздуха в прямую кишку. У 14 детей (17,7%) потребовалось от 2-х до 8-и попыток расправления под масочным наркозом и у 2 (2,5%) больных произведена дезинвагинация под интубационным наркозом, у одного из них с первой попытки, а у другого со второй.

В третью стадию патологического процесса при сроках заболевания от 24 до 48 часов консервативное лечение применялось у 66 (14,7%) пациентов. Оно оказалось эффективным у 60, что составило 91%. Успешная дезинвагинация наступила в 75% случаев (n=45) при однократном нагнетании воздуха в прямую кишку. У 12 детей (20%) было произведено от 3 до 8 попыток расправления. В тоже время у 3 (5%) больных добиться расправления инвагината под масочным наркозом не удалось, и только использование интубационного наркоза, а так же многократные попытки дезинвагинации (от 3 до 5 раз) позволили достигнуть положительного результата.

В четвертую стадию заболевания свыше 48 часов от начала внедрения у 36 (8%) детей проводилось консервативное лечение. Бескровная дезинвагинация оказалась успешной у 34 пациентов (94,4%). В 58,8% наблюдениях (n=20) однократная пневмокомпрессия была достаточной для расправления инвагината, однако у 12 (35,4 %) больных потребовалось от 4 до 8 попыток нагнетания воздуха в прямую кишку, а у 2 (5,8%) пациентов расправление наступило под интубационным наркозом, у одного из них с первой попытки, а у другого только с пятой.

В целом бескровное лечение кишечного внедрения из 448 больных оказалось успешным у 421, что составило 94%.

Между тем, собственные наблюдения убедительно свидетельствуют о том, что повысить эффективность консервативного лечения можно, используя повторные попытки бескровного расправления инвагината. Так, у 91 (20,3%) больного мы добились положительного результата только при многократных (до 8) попытках расправления под масочным наркозом и до 5 под интубационным. При этом общая продолжительность дезинвагинации до 10 минут оказалась эффективной у 344-х больных (81,7%), от 10 до 20 минут у 48 (11,5%) и свыше 20 минут у 29 (6,8%), включая и время перевода больных на эндотрахеальный наркоз.

Таким образом, увеличить число больных, излеченных консервативным способом, попытки, то необходимо выполнить повторные попытки расправления. Если дезинвагинация не наступила после восьмой попытки расправления под масочным наркозом, то в рентгенологическом кабинете необходимо перейти к применению мышечных релаксантов и управляемого дыхания. И вновь проводить попытки дезинвагинации под интубационным наркозом, которые осуществляются по тем же принципам, что и под масочным обезболиванием. Повторные попытки дезинвагинации выполняются только после удаления из кишечника введенного объема воздуха.

Беляев М.К., Федоров К.К., Леликова Д.Н., Мочалов С.В., Беляев А.М.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

В экстренной хирургии острый аппендицит является самым частым заболеванием в детском возрасте, однако диагностика его до сих пор представляет определенные затруднения. Трудности диагностики обусловлены множественностью клинических проявлений, возрастными и половыми особенностями, телосложением, избыточным весом ребенка и т.д. На современном этапе требуются такие методы диагностики, которые позволяют при минимальной инвазивности максимально объективизировать диагноз.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Цели исследования.

1. Улучшить диагностику острого аппендицита.
2. Сократить необоснованные хирургические вмешательства.
3. Уменьшение количества осложненных аппендицитов (в том числе и за счет необоснованного увеличения длительности наблюдения).

По нашему мнению, улучшение диагностики острого аппендицита на современном этапе должно развиваться по двум направлениям: это расширение границ активного наблюдения за пациентом с подозрением на острую хирургическую патологию и внедрение новых технологий малоинвазивной визуализации (КТ, МРТ, УЗИ). Однако в настоящее время КТ и МРТ относят к методам дополнительной дорогостоящей диагностики, и не многие лечебные учреждения имеют в наличии такую аппаратуру.

На данный момент самой распространенной и легко доступной является методика диагностики УЗИ, которая используется для верификации различных заболеваний, в том числе и острого аппендицита.

Достоинства этого метода следующие: быстрота, неинвазивность, относительно низкая стоимость, отсутствие ионизирующей радиации, возможность повторных исследований и способность оценивать васкуляризацию органа. В тоже время главным недостатком УЗИ является низкая чувствительность к перфоративным формам аппендицита и визуализации нормального (неизмененного) аппендикса, при этом огромное значение, конечно, играет опыт и знания УЗИ специалиста.

При диагностике острого аппендицита при УЗИ можно выделить прямые и косвенные признаки патологии червеобразного отростка. К прямым признакам деструктивного аппендицита мы относим: отечный несжимаемый отросток диаметром более 7 мм, толщина стенки которого превышает 3 мм, содержимое отростка анэхогенное однородное: в то же время при гангренозном аппендиците слоистость стенки не дифференцируется, при obturации просвета отмечаются гиперэхогенные структуры с акустической тенью (каловые камни, воздух). Что же касается признаков перфоративного аппендицита, то врач видит по УЗИ нарушение слоистости стенки и воспаление периаппендикулярных тканей. При доплерографии отмечается усиление кровотока в области воспаления.

К косвенным признакам острого аппендицита мы относим: наличие свободной жидкости в правой подвздошной области и малом тазу; усиление, ослабление или отсутствие перистальтики кишки; утолщение купола слепой кишки; увеличение диаметра дистального отдела подвздошной кишки; повышение эхогенности жировой ткани вокруг слепой кишки и червеобразного отростка; газ вне просвета кишки; увеличенные лимфатические узлы в правой подвздошной области.

Особо обращаем внимание на тот факт, что УЗИ является субъективным методом, при котором исследования могут иметь как ложноположительный результат, так и ложноотрицательный результат. Ложноположительный результат по УЗИ можно получить при переполнении кишки каловыми массами (увеличение диаметра), мезадените, терминальном илеите.

Диагноз острого аппендицита может быть исключен по результатам УЗИ только в том случае, если есть тому клиническое и лабораторное подтверждение, иначе результат может быть ложнонегативным. Определенные трудности могут возникнуть при выявлении по УЗИ простого аппендицита. Следует отметить, что при визуализации нормального аппендикса слоистость стенки всегда сохранена и при простом аппендиците, в таких случаях диагноз острого аппендицита исключается полностью.

В отделение детской хирургии ДГБ ЗПЦ г.Новокузнецка по неотложной помощи за 2010-2013 г. с жалобами на боли в животе обратились 7003 ребенка в возрасте от 1 мес. до 17 лет. Из них с подозрением на острый аппендицит были госпитализированы 2101 человек, из которых 1132 (53,8%) мальчика и 969 (46,2%) девочек. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3-х лет - 88 (4,2%), от 3 до 6 лет - 282 (13,4%), от 6 до 10 лет - 609 (29%), от 10 до 14 лет - 629 (30%), старше 15 лет - 493 (23,4%) пациента.

Среди всех поступивших в отделение детской хирургии больных (n=2101) у 97 (4,7%) больных диагноз острого аппендицита был выставлен клинически но и подтвержден лабораторными анализами. Им проведено оперативное лечение под общим обезболиванием, и диагноз хирургической патологии был подтвержден на операции.

У 850 (40,5%) детей диагноз острой хирургической патологии не только был исключен клинически, но и подтвержден на УЗИ (n=227). В то же время у 327 (15,5%) детей диагноз острого аппендицита исключить не представлялось возможным, и они были госпитализированы в отделение хирургии для динамического наблюдения. Из них у 156 (47,7%) пациентов выполнялось УЗИ на предмет выявления острой хирургической патологии. В 827 (39,3%) случаев острая хирургическая патология была исключена путем лапароскопии.

Из 383 человек, которым выполнялось УЗИ исследование, у 156 пациентов диагноз острого аппендицита был подтвержден.

Таким образом, чувствительность данного метода, по нашим данным, составила 85,9%, специфичность метода 95,2% и точность метода - 91,4%. При активном применении УЗИ в диагностике острой хирургической патологии брюшной полости процент проведения urgentных лапароскопий с 2010 по 2013 г. уменьшился с 85 до 35%. Диагностика методом УЗИ является одним из высокоэффективных методов исследования острого аппендицита, однако окончательное решение следует принимать только совместно с клиническими данными.

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

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ МАССИВНОЙ ГЕМОАСПИРАЦИИ

Цель исследования. Определение эффективности использования методов лечебной бронхоскопии при массивной гемоаспирации.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты лечения 62 пострадавших с контузионным пульмонитом, осложненным билатеральной гемоаспирацией. Мужчин было 48, женщин - 14. Возраст - от 17 до 74 лет. Источник кровотечения локализовался в нижней доле одного или обоих легких.

При лечении 32-х пациентов использовали фиброоптический трахеобронхиальный лаваж физиологическим раствором (ФБС_{лаваж}), который проводили «до чистой воды и до чистой стенки». Объем однократно вводимой жидкости - не более 5 мл на каждый сегментарный бронх. У 30-и пациентов применяли визуально контролируруемую направленную высокочастотную искусственную вентиляцию легких (ФБС_{НВЧ ИВЛ}): $f=300$ ц/мин, $I:E=3:1$, $P_{раб}=1,5$ атм. Однократная экспозиция на каждый «заинтересованный» бронх 3-й генерации - не более 1 мин.

При использовании каждого из методов лечебной эндоскопии констатируется уменьшение частоты встречаемости клинических признаков респираторной дисфункции, положительная динамика параметров кислородного статуса и кислотно-основного состояния. Достоверность частоты изменений аускультативной картины, показателей PaO_2 и SaO_2 свидетельствовали о преимуществе использования ФБС_{НВЧ ИВЛ} по сравнению с фиброоптическим лаважем трахеобронхиального дерева. У всех больных улучшение показателей кислородного статуса опережало положительную динамику клинической картины бронхо-легочной дисфункции.

Изменения рентгенологической картины свидетельствовали о том, что эффективность ФБС_{НВЧ ИВЛ} была выше, чем ФБС_{лаваж} за счет увеличения пневматизации ателектазированных участков легочной ткани. Констатированы достоверно значимые изменения в частоте возникновения свежих аспирационных инфильтратов после эндоскопической коррекции массивной гемоаспирации, свидетельствующие о преимуществе использования визуально контролируемой направленной вентиляции легких в режиме экспульсии перед фиброоптическим трахеобронхиальным лаважем. Отмечено, что свежие гемоаспирационные инфильтраты выявлялись в течение пяти суток от момента достижения стойкого гемостаза вне зависимости от метода бронхоскопического воздействия. При рецидивирующих кровотечениях на фоне контузионного пульмонита во всех наблюдениях только в течение первых двух суток рентгенологически констатировались свежие инфильтративные изменения в легких.

Установлено, что в течение шести часов после достижения окончательного гемостаза

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

и коррекции гемоаспирации с использованием ФБС_{ЛВВ} у 28,12% больных отмечались эндоскопические симптомы реобструкции кровью просвета «заинтересованных» бронхов, после применения ФБС_{НВЧ ИВЛ} - у 6,67% ($p < 0,05$).

Таким образом, достоверные изменения частоты встречаемости клинкорентгенологических симптомов респираторной дисфункции, показателей кислородного статуса, эндоскопических симптомов реобструкции свидетельствуют о преимуществе использования визуально контролируемой направленной высокочастотной искусственной вентиляции легких в инвертированном режиме перед фиброоптическим трахеобронхиальным лаважем физиологическим раствором при лечении массивной гемоаспирации.

Власова И.В., Власов С.В., Пронских И.В., Кравченко Е.А., Агаларян А.Х.

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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИГИРОВАНИЯ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБАХ ПО ДАННЫМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Проблема тромбоемболических осложнений при различных заболеваниях и травмах не теряет своей остроты и актуальности. Выявление при дуплексном сканировании (ДС) флотирующих тромбов в венах нижних конечностей является показанием для экстренного оперативного вмешательства с целью профилактики эмболии. Один из методов - тромбэктомия и лигирование поверхностной бедренной вены (ПБВ) дистальнее впадения глубокой вены бедра.

Цель исследования. Изучить ультразвуковую семиотику отдаленных результатов перевязки ПБВ.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты ДС у 57 пациентов (25 мужчин, 32 женщины). В большинстве случаев (60%) подвижный тромб длиной от 3 до 8-10 см исходил из ПБВ и располагался в общей бедренной вене. У остальных подвижный тромб был не выше устья ПБВ либо в подколенной вене. Вена лигировалась рассасывающимся шовным материалом. Давность операции была от 6 месяцев до 10 лет.

Результаты исследования. По сходности ультразвуковой картины были выделены 4 типа изменений. У большинства пациентов (55%) определен I тип. ПБВ при ДС уменьшена в размерах, в просвете окклюзивные массы средней эхогенности, кровотока нет. По ходу бедренного сосудистого пучка лоцируются коллатеральные венозные сосуды небольшого диаметра. ПБВ после перевязки исключается из кровообращения вследствие полной облитерации, при этом происходит формирование венозных коллатералей с бассейном глубокой вены бедра, достаточное для удовлетворительного оттока от голени.

Еще четверть пациентов имеют сходную с I типом картину. Однако при облитерации ПБВ имеется частичная реканализация по кабельному типу, либо пристеночная (II тип). Незначительная реканализация ПБВ в данной ситуации не имеет гемодинамической значимости, и основной отток осуществляется по коллатералам, как при I типе. Клинические проявления венозной недостаточности при I и II типах умеренные.

Неблагоприятным является III тип изменений, при котором происходит удовлетворительная реканализация ПБВ с посттромботической фиброзной трансформацией стенки вены и выраженной клапанной недостаточностью (7%). ПБВ обычных размеров или уменьшена в диаметре, стенки утолщены, в просвете лоцируются фиброзные массы, частично нарушающие просвет вены, клапаны не состоятельны. ПБВ при таком исходе становится крупным коллектором, по которому происходит выраженный сброс крови.

Наиболее благоприятное течение имеет IV тип возможных исходов (12%). ПБВ обычных размеров, стенки не утолщены, кровоток удовлетворительный, умеренная клапанная недостаточность или ее отсутствие. Все пациенты с удовлетворительной, практически полной реканализацией вен, не имеют клинических проявлений венозной недостаточности. Возможность такого исхода объясняется сохранением целостности вены во время операции, рассасыванием

используемого для перевязки материала, быстропротекающими процессами реканализации при успешном лечении.

Таким образом, десятилетний опыт наблюдения за пациентами, перенесшими операцию лигирования ПБВ демонстрирует удовлетворительные результаты. Перевязка бедренной вены при флотирующем тромбе предотвращает эмболические осложнения.

В большинстве случаев ремоделирование венозной системы происходит с полной или частичной облитерацией перевязанной вены, что препятствует выраженному рефлюксу. Достаточное развитие коллатералей с бассейном глубокой вены бедра обеспечивает удовлетворительный отток, при этом не развивается значительной венозной недостаточности. При определенных условиях возможна полная реканализация вены, которая сопровождается либо посттромбофлебитическими проявлениями, либо относительной сохранностью структуры вены и ее клапанного аппарата.

Выговская О.Н.

Епархиальный Дом Милосердия
г.Новосибирск, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ ИНТЕРАКТИВНЫМИ ПОВЯЗКАМИ

Лежачие пациенты зачастую подвержены риску развития острых и хронических заболеваний, а также появлению пролежней на различных участках кожи. По наличию или отсутствию пролежней можно оценить качество ухода за больным. Иногда человек годами прикован к постели, и у него нет пролежней благодаря правильно организованному уходу.

Для создания наилучших условий заживления ран существуют специальные повязки, или раневые покрытия, обладающие в той или иной степени перечисленными свойствами: впитывают экссудат; сохраняют в ране высокую влажность; пропускают воздух; поддерживают постоянную температуру; защищают от проникновения микробов; имеют структуру, которая не позволяет частицам повязки попадать в рану; легко, без травмы снимаются.

На сегодняшний день мы имеем достаточный опыт консервативного лечения с помощью современных повязок Medisorb (очистение раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования). При выборе средств необходимо учитывать: фазу раневого процесса и количество отделяемого; глубину пролежня и ее размер, характер пролежня (инфицирование, количество экссудата); общее состояние пациента.

Основные правила лечения пролежней: проводить все манипуляции под обезболиванием; предупредить больного о предстоящей процедуре во время перевязки; постоянно поддерживать контакт с больным; соблюдать все необходимые правила септики и антисептики; проводить все манипуляции под обезболиванием.

Лечение ран в фазе воспаления. Рана характеризуется наличием гноя, некроза тканей, развитием микробов, отеком тканей, всасыванием токсинов. Задачи лечения: удаление гноя и некротических тканей; уменьшение отека и экссудации; борьба с микроорганизмами.

Основа успешного лечения пролежней - полное очищение раны от некроза. Некротическая ткань является прекрасной питательной средой для болезнетворной микрофлоры и тормозит заживление. Эффективное и безболезненное очищение раны от некротических тканей возможно при помощи специальных средств. Medisorb G. Гель сочетает уникальные абсорбирующие и увлажняющие свойства: растворяет сухие некрозы и впитывает растворенную некротическую ткань, струп и избыток экссудата.

Лечение ран во второй фазе регенерации раневого процесса.

Задачи: противовоспалительное лечение; защита грануляций от повреждения; стимуляция регенерации. Medisorb P представляет собой многослойную, полупроницаемую, стерильную повязку, состоящую из: липучего слоя, который обеспечивает фиксацию повязки без приклеивания к ране, поскольку контакт с отделяемым раны лишает ее этих свойств: гидрогелевого

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

слоя с высокой способностью к впитыванию отделяемого, мягкой пенки.

Лечение ран в фазе эпителизации и рубцевания.

Задача: ускорить процесс эпителизации и рубцевания ран. Medisorb F представляет собой стерильную самоклеящуюся повязку, состоящую из гидроколлоидного слоя и тонкой полиуретановой пленки. Повязка непроницаема для бактерий. При контакте гидроколлоидного слоя с раневым отделяемым образуется компактный гель, обеспечивающий оптимальную влажность, способствующую заживлению раны.

Заживление пролежней, как и любых других ран, наиболее эффективно протекает во влажной среде: для этого используются специальные перевязочные средства, которые помогают создать эффект «влажной камеры». Специальные материалы, из которых изготовлены данные средства, помогают регулировать уровень испарения. С одной стороны, они помогают сохранить необходимый уровень влажности, с другой стороны - защищают кожу от мацерации.

Вне зависимости от способа лечения очень большое значение имеет правильно организованный уход: смена положения больного, использование специализированных средств ухода. Профилактические методы направлены на раннюю активизацию больных методами ЛФК, изменение их положения в постели.

Галятина Е.А., Агаларян А.Х., Шерман С.В., Буддаков В.Ф., Гаврилов А.В.

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

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

По данным различных публикаций, повреждения селезенки у детей составляют от 33 до 55% всех повреждений органов брюшной полости. Закрытые повреждения селезенки могут протекать с типичной клиникой повреждения паренхиматозного органа и внутрибрюшного кровотечения или со слабовыраженными, стертыми, неясными симптомами (подкапсульные и внутриорганные повреждения).

Трудность диагностики тяжести состояния и повреждений при политравме 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. Для диагностики повреждений селезенки в последнее время широко используется ультразвуковое исследование (УЗИ), а также компьютерная томография (КТ). Однако следует заметить, что для проведения КТ необходимо стабильное состояние пациента, что резко ограничивает использование данного метода у пациентов с политравмой.

Ценным диагностическим методом является лапароскопия. Она обеспечивает не только диагностику и лечебные мероприятия, что во многих случаях позволяет избежать лапаротомии, что не мало важно у пострадавших с политравмой. Эндохирургическое лечение при спонтанном гемостазе сводится к выполнению различных лапароскопических манипуляций: аспирация крови, дренирование полости малого таза, установка лапароскопической канюли для контрольно-диагностических исследований. Критериями выбора лечебной тактики являются наряду с тяжестью состояния больного наличие либо отсутствие продолжающегося кровотечения, его интенсивность и объем кровопотери.

В последнее время, благодаря совершенствованию лапароскопической техники и другой визуализирующей аппаратуры наметилась тенденция консервативного лечения при повреждении селезенки. Консервативное лечение возможно в тех случаях, когда гемодинамика стабилизирована и не отмечается признаков прогрессирующего в динамике внутрибрюшного кровотечения на фоне проводимой интенсивной терапии. У пациентов при нестабильной гемодинамике и оценке

тяжести травмы как тяжелая и крайне тяжелая с целью сокращения времени операции и риска дополнительной кровопотери проводится спленэктомия. Проведение органосохраняющей операции не исключается при поверхностных разрывах, при стабильной гемодинамике.

Цель исследования. Анализ результатов лечения детей с повреждениями селезенки при политравме у детей.

Материалы и методы исследования. Основой нашего исследования является анализ результатов лечения 15 пациентов с повреждениями селезенки при политравме за период с 2000-2013 гг. Средний возраст пациентов $12,2 \pm 2,4$ года. По шкале ISS тяжесть политравмы составила $29,3 \pm 14,2$. Из данной группы пациентов у 5-и отмечались множественные повреждения: у 2-х пациентов разрыв селезенки сочетался с разрывом брыжейки тонкой кишки, у 1-го пациента - с ушибом левой почки, у 1-го пациента - с разрывом печени, у 1-го пациента - разрыв селезенки сочетался с повреждением печени и непроникающим повреждением стенки желудка. Все пациенты поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Наиболее частое сочетание было с черепно-мозговой и скелетной травмой - в 80% случаев.

УЗИ органов брюшной полости было проведено 4-ым пациентам, из них выявлена гематома нижнего полюса селезенки в 1 случае, что определило консервативную тактику лечения. У 3-х пациентов по УЗИ выявлены признаки гемоперитонеума, что послужило поводом для проведения диагностической лапароскопии. Учитывая тяжесть состояния, сочетанные повреждения, у 11-и пациентов при поступлении, на фоне противошоковой терапии, проводилось лапароскопическое исследование. У 1-го пациента был выявлен поверхностный разрыв нижнего полюса селезенки, без продолжающегося кровотечения. В данном случае была проведена электрокоагуляция разрыва, с последующим дренированием брюшной полости. Последующего оперативного лечения ребенку не потребовалось. У 13 пациентов после проведенного лапароскопического исследования были выявлены признаки продолжающегося кровотечения, что послужило поводом для выполнения лапаротомии. В 4-х случаях выполнена органосохраняющая операция - ушивание разрыва с использованием гемостатической губки. У всех пациентов удалось избежать повторных вмешательств и эпизодов повторного кровотечения. У 9-и пациентов проведена спленэктомия. Всем пациентам во время оперативного вмешательства проводилась аппаратная реинфузия крови. По стабилизации состояния, вторым этапом проводилось лечение сочетанной патологии. Средний койко-день в стационаре составил $15,1 \pm 3,5$ дня. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Летальный исход был зарегистрирован у 2 пациентов (13,3%). 1 пациент поступал в крайне тяжелом состоянии, с сочетанной торакальной и тяжелой черепно-мозговой травмой, скелетной травмой. Смерть наступила на 5-е сутки в результате развития полиорганной недостаточности.

Причиной смерти 2-го пациента явилась сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма, отравление угарным газом.

Выводы.

Для определения хирургической тактики необходимо использовать комплекс диагностических пособий в зависимости от состояния пострадавшего. Видеолапароскопия дает возможность определить дальнейшую тактику лечения при повреждении селезенки, отказавшись в некоторых случаях от выполнения срединной лапаротомии. При повреждении селезенки при политравме у детей не исключается возможность выполнения органосберегающих операций.

Галятина Е.А., Агаларян А.Х., Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В.

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

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Диагностика и лечение торакальных повреждений при политравме у детей остаются

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

актуальной проблемой в экстренной хирургии. Травма груди встречается в 7-10% случаев среди пострадавших, а при политравме этот показатель возрастает до 25-60%. Часто возникают трудности с оценкой степени повреждения органов грудной клетки, объема кровопотери, локализации повреждения, что непосредственно влияет на выбор лечебной тактики и последовательности оказания медицинской помощи пострадавшему. Активно-выжидательная тактика, применяемая хирургами у детей с торакальными повреждениями в отсутствие показаний к экстренной торакотомии и основанная на определении объема и скорости поступления крови по плевральным дренажам, не дает детального представления о наличии и тяжести повреждений, что значительно затрудняет выбор оптимальной тактики лечения.

Первичная диагностика на фоне тяжелых кардиопульмональных нарушений - весьма ответственный этап помощи. Как правило, он проводится одновременно с экстренными реанимационными мероприятиями. Диагноз травмы грудной клетки ставится на основании клинического и инструментального обследования. Сразу после физикального обследования приступают к рентгенографии груди, результаты которой имеют важное значение на этапе ранней диагностики и часто определяют выбор лечебной тактики.

В комплекс диагностики в последнее время включается УЗИ плевральных полостей. В ходе обследования пострадавших с политравмой необходимо помнить о тесных анатомических отношениях груди с соседними областями - животом, шейей, позвоночником, диафрагмой. Если состояние пострадавшего оценивается как стабильное, то в комплекс обследования включается компьютерная томография (КТ) по стандартной методике.

Данная методика позволяет оценить степень повреждения легочной ткани, внутрилегочные разрывы с образованием травматических полостей. При политравме очень важно определить срок, объем и вид допустимых срочных лечебных мероприятий для пострадавшего. Изучение диагностических возможностей видеоторакоскопии при травме груди у пациентов с политравмой показало ее значительное преимущество как метода ранней диагностики, что позволило оптимизировать хирургическую тактику у пострадавших и уменьшить количество торакотомий в 3 раза, снизить количество недиагностированных повреждений с 9,6% до 3,6%. При травматических повреждениях органов грудной клетки, противопоказаниями для проведения видеоторакоскопии являются тотальный гемоторакс, ранения сердца, крупных сосудов.

При наличии выше перечисленных противопоказаний пациентам выполняется торакотомия. Показанием для выполнения торакотомии является также продолжающееся кровотечение, которое не удается остановить при проведении видеолапароскопии. Оперативное вмешательство должно заканчиваться адекватным дренированием плевральной полости.

Цель исследования. Анализ результатов лечения детей с торакальными повреждениями при политравме.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике за период с 2000 по 2013 г. пролечено 29 детей в возрасте 1 г. до 15 лет, у которых отмечались торакальные повреждения при политравме, что составило 28,4%. Повреждения в результате дорожно-транспортного происшествия получили 26 (89,6%) детей, в результате падения с высоты - 3 (10,4%) детей. При поступлении состояние 23 детей расценено как тяжелое и 6 детей - крайне тяжелое. По шкале ISS тяжесть политравмы составила $29,3 \pm 14,2$. Сроки от момента получения травмы составили от 20 мин до 1,5 ч. Также дети поступали в более поздние сроки - через 1-2 суток с момента травмы, что связано с переводом их из других лечебных учреждений.

В обязательный диагностический алгоритм включались лабораторные анализы, рентгенологическое исследование, которое выполнялось в условиях протившоковой палаты либо в операционной. По рентгенологической картине симптомов пневмоторакса были выявлены у 5 человек (17,2%), симптомы гемоторакса - у 8 пациентов (26,7%) детей, симптомы гемопневмоторакса - у 7 детей (24,1%). У 9 (32,0%) пациентов диагностированы легочные кровоизлияния. Двусторонние торакальные повреждения диагностированы у 3 (10,3%) пациентов с политравмой. Среди повреждений органов и структур груди были отмечены переломы ребер у 5 пациентов, перелом лопатки - 2 пациента, перелом ключицы - 3 пациента, закрытые повреждения сердца - 2 пациента.

Сочетанность повреждений: торакальная травма+абдоминальная травма+черепно-мозговая травма+скелетная травма - 10 пациентов (34,5%), торакальная травма+черепно-мозговая травма - 7 пациентов (24,2%), торакальная травма+абдоминальная травма+черепно-мозговая травма - 4

пациента (13,8%), торакальная травма+черепно-мозговая травма+скелетная травма - 8 пациентов (27,5%). При поступлении всем детям данной группы была проведена диагностическая лапароскопия с целью исключения повреждений органов брюшной полости. При сочетанных травмах очередность хирургических вмешательств определяли локализацией доминирующей патологии.

Диагностическая лапароскопия в данной группе выполнялась, как правило, вторым этапом, после дренирования плевральной полости. У 12 (41,4%) пациентов была проведена лапаротомия по жизненным показаниям в связи с продолжающимся внутренним кровотечением, а также при повреждении полого органа. В последующем травматологами решался вопрос о возможности осуществления одномоментного остеосинтеза.

При выявлении гемо- и пневмоторакса 20 детям проведена диагностическая плевральная пункция и дренирование плевральной полости. У 15 (75%) детей обнаружен гемоторакс, при чем у 7 пациентов сочетался с пневмотораксом. У 13 пациентов после дренирования отсутствовали симптомы продолжающегося кровотечения. Данные пациенты пролечены консервативно у них наблюдалась положительная динамика, после чего дренажи удалены на 2-4-е сутки. У 2-х пациентов имело место поступление крови по дренажной трубке в течение первых 2 часов. Таким пациентам выполнялась торакоскопия, которая ограничилась санацией и дренированием плевральной полости. При легочных кровоизлияниях продолжительность выделения крови из трахеи и бронхов варьировала от 2-х до 10-и суток. У 1 пациента отмечалась торакоабдоминальная травма с повреждением правого купола диафрагмы, что потребовало выполнения торакотомии.

В раннем послеоперационном периоде использовали активную аспирацию воздуха и крови по дренажам из плевральной полости, с последующим переходом на пассивное дренирование по Бюлау. Средние сроки стояния плевральных дренажей - $4,8 \pm 2,02$ дня.

Пневмония являлась самым частым осложнением раннего посттравматического периода - у 6 пациентов (20,7%). Сроки пребывания в стационаре составили - $23,5 \pm 6,2$ дня.

Выводы.

Особенностью современной травмы груди является преобладание в ее структуре сочетанных травм, что, в свою очередь, определяет степень тяжести состояния пострадавших и высокую вероятность неблагоприятного исхода. Синдром взаимного отягощения усложняет диагностический, лечебный процесс. Среди пациентов с торакальными повреждениями воспалительные и гнойные осложнения развиваются значительно чаще.

Пневмония является самым частым осложнением раннего посттравматического периода. Наиболее эффективным методом ранней диагностики и лечения у пострадавших с торакальными повреждениями при политравме является видеоторакоскопия. Использование рационального дренирования плевральной полости предупреждает развитие посттравматических осложнений и способствует улучшению результатов лечения.

Заикин С.И., Фролов П.А.

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

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндоскопической резекции слизистой (ЭРС) при латерально распространяющихся опухолях (LST - Lateral spreading tumors) толстой кишки, определить независимые факторы риска развития осложнений при ЭРС для LST.

Материалы и методы исследования. С февраля 2007 по ноябрь 2012 года удалено 208 LST у 197 пациентов в возрасте от 18 до 89 лет ($57,8 \pm 12,6$ лет). Мужчин было 84 (43,3%), женщин - 113 (56,7%). Всем пациентам выполнялась тотальная хромоколоноскопия с помощью CF-V70L (Olympus, Япония), 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

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

с критериями по R.H. Riddell (1990 г.). ЭРС включала: подслизистое введение жидкости (5% раствор глюкозы) иглой NM220L (Olympus, Япония), удаление петлей SD16U1 (Olympus, Япония) или авторским устройством (Патент РФ N 2308902, 2007). Эндоскопический контроль осуществлялся в 3, 6, 12 и 24 месяца.

Результаты исследования. За один сеанс было удалено 208 LST. Из них LST-NG тип - 48 (23,1%), LST-G тип - 160 (76,9%). Размер LST: от 11 до 20 мм ($14,5 \pm 2,7$) - 154 (74,0%); более 20 мм ($28,7 \pm 5,5$) - 54 (26,0%). В слепой кишке находилась 41 (19,7%) LST, в восходящей ободочной кишке - 54 (26,0%), в поперечной ободочной кишке - 22 (10,6%), в нисходящей ободочной кишке - 15 (7,2%), в сигмовидной ободочной кишке - 55 (26,4%), в прямой кишке - 21 (10,1%). Гистологическое исследование выявило в 136 (65,4%) LST тубулярную аденому, в 36 (17,3%) - тубулярно-ворсинчатую аденому, в 13 (6,2%) - ворсинчатую аденому и в 23 (11,1%) - аденокарциному sm1. При ЭРС одним блоком удалено 184 (88,5%) LST, «по частям» - 24 (11,5%).

Среди осложнений ЭРС было 5 (2,4%, n=208) случаев кровотечений, из них 3 случая при удалении опухоли «по частям» ($\chi^2=5,38$, $p=0,020$). Все они распознаны во время ЭРС и остановлены эндоклипированием культи сосудов. Рецидив опухоли отмечен в 12 (5,8%, n=208) случаях, в среднем через $7,2 \pm 4,8$ месяца. При однофакторном анализе установлено, что рецидив был связан с размером LST более 20 мм, малигнизацией опухоли и резекцией «по частям», в то время как кровотечение и все осложнения были связаны с резекцией «по частям», размером опухоли более 20 мм и LST-NG типом роста. С помощью метода логистической регрессии обнаружено, что суммарно осложнения были независимо связаны с размером LST более 20 мм (ОШ: 8,212; 95% ДИ: 2,636 - 25,581; $p=0,0001$).

Выводы.

Эндоскопическая резекция слизистой оболочки при LST - эффективная и безопасная процедура с низким процентом осложнений и рецидивов. Размер LST более 20 мм является независимым фактором риска развития осложнений.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Уфа, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Для выбора наиболее подходящего метода лечения нарушений функции органов тазового дна после родов требуется клиническое и функциональное обследование, способное выявить анатомические и функциональные нарушения. До недавнего времени в гинекологии широко используемыми методами исследования несостоятельности мышц тазового дна были пальцевой и оценка по шкале McKenzie L.J., Carson S.A. (2003 г.), но они не позволяли получить полную информацию о состоянии мышцы ввиду невозможности визуально оценить состояние запирающей мышцы нижней трети влагалища (ЗМВ), представляющего собой наружный сфинктер влагалища.

В то же время последние разработки в технологиях ультразвуковой визуализации открыли новые возможности для диагностики несостоятельности мышц тазового дна. Разработка методов 3D-4D ультразвукового исследования значительно улучшили результаты исследования. Использование вращающегося на 360° датчика позволило получить 3D изображения в автоматическом режиме без необходимости вращения датчика относительно тканей, что обеспечило высокую четкость, возможность проводить исследование в покое и в динамике, выявить анатомические и функциональные нарушения в тазовых органах после родов.

Цель исследования. Оценить эффективность метода трансляционного 3D УЗ-сканирования наружного сфинктера влагалища у женщин до и после родов через естественные родовые пути.

Материалы и методы исследования. Нами проведено трансляционное УЗИ (ТЛУЗИ) ЗМВ при помощи 3D УЗИ устройства (Pro-Focus, модель эндодатчика 2025, B-KMedical, Heriev,

Дания). Выполнено ТЛУЗИ 42 первородящим женщинам в период беременности и на 4-е сутки после нормальных родов (по критериям ВОЗ) при выписке. Анализ клинко-anamnestических данных выявил, что исследуемые женщины по возрасту, массе тела, перенесенным заболеваниям, данным общеклинического (анамнез, бимануальное исследование) и функционального (пальцевое и по шкале McKenzie L.J.) исследований были сопоставимы.

Результатами ТЛУЗИ выявлено, что у 13 (31%) беременных женщин на момент исследования наблюдалось несоответствие мышечных структур тазового дна нормальной анатомии, наиболее частыми среди которых наблюдалась асимметрия положения в 28% случаях и различная высота сухожильного центра промежности в 33% случаях. Ширина брюшка ЗМВ варьировала в пределах $14,3 \pm 0,26$ мм, в тельце и межмышечных пространствах мышцы не выявлено структурных нарушений, отсутствовал диастаз. После родов количество несоответствия нормальной анатомии возросло до 48% случаев, асимметрия положения сухожильного центра наблюдалась у 33% женщин, уменьшение высоты сухожильного центра промежности отмечалась в 45% случаях, отек и неровность контуров мышечных пучков выявлялась в 42% случаях, гиперэхогенные включения в мышце и межмышечных пространствах определялись в 38% случаях, все это свидетельствовало о наличии анатомических и структурных изменениях в мышце, способных оказать свое влияние на функцию наружного сфинктера влагалища.

Таким образом, проведение трансвагинального ультразвукового исследования представляет собой метод диагностики, позволяющий оценить анатомическое и функциональное состояние запирающей мышцы влагалища до и после родов, что необходимо для своевременного начала восстановительной терапии несостоятельности мышц тазового дна после родов.

Зиганшин А.М., Беглов В.И.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Уфа, Россия

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ЗА СОСТОЯНИЕМ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Проблема послеродового кровотечения актуальна во всем мире из-за высокой частоты распространенности и материнской смертности у женщин в раннем послеродовом периоде (Стародубов В.И. «Репродуктивные проблемы демографического развития России», 2012 г.). Согласно статистическим данным, послеродовые кровотечения являются основной причиной материнской смертности, ежегодно во всем мире умирают более 127000 женщин, и на сегодняшний день нет тенденции к снижению от этого грозного осложнения родов.

По данным Росстата, в России кровотечениями осложняются от 3 до 8% от общего количества родов, среди которых 2-4% непосредственно связаны с развитием гипотонии матки в раннем послеродовом периоде (Волков А.Е. «Гемодинамика матки после хирургического гемостаза при акушерских кровотечениях», 2014 г.).

В существующих на сегодня клинических протоколах остановки послеродового кровотечения, (Шифман Е.М. Клинический протокол «Послеродовое кровотечение», 2011 г.) диагностику кровотечения рекомендовано проводить пальпацией матки, осмотром последа, оболочек, шейки матки, родовых путей, наружных половых органов, ультразвуковым исследованием (УЗИ), но все эти методы не позволяют в автоматическом режиме проводить мониторинг размеров матки, особенно в раннем послеродовом периоде. Нами на базе отечественной сканер-приставки «Ультраскан» разработано устройство и программное обеспечение, которое позволяет проводить в автоматическом режиме ультразвуковое сканирование размеров матки в заданном режиме, при превышении которых программа оповещает персонал сигналом тревоги.

С использованием предлагаемого устройства обследованы 52 родильницы в раннем послеродовом периоде. Определено время мониторингования в течение 4 часов, установлен допустимый объем матки 150% от исходного значения, после которого программа подает сигнал тревоги, критический объем 200% исходного объема.

В результате исследования выявлено: послеродовое кровотечение отсутствовало у 40

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

(77%) родильниц, устройство оповестило персонал при увеличении допустимых значений звуковым сигналом тревоги у 12 (23%) женщин. Оповещение об увеличении размеров матки позволило своевременно начать мероприятия по остановке кровотечения, что предотвратило наступлении критического объема.

Результатами исследования выявлена группа риска по развитию кровотечения в раннем послеродовом периоде. Это женщины, имеющие в анамнезе: затрудненные роды, многорожавшие, длительное течение I и II-го периода родов, хориоамнионит в родах, стремительные роды, перерастяжение матки при многоплодной беременности, крупный плод, многоводие, задержка частей последа, наличие остатков и сгустков крови в полости матки, длительное применение токолитических препаратов в родах, анатомические особенности матки, включая пороки развития, миома и опухолевидные образования матки, предлежание плаценты, имплантация плаценты в области нижнего маточного сегмента, неправильное ведение III-го периода родов.

Таким образом, использование устройства для контроля и мониторинга размеров матки в раннем послеродовом периоде позволило своевременно диагностировать начало послеродового кровотечения, предотвратить развитие тяжелых осложнений, связанных с кровотечением и удалением матки после родов (гистерэктомии).

Золоев Д.Г., Батискин С.А.

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

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИШЕМИИ КУЛЬТИ БЕДРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Число ампутаций конечности по поводу заболеваний периферических артерий в Европейской популяции и США достигает 20-28 случаев на каждые 100 тыс. населения, около половины из них выполняется на уровне бедра. Грозным осложнением трансфеморальной ампутации является тяжелая ишемия культы бедра, которая не только исключает возможности эффективной реабилитации, но и непосредственно угрожает жизни пациента. Однако до настоящего времени не определены факторы, влияющие на ее возникновение и развитие.

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на возникновение ишемии культы бедра в раннем периоде после ампутации.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили больные атеросклерозом, сахарным диабетом, облитерирующим тромбангиитом с ампутационной культей бедра.

Для анализа случаев ишемии культы бедра, возникшей в ранние сроки (до 3-х месяцев) после ампутации, сформирована выборка из 310 больных, которым проведена ампутация конечности в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1998 по 2013 г.

Критерии включения: указание в истории болезни о выполненной ампутации бедра; наличие хронической ишемии конечности как причины ампутации; диагноз атеросклероза, сахарного диабета и облитерирующего тромбангиита - как одного из основных заболеваний. Критериев исключения не было. 174 случая в выборке составили пациенты, которым усечение бедра выполнено в качестве первой ампутации, 136 случаев - пациенты, которым первоначально проведена ампутация голени, а в качестве повторной операции - ампутация бедра. Из 310-ти пациентов у 241-го реопераций не было; у 52-х реоперации выполнены в период до 3-х месяцев, а у 17-ти - в срок более 3-х месяцев после ампутации.

Критериями тяжелой хронической ишемии культы бедра при анализе медицинских документов служили: наличие на фоне стойкого болевого синдрома, требующего применения наркотических анальгетиков, и/или язв, некрозов, гангрены культы бедра, следующих признаков: реампутации бедра; возрастание уровня миоглобина крови более 512 мкг/л; а также критического снижения показателей гемодинамики культы бедра (реографический индекс < 0,4 усл. ед.; $TcPO_2 < 20$ мм рт. ст.); у умерших больных - данные патологоанатомического исследования

тканей культы бедра. В качестве возможных факторов возникновения ишемии культы бедра рассматривали: гендерный, возрастной, нозологический, факторы места жительства, наличия культы контрлатеральной стороны (КЛС), исходной тяжести ишемии конечности, исходных показателей лодыжечного артериального давления, вида (первичная или вторичная) ампутации, исходной локализации облитерирующего поражения артерий.

Вычисляли выборочную долю (в %) и среднюю ошибку выборки (m). Сравнение долей проводили с помощью критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе больных с ишемией культы бедра мужчин было статистически значимо больше, чем в группе больных без реопераций (47 (90,4%) и 181 (75,1%) пациентов соответственно). Атеросклероз (43 (82,7%) пациента), как основной нозологический фактор преобладал над сахарным диабетом (8 (15,4%) пациентов). У пациентов с культей бедра с контрлатеральной стороны (17 (32,7%) больных) частота реопераций была выше, чем у пациентов без реопераций (36 (14,9%) больных). Причем эти отличия имели место именно за счет больных с атеросклерозом (16 (30,8%) пациентов). В группе больных с ишемией культы частота случаев исходной ишемии конечности третьей степени была статистически значимо выше, чем в группе без ишемии. У пациентов с ишемией культы частота случаев поражения проксимальных отделов артериального русла была в 1,6 раза (76,3%) выше, а частота поражения дистальных отделов в 1,9 раза (23,7%) ниже, чем у больных без ишемии культы бедра.

Вывод.

Таким образом, факторами, участвующими в возникновении ишемии культы бедра в ранние сроки (до 3-х месяцев) после ампутации конечности, являются: локализация облитерирующего поражения в проксимальных отделах артериального русла конечности, наличие постампуционного дефекта бедра с контрлатеральной стороны, исходная тяжесть ишемии конечности третьей степени, мужской пол, атеросклероз в качестве основного заболевания. Такие факторы, как возраст, место жительства, вид (первичная или вторичная) ампутации существенного значения не имеют.

Климкин А.С., Голиков А.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Курск, Россия

К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОТОВОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Актуальность. В настоящее время желчнокаменная болезнь - одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает около 10% населения в мире. Особый интерес представляет лечение синдрома механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным соматическим анамнезом.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения механической желтухи (МЖ) неопухолевого генеза с учетом коморбидности и анатомических особенностей зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинике хирургических болезней N 1 на базе отделения общей хирургии Курской областной клинической больницы в период с 2010 по 2014 г. находились на лечении 329 больных с осложнениями желчнокаменной болезни (холедохолитиаз, стеноз БСДК и их сочетание, синдром Мирizzi, МЖ).

В зависимости от типа желчной гипертензии по данным ультразвукового исследования и тяжести коморбидного фона, определяемого по индексу Чарльсона (ИЧ), все больные были разделены на 3 группы:

1-я - 243 человека (73,8%), у которых протоковая патология разрешалась эндоскопическим транспапиллярным вмешательством (ТПВ), ИЧ - 3,72 балла;

2-я - 39 человек (11,9%) с тяжелой сопутствующей патологией и ИЧ - 5,45 балла,

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

которым выполнялась декомпрессия желчных путей путем постановки крупнокалиберной холангиостомы, с последующей литотрипсией и литоэкстракцией под УЗИ-контролем;

3-я - 47 человек (14,3%), которым в силу невозможности разрешения протоковой патологии миниинвазивно выполнялись открытые операции на протоковой системе с наружным или внутренним дренированием, ИЧ - 4,5 балла.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частым осложнением после ТПВ был отечный постманипуляционный панкреатит - 12,8%. После антеградных вмешательств - кровотечение при бужировании канала 15,4%. После открытых вмешательств - только раневые осложнения - 14,9%. Отмечен летальный исход от прогрессирующей полиорганной недостаточности на фоне развившегося постманипуляционного панкреонекроза и 2 от тромбоэмболии легочной артерии в раннем послеоперационном периоде. Сроки лечения больных первой группы в стационаре составили $11,3 \pm 3,68$ койко-дня, 2-й - $27,5 \pm 5,42$ койко-дня, 3-й - $15,6 \pm 2,46$ койко-дня.

Выводы.

Наличие большого числа постманипуляционных осложнений в 1-й группе больных, по нашему мнению, связано с техническими трудностями, возникающими в ходе операции, которые обусловлены анатомическими особенностями зоны БСДК.

Применение холангиолитотрипсии наиболее целесообразно у больных с наличием тяжелого соматического статуса, подтвержденного индексом коморбидности Чарльсона, у лиц пожилого и старческого возраста, а также с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Открытые операции позволяют разрешить протоковую патологию и избежать при этом тяжелых осложнений, характерных для ТПВ. К ним необходимо прибегать после 1-2 неэффективных попыток разрешить протоковую патологию миниинвазивно.

Использование комплексного подхода, включающего ИЧ, позволило оптимизировать тактику лечения, избежать фатальных осложнений ТПВ, сократить сроки нахождения больных в стационаре.

Коваль Е.Ю.

Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Современные тенденции в развитии учения о доброкачественных заболеваниях органов репродуктивной системы связаны с изучением патологических процессов, при которых происходит искажение реализации действия эстрогенов на эндометрий, в частности, при хронических воспалительных процессах, среди которых особое место занимает хронический эндометрит. По данным А.А. Земляной, диагноз «хронический эндометрит» гистологически верифицируется у 86,7% пациенток с персистенцией условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии.

Цель исследования. Изучение микрофлоры содержимого полости матки у больных с полипами эндометрия.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 47 женщин с полипами эндометрия, поступивших в отделение гинекологии МЛПУ «ГКБ N 1» г.Новокузнецка в период с 1 января 2011 года по 31 января 2013 года. Всем им было проведено бактериологическое исследование содержимого полости матки.

Критериями включения были: наличие полипов эндометрия, подтвержденных гистологическим исследованием у пациенток репродуктивного возраста и в перименопаузе.

Критерии исключения: подтвержденная атипическая гиперплазия эндометрия. Средний возраст обследованных женщин составил ($M \pm m$) $41,7 \pm 3,2$ года.

Результаты исследования. При проведении микробиологического исследования полости матки высокий титр условно-патогенной микрофлоры ($>10^5$ КОЕ/мл) был отмечен лишь у 32 женщин, что составило 68,1% от общего числа обследованных. Наиболее часто (15,6%) в высоких титрах определялись лактобактерии, в 11,1% - *Enterococcus faecalis*, по 8,8% - *Staphylococcus haemolyticus* и анаэробные агенты, еще в 8,5 % случаев - *Streptococcus agalacticae*, в 6,4% - *Echerihia coli*, в 44% - *Candida albicans* и в 6,6% - *Peptostreptococcus*.

На основании проведенного исследования часто встречающейся микрофлорой в содержимом полости матки являются лактобактерии, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus agalacticae*, *Echerihia coli* и *Candida albicans*. В связи с этим целесообразно после проведения выскабливания полости матки у женщин с полипозом эндометрия применение антибактериальных препаратов и антимикотиков.

Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Д.Г., Дедикова Т.Н.

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

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА УРОВЕНЬ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

В Российской Федерации ежегодно выполняется 30-40 тыс. больших ампутаций конечности по поводу облитерирующих заболеваний артерий. Показатели летальности остаются высокими и составляют от 12-30% в клиниках страны и зарубежья. Одним из факторов, влияющих на летальность, является уровень усечения конечности. При трансфemorальной ампутации нижней конечности летальность в 2 раза выше, чем у больных с транстибиальными ампутациями (Гаибов А.Д. и соавт., 2009 г.). В.А. Митиш с соавт. (2009 г.) отметил, что в Российской Федерации ампутации, выполняемые на уровне бедра, практически в 2 раза преобладают над ампутациями голени. По мнению ряда авторов, сегмент предполагаемой ампутации можно определить по уровню артериальной окклюзии. Однако большинство исследователей придерживаются мнения о необходимом применении комплексного подхода к выбору уровня ампутации, а окончательное решение определяют интраоперационно.

Цель исследования. Изучить результаты ампутации нижней конечности у больных при критической ишемии с различными уровнями окклюдированного поражения артерий.

Материалы и методы исследования. В исследование включены больные с облитерирующими заболеваниями артерий и диабетической ангиопатией с критической ишемией нижних конечностей, которым проведена ампутация конечности на уровне голени в отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1 января по 1 декабря 2012 года. В данную выборку вошли 34 случая, в том числе: женщин - 9, мужчин - 25. Возраст больных составил от 26,9 до 81,0 года (средний возраст - 68,4 года).

Уровень окклюдированного поражения артериального русла определяли дуплексным сканированием аорто-подвздошно-бедренно-подколенно-берцовых сегментов. В зависимости от выявленного сегмента окклюзии артериального русла были выделены три группы больных.

Первую группу составили пациенты с окклюдированным поражением аорто-подвздошного сегмента;

Вторую - пациенты с гемодинамически незначимым (менее 65%) стенозом подвздошных артерий и окклюдированным поражением бедренного сегмента;

В третьей группе были выделены пациенты с периферической окклюзией подколенно-берцового сегмента. Таким образом, в первую группу вошли 12 больных, во вторую группу - 9, а в третью - 13 пациентов.

Оценку результатов ампутации голени проводили по факту отсутствия реампутации на уровне бедра в 3-х и 12-ти месячные сроки после первично выполненного усечения конечности.

Результаты и их обсуждение. Количество реампутаций конечности на уровне бедра в 3-х месячный период после первично выполненной ампутации голени в группах было следующим: в первой группе - у 6 больных (50%), во второй - у 1 больного (11,1%), в третьей

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

группе реампутация конечности потребовалась 3 пациентам (15,4%). В течение 12-ти месячного периода после первично выполненной ампутации голени показатели реампутации на уровне бедра в данных группах оставались прежними. Таким образом, транстибиальные ампутации конечности составили 73,5%. Наиболее высокий процент реампутаций конечности на уровне бедра отмечен в группе больных с окклюзирующим поражением аорто-подвздошного сегмента, тем не менее, у половины больных этой группы сформирована функциональная культя на уровне голени.

Выводы.

Самое высокое количество реампутаций конечности на уровне бедра после первично выполненной ампутации голени отмечено при поражении аорто-подвздошного сегмента, а наиболее низкое - у пациентов с поражением бедренного и дистальных сегментов периферического русла. Однако процент сохранения коленного сустава остается высоким у больных с разными уровнями поражения артерий.

Таким образом, при необходимости выполнения ампутации при критической ишемии конечности возможно проведение транстибиальной ампутации независимо от уровня окклюзирующего поражения.

Результаты данного исследования могут применяться в хирургических отделениях лечебных учреждений.

Колобова О.И., Лещенко В.А., Гонопольская Т.Л.

КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края
г.Барнаул, Россия

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Актуальность. Начало третьего тысячелетия характеризуется ростом венозной тромбоэмболической болезни, что обуславливает актуальность не только своевременной диагностики и лечения, но, в большей мере, ее профилактики.

Цель исследования. Изучить распространенность тромбоэмболических заболеваний в Алтайском крае и эффективность их профилактики у пациентов хирургического профиля.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ распространенности тромбоэмболической болезни в Алтайском крае в 2011-2013 г. по данным статистических исследований Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Изучены результаты комплексной антитромботической профилактики у хирургических больных, получивших соответствующие рекомендации ангиохирурга Алтайского диагностического центра (АДЦ) в 2013-2014 гг. Из 113 пациентов, обратившихся по этому поводу, на вопросы дистанционного анкетирования через 3-20 месяцев после проведенного оперативного вмешательства ответили 60 (53%). Из них 4 мужчины, 56 женщин, средний возраст $55,7 \pm 1,2$ года. 8 пациентов из этого числа дополнительно обследованы в АДЦ методом ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей.

Алгоритм антитромботической профилактики определяли согласно «Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) (2010 г.)». У 95% обследованных до операции больных (все старше 40 лет, с наличием дополнительных факторов риска) установлен умеренный (30 человек, 50%) или высокий риск (27 человек, 45%) тромбоэмболических осложнений.

В эту группу вошли пациенты онкологического профиля (30) с заболеванием желудка, почек, надпочечника, молочной железы, внутренних гениталий, щитовидной железы; нейрохирургические больные (3); ортопедические при эндопротезировании крупных суставов (3) или проведении корригирующих операций на стопе (3); пациенты с доброкачественными образованиями различной локализации. В числе факторов риска у 17 пациентов (28%) выявлены хронические заболевания вен, из них у 16 варикозная болезнь, (форма 2 или 3 - сегментарный или распространенный варикоз с венозным сбросом), у 1 посттромботическая болезнь. Низкий риск операции определен у 3 больных (5%) в возрасте до 40 лет и малыми

операциями при доброкачественных образованиях молочной железы, подкожной клетчатки.

Объем антитромботических мероприятий включал механическую профилактику на основе эластической компрессии нижних конечностей в периоперационном периоде с применением противоэмболических чулок, а в дальнейшем на протяжении 3 месяцев 1 или 2 класса; ранней активизации в послеоперационном периоде; проведения лечебной физкультуры для ног. А при умеренном и высоком риске ВТЭО дополнительно назначали низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах, чаще эноксапарин за 12 часов до операции, далее через 12-24 часа, затем в течение 10 дней в установленных регламентом дозировках. После эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей, а также у ряда пациентов онкологического профиля антикоагулянтную профилактику рекомендовали продолжать в течение месяца с применением новых пероральных антикоагулянтов (прадакса 110 мг).

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что распространенность венозных тромботических заболеваний в крае в течение последних 3 лет выше, чем в РФ на 31% - $260,5 \pm 4,4$ против 198,7 случаев на 100 тыс. взрослого населения. При этом легочная эмболия осложняла течение тромбозов в регионе в 3 раза чаще, по сравнению с РФ, соответственно $9,14 \pm 1,5$ и 3,0 случаев на 100 тыс. населения.

Приведенные данные обосновывают целесообразность комплексной профилактики венозного тромбоза.

В ходе изучения результатов хирургического лечения у пациентов данной группы нами не выявлено венозных тромбозов и легочной эмболии как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периодах. В одном наблюдении у пациентки пожилого возраста через 2 месяца после операции возник острый инфаркт миокарда с благоприятным исходом.

Отметим, что всем больным проводилась эластическая компрессия ног, лечебная физкультура. Однако только 26 человек (43%) с умеренным и высоким риском ВТЭО уверенно отмечали назначение им антикоагулянтов в периоперационном периоде.

Примечательно, что отсутствие венозных тромбозов у обследованных пациентов коррелировало с отсутствием локальных хирургических осложнений, гладким течением послеоперационного периода.

Выводы.

В регионе выявлена высокая частота легочной эмболии, в 3 раза превышающая среднестатистический показатель в РФ. У пациентов хирургического профиля успешное проведение операции в сочетании с антитромботической профилактикой позволяет эффективно снизить риск венозных тромбозов.

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Роткин Е.А.

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

ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛОПАСНЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациентов с эмболоопасными флеботромбозами, разработка алгоритма лечения флеботромбозов и профилактики ретромбоза, ТЭЛА, минимизация постфлебитического синдрома.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 168 пациентов: 94 (55,9%) мужчины и 74 (44,1%) женщины с флотирующими флеботромбозами в системе нижней полой вены. Возраст пациентов был от 14 до 85 лет. Левосторонняя локализация тромбоза отмечена в 57 (34,9%), правосторонняя 98 (58,3%) случаях.

У 13 (7,7%) пациентов флотация тромба отмечена с двух сторон, что потребовало симультанного вмешательства. Общее количество операций - 183. Длительность со дня появления первых симптомов тромбоза до установления диагноза составила от 1 до 25 суток. У 129 (70,5%) пациентов отмечен распространенный характер тромботического поражения, захватывающий 3 и более анатомических сегментов венозного русла нижних конечностей. У 40 (21,9%) тромбоз локализовался в 2 анатомических сегментах. У 14 (7,6%) имел место

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

сегментарный тромбоз. Флотирующая верхушка тромба наиболее часто выявлялась в общей бедренной - 68 (37,1%) и поверхностной бедренной венах - 60 (32,8%), в подколенной вене локализация верхушки встретилась в 25 (13,7%) случаях, в наружной подвздошной - в 16 (8,7%). Флотирующие тромбы как осложнение тромбофлебита подкожных вен у 14 (7,6%) пациентов.

Факторами риска возникновения венозного тромбоза были: политравма - 34 (20,2%), из них сочетанная травма грудной клетки и перелом костей таза или нижних конечностей - 26 (15,5%) пациентов. Переломы бедренной кости и повреждения тазобедренного сустава - 32 (19,0%), протезирование суставов - 11 (6,5%), травма коленного сустава и костей голени (5,9%). Операции на органах малого таза и брюшной полости - 9 (5,4%). Сопутствующая онкология выявлена у 10 пациентов (5,9%), нейрохирургические больные - 14 (8,3%) человек, из них больные с плегией - 9 (5,4%). Осложнение варикозного расширения вен нижних конечностей отмечено у 15 (8,9%). Выполнялись следующие операции: флеботомия, тромбэктомия из ОБВ, НарПВ с перевязкой ПБВ рассасывающейся лигатурой при флотирующих тромбах в общей бедренной вене - 84 (45,8%), перевязка БВ при флотирующих и восходящих тромбозах в ПБВ и подколенной вене 85 (46,5%), Флеботомия, тромбэктомия, кроссэктомия при тромбозах исходящий из подкожных вен 14 (7,6%).

Большинство больных были оперированы в течение первых 12 часов. В послеоперационном периоде пациентам проводилась антикоагулянтная, дезагрегантная, флеботонизирующая терапия, копрессивная терапия. Выполнялось УЗДС сканирование через 3, 7-10 дней, перед выпиской. Непосредственные результаты были изучены у всех оперированных пациентов. Наиболее частым осложнением была гематома в области послеоперационной раны - 9 (4,9%) случаев. Лимфоррея отмечена у 3 (1,6%) пациентов. Ретромбоз выше лигатуры возник в 9 (4,9%) случаях, 6 (3,2%) после тромбэктомии ОБВ до первичного уровня, 3 (1,6%) после перевязки БВ. В 2 (1,1%) случаях отмечен флотирующий характер, что потребовало повторной операции. Выполненная тромбэктомия способствовала ранней активизации больного, нормализации работы мышечно-венозной помпы, более ранней реканализации сосуда.

Отек регрессировал к 4-5 суткам, на голени уменьшался к 5-7 суткам, что указывает на включение венозных коллатералей в кровоток и восстановление венозного дренажа уже в раннем послеоперационном периоде. Продолжительность стационарного лечения составила от 5 дней до 5 месяцев (по основной патологии). После тромбэктомии умерло 3 (1,8%) пациента от перенесенной массивной ТЭЛА, которая развилась до оперативного вмешательства.

Ближайшие результаты хирургического лечения венозных тромбозов изучены у 102 (60,7%) больных в сроки 1, 3 и 6 месяцев после операции, отдаленные - у 70 (41,7%) пациентов через 1, 2, 3, 5 лет. У больных после перевязки бедренной вены отмечалась положительная динамика клинической картины. Болевой синдром был незначительным, в большинстве случаев купировался в течение месяца. Отек конечности через месяц регрессировал полностью у 60 (58,8%) пациентов, а через 6 месяцев умеренный отек голени сохранялся у 38 (37,2%) больных. По УЗДС - реканализация глубоких вен с восстановлением клапанов у 19 (18,6%) пациентов, облитерация вены - 45 (44,1%) пациентов. У данной группы отмечено купирование отеков, болевого синдрома в период от 6-и месяцев до 2-х лет, что позволило ограничиться приемом флеботоников 2 раза в год. У 40 (39,2%) отмечена реканализация с клапанной недостаточностью, из них отечный синдром отмечен у 15 (14,7%) пациентов. По отдаленным результатам приходящий отек голени сохранялся у 40 (39,2%) больных, что соответствовало хронической недостаточности класс 3 по СЕАР. Данной группе рекомендовано ношение компрессионного трикотажа, прием флеботоников, дезагрегантов. Тяжелых форм венозной недостаточности не было. Анализируя отдаленные результаты, отмечено что ХВН, после флеботромбоза с выполнением перевязки БВ рассасывающейся лигатурой развилась у 40(39,2%) пациентов и носила легкую степень.

Выводы.

1. При выявлении флотирующего тромба магистральных вен нижних конечностей дистальнее ОБВ показана экстренная хирургическая профилактика ТЭЛА в виде лигирования бедренной вены в месте слияния с глубокой веной бедра.

2. При наличии флотации в ОБВ, Нар.ПВ с целью профилактики ТЭЛА показана флеботомия ОБВ, тромбэктомия из ОБВ, Нар.ПВ, перевязка БВ. дистальнее впадения ГБВ.

3. Активная оперативная тактика позволяет выполнить раннюю активизацию пациента и,

как следствие, восстанавливает работу МВП, ускоряет реканализацию сосудов.

4. Лигирование бедренной вены рассасывающимся шовным материалом не приводит к выраженным проявлениям венозной недостаточности.

Куприенко О.А., Денисов А.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России кафедра общей хирургии МБУЗ «ГКБ N 2»
г. Кемерово, Россия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО В 2013 ГОДУ

Цель исследования. Изучение медико-социальных аспектов ожогового травматизма у детей города Кемерово (в возрасте от 0 до 15 лет).

Материалы и методы исследования. Клинико-статистическое исследование детского ожогового травматизма города Кемерово. Единица наблюдения - статистические карты и амбулаторные карты 380 больных ожогового отделения МБУЗ «ГКБ N 2».

Результаты исследования. Распределение ожогового травматизма по этиологическому фактору.

Основной причиной, вызывающей ожоги у детей, являются жидкости - кипяток, горячее молоко, суп, компот, другая горячая жидкая и полужидкая пища, а также мыльные растворы, приготовленные для стирки белья. На обваривания приходится 72% от всех случаев термических поражений.

Ожоги от контакта с нагретыми предметами - вторая по частоте причина термических поражений. Контактные термические ожоги встречаются в 4 раза реже обвариваний, относительная частота их составляет 20%. Самый наименьший процент приходится на такие виды ожогов, как ожог пламенем - 6%. Электрический и химический ожоги по 1%, солнечный ожог - 1 случай.

Распределение детей с ожоговой травмой по возрасту.

Дети от 1 года до 3-х лет (около 50%) наиболее подвержены термической травме. Дети дошкольного возраста термотравму получают реже (16%). Третье место приходится на возраст до 1 года (14%), далее следует дети школьного возраста (9,8%), и наименьший процент приходится на подростковый возраст (9,2%)

Из всех больных с ожогами преобладают мальчики (60,6%), что в 1,5 раза больше, чем девочки (39,3%).

Важную роль с термической травмой играет такой фактор, как время получения ожоговой травмы. 24,2% детей получило травму в период с 06⁰⁰ до 12⁰⁰, на втором месте (23,1%) - с 18⁰⁰ до 21⁰⁰, на третьем (19,8%) - с 12⁰⁰ до 15⁰⁰.

По нашим данным, частота ожоговых травм отмечается в зимнее время года - 30,1% и летнее 30,7%.

Локализация: Наибольший процент приходится на ожоги смешанной локализации - 44%. Нами замечено, что у детей чаще всего страдают от ожогов руки и ноги.

Распределение детей по площади ожогового поражения. По площади ожогового поражения в основном это были дети с ожогами до 5% (54,8%), наименьший процент приходится на площадь поражения более 20% поверхности тела (1,2%)

Наибольший процент приходится на III степени (41,7%), далее следуют пограничные ожоги - (27,9%).

В процессе исследования были получены данные, на основе которых можно сделать следующие выводы.

Выводы.

1. Ожоговая травма чаще всего встречается у детей в возрасте от 1-3 лет, чаще у мальчиков.

2. Время получения травмы: в утренние часы с 06⁰⁰ до 12⁰⁰, и в вечерние с 18⁰⁰ до 21⁰⁰;

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

наиболее часто в зимний и летний периоды.

3. Самой частой причиной ожогов у детей являются ожоги горячей жидкостью, в меньшей степени встречаются ожоги пламенем, химические и другие.

4. Наиболее часто встречаются ожоги смешанной локализации с преимущественным поражением верхних и нижних конечностей.

Данные проведенного клинико-статистического анализа могут служить основой для создания различных программ по профилактике ожоговой травмы у детей, которые могут быть применены относительно службы медицинской скорой помощи.

Макаров Д.Н.

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

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ, КОТОРЫМ ВЫПОЛНЯЛАСЬ АМПУТАЦИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Несмотря на успехи сосудистой хирургии, число ампутаций конечности в Европейской популяции остается высоким, составляя 20-25 случаев на 100 тыс. населения (Rommers G.M., 1997 г.; Золоев Г.К., 1999 г.). Послеоперационная летальность достигает 26% (Holdsworth R.J., 1997 г.; Золоев Г.К., 1999 г.), а в течение первого года после ампутации умирает до 40% больных (Rush D.S, 1985 г.; Ploeg A.J., 2005 г.). Лишь 15-20% пациентов возвращается к полноценной активной жизни (TASC, 2007 г.).

Столь высокая летальность обусловлена тяжестью течения основного заболевания и тяжелой сопутствующей патологией, имеющейся у пациентов с заболеваниями периферических артерий (ЗПА). Больные с необратимой ишемией нижних конечностей относятся к категории лиц с тяжелым общесоматическим статусом и явлениями мультифокального сосудистого поражения, с наличием разнообразной сопутствующей патологии. Однако в современной литературе крайне мало сведений о структуре сопутствующей патологии и ее влиянии на госпитальную летальность у пациентов с ЗПА, перенесших ампутацию конечности.

Цель исследования. Изучить структуру сопутствующей патологии у пациентов с заболеваниями периферических артерий, которым выполнялась ампутация нижней конечности.

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 нижней конечности в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.

В ходе работы была проанализирована структура сопутствующей патологии у пациентов с ЗПА.

Результаты исследования. Главенствующее положение занимали заболевания сердечно-сосудистой системы, что вполне ожидаемо и объясняется системным характером поражения сосудистого русла при атеросклерозе и других облитерирующих заболеваниях артерий. ИБС стенокардия зафиксирована у 300 (45,7%) пациентов; постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) - у 166 (25,3%); мерцательная аритмия - у 68 (10,4%); гипертоническая болезнь - у 378 (57,6%); хроническая сердечная недостаточность - у 355 (54,1%); состояние после ОНМК - у 97 (14,8%); хроническая почечная недостаточность (ХПН) - у 33 (5,0%); хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - у 90 (13,8%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) - у 37 (5,6%) больных. При этом 64,3% пациентов имели две и более сопутствующих патологии.

Выводы.

В структуре сопутствующей патологии у пациентов с заболеваниями периферических артерий, перенесших ампутацию конечности, преобладают сердечно-сосудистые заболевания.

Мартынов А.А., Баранов А.И., Демьянов В.С., Чифранова М.В.
Бухтияров А.П.

ГБОУ ДПО НГИУВ Министерства здравоохранения Российской Федерации, онкодиспансер
г.Новокузнецк, Россия

МЕТОД ЛАПАРОСТОМИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ОБШИРНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Актуальность. Обширные, комбинированные операции в онкологической практике сопровождаются значительным числом послеоперационных осложнений. Одним из решений профилактики послеоперационных осложнений являются ранние релапаротомии и формирование лапаростомы при первичной операции. Однако при плановых оперативных вмешательствах использование подобной хирургической тактики носит ограниченный характер.

Цель исследования. Определить эффективность использования лапаростомии при обширных комбинированных операциях у онкологических больных.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 89 пациентов, оперированных в ГБУЗ НКВД с 2010 по 2013 год, среди них женщин - 51, мужчин - 38. Средний возраст пациентов - 60 лет. Больные были разделены на 2 группы. Основная группа - 44 пациента, которым после операций формировалась лапаростома, группа сравнения - 45 пациентов без формирования лапаростомы. С целью стратификации пациентов по объему операции разработана шкала:

- 1) Перитонит местный и диффузный - 2 балла, разлитой - 3 балла.
 - 2) Желудок: резекция желудка - 1 балл, гастрэктомия - 2 балла, экстипация культи желудка - 3.
 - 3) Толстая кишка: правосторонняя гемиколэктомия - 1 балл, левосторонняя гемиколэктомия - 2 балла, резекция поперечно-ободочной кишки - 2 балла, резекция сигмовидной кишки - 1 балл, реконструктивные операции на толстой кишке - 3. Операция Гартмана - 2 балла, аппендэктомия - 1 балл.
 - 3) Печень: краевая резекция - 1 балл, левосторонняя гемигепатэктомия - 2 балла, атипичная резекция печени - 1 балл, холецистэктомия - 1 балл.
 - 4) Прямая кишка: передняя резекция прямой кишки - 1 балл, брюшно-анальная резекция - с низведением сигмы - 2 балла, экстирпация прямой кишки, резекция прямой кишки по поводу рецидива - 3 балла.
 - 5) Резекция тонкой кишки - 1 балл.
 - 6) Поджелудочная железа: ПДР - 3 балла, резекция хвоста - 1 балл, резекция хвоста и тела - 2 балла.
 - 7) Селезенка: спленэктомия - 1 балл.
 - 8) Резекция передней брюшной стенки - 1 балл.
 - 9) Матка: ЭМП - 2 балла, ререзекция культи влагалища, культи шейки матки - 3 балла, удаление придатков - 1 балл.
 - 10) Мочевой пузырь: резекция мочевого пузыря - 1 балл, экстирпация мочевого пузыря - 2 балла.
 - 11) Сальник: оментэктомия - 1 балл
 - 12) Брюшина: удаление брюшины - 1 балл.
 - 13) Почка: резекция почки, мочеточника - 1 балл, нефрэктомия - 2 балла.
 - 14) Лимфодиссекция: Д1 - 1 балл, Д2 - 2 балла.
 - 15) Забрюшинная опухоль без удаления органов - 1 балл, с удалением одного органа - 2 балла, с удалением 2 органов или рецидива - 3 балла.
 - 16) Спаечный процесс: умеренно выраженный - 1 балл, выраженный - 2 балла.
 - 17) Ушивание крупных сосудов - 2 балла.
- По объему кровопотери:
- 1) 500-999 мл - 1 балл.
 - 2) 1000-1499 мл - 2 балла.

**Клинические аспекты
хирургии и гинекологии**

3) 1500-1999 мл - 3 балла.

4) 2000 мл - 4 балла.

Длительность операции по времени:

1) до 2 часов - 1 балл.

2) до 3 часов - 2 балла.

3) до 4 часов - 3 балла.

Возраст:

1) до 44 лет - 1 балл.

2) 45-54 лет - 2 балла.

3) 55-64 лет - 3 балла.

4) 65 и выше - 4 балла.

Сравнительная характеристика 2-х групп больных с обширными операциями на органах брюшной полости.

В первой группе больных, перенесших обширные хирургические операции с оставлением лапаростомы, осложнений нет, умерло 5 больных - 11%.

Во второй группе перенесших обширные хирургические операции без оставления лапаростомы у 17 больных различные виды осложнений - 36% (абсцессов в брюшной полости, гематом, сером, некроза резецированного органа), из них у 12 больных потребовалась релапаротомия, различные виды хирургического лечения - 26% (вскрытие абсцессов брюшной полости, ревизия, эвакуация гематом и сером, резекция органов) и у 5 лечение консервативное - 10%, умерло 2 больных - 4%.

Летальность в 2 группах составила 7,6%.

По возрасту, времени оперативного вмешательства (от 1 часа 45 мин - до 4 часов), по шкале объема оперативного вмешательства в первой группе (без оставления лапаростомы) средний балл - 6,1 во второй группе с оставлением лапаростомы - 5,7; обе группы приблизительно равны.

Объем кровопотери в первой группе с оставлением лапаростомы несколько выше.

При сравнении летальности в обеих группах летальность в 1 группе (с оставлением лапаростомы) выше по нескольким причинам: стадия заболевания 3-4 стадии, осложнений основного заболевания: перитонит, инвазия, продолженный рост, отдаленное метастазирование, наличие асцита, сопутствующая патология, возраст. Осложнений нет.

Во второй группе летальность ниже, осложнений больше, что приводило к различным видам консервативного и хирургического лечения, а следовательно, увеличению срока нахождения в стационаре

Выводы.

Метод лапаростомии является простым, доступным, не требующим дорогого оборудования способом контроля за состоянием брюшной полости после обширных хирургических операциях на органах брюшной полости, позволяющим провести полноценную ревизию, санацию, а при необходимости и повторное хирургическое вмешательство.

Метод проявил себя как достаточно эффективный способ профилактики ранних после операционных осложнений.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

В процессе лечения обследовали 50 пациентов с ДГПЖ. У них определяли функциональное состояние почек на эмиссионном фотонном компьютерном томографе (гамма-камере) фирмы «Siemens» методом реносцинтиграфии. На рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/LunarCorp.» (США) измеряли суммарное количество минералов в скелете и проксимальной трети бедренной кости, их количество на единицу площади кости (МПК, г/см²). Результаты сравнивали с данными у мужчин аналогичного возраста, но без ДГПЖ.

Полученные данные позволили предположить, что в остром периоде ДГПЖ посредством рефлекторного механизма возникал спазм сосудов и ишемия почек, подтверждаемые микрогематурией, протеинурией, олигурией, а также снижением клубочковой фильтрации, секреции и экскреции, патологией всех фаз реносцинтиграмм. Одновременно возникали изменения и в эндокринной системе, усугубляющие и поддерживающие нарушения функции почек на фоне сосудисто-циркуляторных нарушений. При нарушении функции почек мы обнаружили существенное повышение концентрации ангиотензина-II - $7,5 \pm 0,4$ нг/мл (выше нормы на 125%). Под его воздействием возникал спазм приносящих клубочковых артериол и снижение клубочковой фильтрации, что приводило к увеличению реабсорбции натрия, задержке воды, повышению экскреции кальция. Реабсорбция кальция является преимущественно пассивной и парацеллюлярной за счет электрохимического градиента. Увеличение реабсорбции натрия приводило к увеличению экскреции кальция.

Влияние ангиотензина-II на водно-солевой обмен обусловлено увеличением продукции альдостерона. Оно физиологически более важное, чем воздействие на мускулатуру сосудов и проявлялось в дозах, еще не изменяющих артериальное давление. Увеличение секреции альдостерона является одной из главных функций ангиотензина. При выполненной операции и удаленной простате в течение 14 дней еще сохранялась повышенная концентрация ангиотензина-II.

Описанные нарушения приводили к тому, что у пациентов (69%) развивались нарушения в деятельности мочевыделительной системы, которые приводили к снижению интенсивности минерального обмена, вследствие чего уменьшалось как суммарное количество минералов в скелете, так и его МПК, в частности, в проксимальной трети бедренной кости.

Нарушение уродинамики, а также двигательной активности больных приводили к изменению массы мягких тканей во всем теле: уменьшалась масса мышц и соединительной ткани (ММСТ) и увеличивалась количество жировой ткани. В 61-65 лет масса всех тканей была уменьшена на 5%. Оно произошло за счет ММСТ, их масса уменьшалась на 14%. Масса жировой ткани увеличивалась на 66%. В 66-70 лет масса ММСТ уменьшалась на 7%, а жировой ткани увеличивалась только на 33,0%. В 71-75 лет ММСТ уменьшалась на 14,2%.

Результаты остеосцинтиграфии у больных с ДГПЖ косвенно указывали на снижение минерального обмена на 24%, а по данным костной денситометрии при нарушении уродинамики минеральная плотность в проксимальной трети бедренной кости уменьшалась на 10,0-12,2%. МПК составляла $1,170 \pm 0,063$ г/см², что на 10,7% меньше по сравнению с возрастной нормой ($1,256 \pm 0,082$ г/см²). Наибольшее снижение было в пространстве Варда: в 66-70 лет МПК была снижена на 16,2%, в 76-80 - на 19,3%. В большом вертеле этот показатель был равен 15,5%.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова
г.Курган, Россия

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ И РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Лекарственные препараты - основной наиболее широко используемый метод лечения для ослабления симптомов ДГПЖ. Они применяются как временная терапия; используются при I-II стадиях болезни, когда симптомы нарушения мочеиспускания выражены умеренно, и поэтому больной свободно мочится, а моча полностью выводится из МП. Они также применяются, если пациент воздерживается от операции или на данный момент имеются противопоказания к ней.

Сегодня наиболее изучены и широко используются в клинической практике (для лечения ДГПЖ) препараты трех групп:

- 1) α -адреноблокаторы - селективные (теразозин, доксазозин, альфузозин) и суперселективные - α_1 -адреноблокаторы (тамсулозин);
- 2) ингибиторы 5 α -редуктазы - финастерид (Финаст), дутастерид (Аводарт);
- 3) растительные экстракты (*Sergenoa repens*, *Pygeum africanum*).

Блокаторы α -адренорецепторов (иначе α -адреноблокаторы) короткого и пролонгированного действия. К ним относятся теразозин, доксазозин, тамсулозин, альфузозин, доксозин, проазин, индорамин. Эффект от их приема развивается быстро: через день или два поток мочи усиливается и больной начинает реже мочиться. Иногда этот эффект достигается через 5-10 дней. Они наиболее широко применяются в клинической практике. Действуют симптоматически, снижая тонус гладкой мускулатуры шейки МП и ПЖ, расслабляя мышечный компонент ПЖ, МК и МП, и этим уменьшают обструкцию при ДГПЖ. Поэтому давление в МК ослабевает, и улучшается ток мочи по уретре. Мочеиспускание происходит даже при увеличенной простате.

Из новых препаратов в настоящее время применяются следующее: празозин (гиповаз), теразозин (хайтрин, сетегис), альфузозин (дальфаз, ксатрал), доксазозин (кардура, камирен, тонокардин) и тамсулозин (омник, тамсулон, фокусин). Они действуют преимущественно на простату почти мгновенно и имеют меньше побочных эффектов. Отличаются друг от друга частотой приема. Некоторые из них должны приниматься в небольшой дозировке. Различаются и их побочные эффекты. Если не подходит один препарат, то можно попробовать принимать другой. Но сила струи мочи улучшается ненамного.

Блокаторы 5- α -редуктазы. Под влиянием фермента 5- α -редуктазы (тип 1 либо 2) часть свободного тестостерона в некоторых клетках-мишенях превращается в дигидротестостерон, а часть под влиянием фермента ароматазы (фермент надпочечников, благодаря которому тестостерон превращается в эстроген) - в женский половой гормон эстрадиол.

К ним относятся финастерид, проскар и дутастерид (аводарт). Они снижают действие андрогенов на ПЖ. В связи с этим замедляется рост ПЖ, и даже может происходить ее уменьшение, что, в свою очередь, может облегчить симптомы ДГПЖ. Они блокируют переход тестостерона в его активную форму - дигидротестостерон. В результате такого лечения при приеме финастерида наступает уменьшение объема простаты на 16-18% и на 27% при дутастериде, но только в течение 4 лет (22, 23); а также предотвращаются гормональные изменения. Как правило, эффект от их приема лучше всего заметен при очень больших размерах ПЖ, и может пройти несколько недель или даже месяцев, прежде чем наступит улучшение. Во время приема блокаторов 5- α -редуктазы изредка возникают такие побочные эффекты, как импотенция (эректильная дисфункция), снижение полового влечения и ретроградная эякуляция.

Другой важный момент в приеме финастерида: как только прекращается прием, ПЖ начинает очень быстро увеличиваться до начального размера.

Растительные препараты. Среди этих препаратов есть вытяжки из коры африканских деревьев, пальм, крапивы, тыквы, тополя и другие. Препараты называются: трианол, простаплант, таденан, уртирон, пепонен, гентос, простагут, спеман. Чаще всего это производные

вееролистной пальмы (*SawPalmetto*, *SabalSerullata*) и африканской сливы (*PygeumAfricanum*). Экстракт вееролистной пальмы по механизму действия близок к синтетическим ингибиторам 5 α -редуктазы (финастериду), но эффект его менее выражен. Экстракт африканской сливы снижает активность факторов роста и тем самым тормозит развитие узелков гиперплазии, а также защищает МП от поражения при ДГПЖ.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, Курганская областная больница
г.Курган, Россия

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Методы обследования, проводимые у больных ДГПЖ, подразделяют на основные и уточняющие. К основным обследованиям относятся следующие (по международным стандартам первичное обследование начинается с заполнения самим больным анкеты IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов, она широко представлена в Интернете)):

1. Врач подробно выясняет у больного, есть ли история с предстательной железой (ПЖ) в его семье, а также какие лекарства он принимает.

2. Больной начинает вести дневник мочеиспусканий.

3. Физикальные обследования. Обязательно пальцевое ректальное обследование, позволяющее оценить состояние ПЖ.

4. Неврологическое обследование - краткая оценка состояния нервной системы больного.

5. Делают общий и биохимический анализ крови на мочевины или креатинин и общий анализ мочи, которые указывают или исключают инфекцию, а также выявляют другие изменения в мочевых путях, которые сопровождаются подобными симптомами.

6. Простат-специфический антиген (ПСА) крови. В ПЖ даже в норме образуется некоторое его количество. Если ПЖ увеличена, то уровень ПСА может быть повышен. Концентрация увеличивается также после пальцевого ректального исследования, трансректального УЗИ (ТрУЗИ) и операции с катетеризацией мочевого пузыря.

7. Урофлоуметрия. Больной мочится в сосуд, который подключен к прибору, который называется урофлоуметр. Оценивается объемная скорость потока мочи. Это неинвазивный метод обследования, позволяющий достаточно объективно оценить параметры мочеиспускания у больного (скорость тока мочи) и, по показаниям, сделать цистоскопию и внутривенную урографию. Исследования проводят в динамике и благодаря этому устанавливают, происходит ли в процессе лечения улучшение или показатели мочеиспускания ухудшаются. На основании этих данных судят о необходимости хирургического лечения.

8. УЗИ ПЖ позволяет получить представление о размерах каждой доли ПЖ, состоянии ее паренхимы (наличие узловых образований, камней). Объем мочи указывает, может ли больной опорожнить МП полностью или часть ее остается (остаточная моча).

9. ТрУЗИ (трансректальное УЗИ). Это модификация УЗИ ПЖ. Исследование проводится следующим образом: небольшой ультразвуковой датчик вводится в прямую кишку. Благодаря этому можно увидеть размеры и структуру ПЖ, определить характер (направление) роста зоны гиперплазии, наличие осложнений и остаточный объем мочи.

10. УЗИ ПЖ трансабдоминальное (ТрУЗИ ПЖ) позволяет определить объем мочевого пузыря, толщину его стенок, камни, в том числе уратные, невидимые при рентгенографии выпячивания, опухоли МП, поражение верхних отделов мочевыводящих путей - мочеточников, почек, а также объем остаточной мочи, размер и форму ПЖ.

11. Биопсия ПЖ делается под местной анестезией. Под контролем ТрУЗИ специальной иглой берут образцы тканей ПЖ. Процедура совершенно безболезненная и безопасная. Образцы тканей исследуют под микроскопом, что позволяет исключить или установить рак ПЖ.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

12. Цистоскопия или уретроцистоскопия. Для этого после местной анестезии в уретру вставляют цистоскоп и визуально осматривают изнутри МК и МП. Таким способом выясняют причину заболевания. На цистограмме ПЖ выглядит в виде холма, вдающегося в просвет мочевого пузыря (дефект наполнения МП, обусловленный вдающейся в его просвет ПЖ).

13. КТ-урография. Для ее выполнения в вену вводится контрастный препарат.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, Курганская областная больница
г.Курган, Россия

ИСХОДНЫЙ МОМЕНТ РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Предстательная железа (ПЖ) располагается так, что охватывает вокруг дно и шейку мочевого пузыря. В силу этого внутри железы оказывается внутренний сфинктер мочевого пузыря (МП) и начальная часть мочеиспускательного канала (МК), которую за то, что она внутри простаты (предстательной железой - ПЖ), назвали простатической частью МК (ПЧМК). Такое расположение железы обусловлено тем, что здесь находятся отверстия протоков, из которых в МК выливается секрет тестисов и затем при мощном сокращении предстательной железы ее секрет. Он беловатого цвета, реакция у него щелочная и необходима для поддержания жизнеспособности сперматозоидов (во влагалище среда кислая, и сперматозоиды могут обездвижиться). Количество секрета ПЖ по объему небольшое, но он идет под давлением. Поэтому семенная жидкость выбрасывается наружу (впереди идут 1,5-2 мл с большим количеством сперматозоидов (миллионы), а дальше их число уменьшается).

В силу того, что железа анатомически связана с ПЧМК, в местах прилегания железы к стенкам МК, между слизистым и мышечным слоями, находятся рудиментарные железы, которые назвали периуретральными (так как они расположены вокруг МК) железами. Вот в них то и вся проблема болезни. Они и есть исходный пункт развития гиперплазии ПЖ. Интенсивному размножению этих клеток способствует тенденция к угасанию половой активности мужчины (40-50 лет), когда уменьшается концентрация общего и свободного тестостерона и увеличивается - эстрогенов. Происходит это потому, что проникающий в ПЖ тестостерон плазмы под влиянием возросшей активности 5- α -редуктазы быстрее превращается в наиболее активную форму - 5- α -дигидротестостерон (5- α -ДГТ). Он связывается с соответствующими рецепторами ядра указанных клеток и активирует некоторые гены ядра. Поэтому увеличивается число цитоплазматических рецепторов. Они повышают функциональную активность клеток рудиментарных желез. В русле крови усиливается реакция ароматизация "осколков" тестостерона - андростендиона, которые превращаются в эстрон и эстрадиол - высокоактивные женские половые гормоны, что и приводит к относительному увеличению уровня эстрогенов в организме. Возрастает также синтез факторов роста, которые стимулируют деление и созревание клеток паренхимы и стромы ПЖ. В силу этого происходит активация фибробластов, фибропластического фактора роста (bFGF) и пролиферация соединительной ткани в ПЖ. Клеточный рост в ПЖ стимулируют также эпидермальный (EGF) и трансформирующий (TGF- α) факторы.

С чего же начинает увеличиваться в размере ПЖ? Вначале образуется очень маленький узелок или маленькие узелки из соединительной ткани. Их рост происходит неравномерно, преимущественно в медиальной части переходной зоны ПЖ, ближе к семенному бугорку и периуретральной строме, вдоль ПЧМК. Вслед за узлообразованием непосредственно следует железистая гиперплазия. В процесс вовлекаются и мышцы ПЖ. В результате этого гиперплазия (ГП) может иметь не только железистый, но имiomатозный (мышечный) или фиброзный (рубцовый) характер. Узлы ГП по мере роста вытесняют и даже замещают нормальную ткань ПЖ. Поэтому МК сдавливается, и возникают функциональные расстройства мочеиспускания, а затем происходит существенное затруднение в прохождении мочи вплоть до полного прекращения.

Если разрастание ПЖ происходит в сторону МП или прямой кишки, то эта форма ДГПЖ обычно характеризуется медленным ростом и относительно длительным и благоприятным клиническим течением. А вот изолированная гиперплазия средней доли и подшеечных узлов МП быстро приводит к выраженным обструктивным проявлениям.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, Курганская областная больница
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Нарушение белкового и фосфорно-кальциевого обмена при ДГПЖ приводит к снижению минеральная плотность костей (МПК) скелета, либо преждевременно развивается остеопороз, приводящий к переломам и существенному ухудшению состояния больных. С учетом этого возникает настоятельная необходимость изучения МПК скелета и, в частности, позвоночника. Работ, посвященных этому вопросу нет, так как до сих пор костный денситометр в медицинских учреждениях является большой редкостью. Да и исследование уродинамики на гамма-камере еще далеко не всегда доступно. Поэтому изучение развития возможных осложнений со стороны почек, выяснение причин снижения МПК скелета позволит уже на ранних этапах лечения проводить профилактические мероприятия, а при необходимости и медикаментозное лечение.

МПК позвоночника измеряли на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре. Определяли суммарное количество минералов (СКМ) и их МПК. Оценка изменений проводилась по сравнению с данными у мужчин аналогичного возраста, но без ДГПЖ.

Площадь позвоночника в 61-70 лет уменьшалась на 3-4%, в 71-80 лет на 5-6%, а в 81-90 лет до 4%. Меньшая величина снижения ее обусловлена разрастанием надкостницы. СКМ в позвоночнике в 61-70 лет уменьшалась на 7-8%, а МПК на 3-4%. В 71-80 лет СКМ уменьшалось на 8-11%. На такую же величину она снижена и в 81-90 лет. МПК снижалась на несколько меньшую величину, так как увеличивалась толщина надкостницы. За период 61-80 лет, площадь позвоночника уменьшалась на 11%, СКМ - на 30%, их МПК - на 22%. В контрольной группе площадь была уменьшена на 10%, СКМ - на 23%, а их МПК - на 20%.

Изменения в наиболее нагружаемых позвонках - поясничного отдела позвоночника в 61-65 лет были следующими: площадь уменьшалась (на 9%) только в 4-ом позвонке. СКМ было уменьшено во всех позвонках на 10-13%. МПК была снижена на 7-8% и только в 4-ом позвонке на 3%.

В старшей возрастной группе - 66-70 лет существенно уменьшалась (на 25%) площадь третьего поясничного позвонка и содержание минералов в нем (на 21,0%). Близкие величины снижения минералов (на 20%) были обнаружены во втором позвонке. Самая низкая МПК была во втором позвонке (-16%), а в первом, третьем и четвертом позвонках снижена только на 8-9%.

Существенное значение для возникновения переломов имеет определение площади и СКМ в сочетаниях позвонков. В сочетаниях L₁-L₃, L₁-L₄ и L₂-L₃ какие-либо новые изменения не обнаружены. Но в L₂-L₄ площадь позвонков была уменьшена на 11%, а содержание минералов - на 16%. Самые значительные изменения отмечены в сочетании позвонков L₃-L₄: площадь уменьшена на 17%, СКМ - на 30%, а МПК - на 15%.

При исследовании МПК позвоночника показано, что она снижается по сравнению с теми мужчинами, которые не страдали то ДГПЖ. Особенно важными оказались исследования сочетаний позвонков, в которых наиболее часто встречаются переломы. Такими сочетаниями оказались в L₂-L₄: их площадь уменьшалась на 11%, а содержание минералов - на 16%. Самые значительные изменения отмечены в сочетании позвонков L₃-L₄: площадь позвонков была уменьшена на 17%, СКМ на 30%, а МПК - на 15%. Такое снижение количества минералов указывает на развитие остеопороза.

Таким образом, исследования СКМ и МПК позвоночника показали, что увеличенная за счет доброкачественной гиперплазии предстательная железа, препятствуя нормальному оттоку мочи, способствует развитию нарушений функции почек, что, в свою очередь, сказывается на СКМ в скелете мужчин, страдающих данным заболеванием.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, Курганская областная больница
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ СКЕЛЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Минеральную плотность костей (МПК) скелета измеряли на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/LunarCorp.» (США). В каждом крупном сегменте скелета определяли суммарное количество минералов и их количество на единицу площади кости (г/см^2). Полученные результаты сравнивали с данными у мужчин аналогичного возраста, но без ДГПЖ.

Кости черепа. Площадь изменялась однонаправленно в основной и контрольной группах. В возрасте 71-80 лет у больных площадь уменьшалась на 2-4 см^2 , а в группе 81-90 лет снова несколько увеличивалась и даже достигала исходных значений. Можно предполагать, что это происходило за счет разрастания надкостницы.

Незначительные изменения количества минералов у больных ДГПЖ по сравнению с контрольной группой появлялись в возрасте 66-70 лет и становились более заметными в 81-90 лет. Аналогичным образом изменялась и МПК.

Кости туловища. Стабильные, хотя и незначительные изменения площади отмечены у больных ДГПЖ в 71-75 лет. В последующие годы изменения достигали 4-6%. Такие же изменения происходили и с массой минералов и их плотностью. В 76-90 лет количество минералов уменьшалось на 7-10,2%.

Ребра. Изменения площади (на 4%) отмечены в 71-75 годах и увеличивались до 10% в 86-90 лет. Особенность в изменении МПК у больных ДГПЖ заключалась в том, что количество минералов уменьшалось уже в возрасте 61-65 лет и далее снижение только увеличивалось до 20% в 86-90 лет.

Кости таза. В них, как и в ребрах, много трабекулярной кости, поэтому изменения их площади и МПК были аналогичными с изменениями в ребрах. Уменьшение площади к 71-75 лет составляло 7%, а в 81-90 лет было равно 12%. Снижение содержания минеральных веществ в эти же сроки было равно 10% и 20% соответственно.

Полученные данные позволили установить, что в остром периоде ДГПЖ (существенное нарушение уродинамики) посредством рефлексорного механизма возникал спазм сосудов и ишемия почек, подтвержденные наличием микрогематурии, протеинурии, олигурии, а также снижением клубочковой фильтрации, секреции и экскреции, патологией всех фаз реносцинтиграмм. Одновременно возникали изменения и в эндокринной системе, усугубляющие и поддерживающие нарушения функции почек на фоне сосудисто-циркуляторных нарушений. Реабсорбция кальция является преимущественно пассивной и парацеллюлярной за счет электрохимического градиента. Увеличение реабсорбции натрия приводило к увеличению экскреции кальция.

У большинства пациентов с ДГПЖ (80%) развивались нарушения в деятельности мочевыделительной системы, которые приводили к снижению интенсивности минерального обмена, вследствие чего уменьшалось как суммарное количество минералов в скелете, так и его МПК.

Таким образом, результаты наших исследований МПК крупных сегментов скелета показали, что увеличенная за счет доброкачественной гиперплазии предстательная железа, препятствуя нормальному оттоку мочи, способствует развитию нарушений функции почек, что, в свою очередь, сказывается на МПК скелета мужчин, страдающих данным заболеванием.

Результаты остеосцинтиграфии у больных с ДГПЖ косвенно указывали на снижение минерального обмена, а, по данным денситометрии, минеральная плотность костной ткани была уменьшена в крупных сегментах скелета в возрасте после 60 лет на 5-10-20%, более отчетливо в ребрах и костях таза.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, областная клиническая больница
г.Курган, Россия

МАССА МЫШЦ, СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ И ЖИРОВОЙ ТКАНЕЙ В КРУПНЫХ СЕКМЕНТАХ ТЕЛА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

Снижению минеральной плотности костей (МПК) при ДГПЖ способствует слабость мышц в связи с малой подвижностью больных. Количество жировой ткани увеличивается. Такие исследования можно выполнить только на костном денситометре, который до сих пор редко встречается в медицинских учреждениях.

Нами МПК скелета, масса мышц, соединительной и жировой тканей как во всем теле, так и в его крупных сегментах измерялась на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/LunarCorp.» (США).

У молодых мужчин масса верхних конечностей составляет 9 кг, масса минералов - 0,5 кг, масса мягких тканей - 7,2-7,3 кг, жировой ткани около 2 кг. У больных с ДГПЖ в возрасте 61-65 лет масса рук уменьшена на 11% за счет мышц, а жировой ткани, наоборот, была больше на такую же величину. Масса минералов была уменьшена на 8%. В 66-70 лет суммарная масса конечности уменьшена на 17%, а всех мягких тканей на 13%, из них мышц и соединительной ткани - на 22%. Масса жировой ткани увеличивалась на 36%. В 76-80 лет масса рук была уменьшена на 14% за счет мышц и соединительной ткани. Количество жировой ткани увеличено на 69%.

Масса нижних конечностей у молодых мужчин в 36-40 лет была равна 25 кг. Минеральных веществ - 1,2 кг, мягких тканей - 23,8 кг. У больных с ДГПЖ в возрасте 61-65 лет масса нижних конечностей и мягких тканей неизменена в связи с тем, что убыль мышц на 6% и минеральных веществ на 7% компенсировалась увеличением жировой ткани на 15%. В 66-70 лет происходило уменьшение массы всех тканей на 9,1-9,2%. Убывает масса не только масса мышц и соединительной ткани, но и масса жировой ткани на 18%. Количество минеральных веществ уменьшается на 6%. В 76-80 лет происходит дальнейшее снижение массы всех тканей на 15-18%.

Масса туловища у молодых мужчин в 36-40 лет составляла 39,0 кг, мышц и соединительной ткани - 26 кг, жировой ткани - 12 кг, минеральных веществ 1 кг. У больных с ДГПЖ в 61-65 лет масса всех тканей туловища уменьшалась на 5%, а мягких тканей - на 7%. Снижение этих параметров произошло за счет уменьшения массы мышц и соединительной ткани на 13%. Количество минеральных веществ уменьшилось на 5,3%. Масса жировой ткани увеличилась на 9,2%. В 66-70 лет во всем туловище были получены аналогичные данные: количество жировой ткани было увеличено на 27%, а содержание минералов снижено на 16,3%. В 76-80 лет масса всех тканей туловища была уменьшена на 11%, мягких тканей на 13,2%. Снижение этих параметров произошло за счет уменьшения массы мышц и соединительной ткани на 13%. Масса жировой ткани также уменьшилась на 6%. Количество минеральных веществ стало меньше на 9,4%.

Изменение уродинамики у больных ДГПЖ приводили к изменению массы мягких тканей и во всем теле: уменьшалась масса мышц и соединительной ткани (ММСТ) и увеличивалось количество жировой ткани. В 61-65 лет масса всех тканей уменьшалась на 5%. Такое уменьшение происходило за счет ММСТ, их масса уменьшалась на 14%, так как происходила потеря воды. Масса жировой ткани увеличивалась на 66%. В 66-70 лет масса ММСТ уменьшалась на 7%, а жировой ткани увеличивалась только на 33,0%. В 71-75 лет ММСТ уменьшалась на 14,2%, но общая масса тканей за счет существенного прироста жировой ткани (206%) даже возрастала на 5,9%. В 76-80 лет масса всех мягких тканей уменьшалась на 8% за счет ММСТ, которая уменьшалась на 16%, и даже увеличение жировой ткани на 18% не компенсировало эту убыль ММСТ.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, областная клиническая больница
г.Курган, Россия

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДГПЖ

На втором совещании Международного согласительного комитета по проблеме доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП, Париж, 1993 г.) определены следующие показания к операции: повторная массивная гематурия, обусловленная ДГПЖ, почечная недостаточность, камни мочевого пузыря (МП), повторные инфекции мочевых путей, обусловленные ДГПЖ, большие дивертикулы МП. Позднее (2008 г.) в рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU) показания к хирургическому лечению ДГПЖ определены следующим образом:

а) отсутствие эффекта от медикаментозной терапии,
б) желание пациентов лечиться более активно, но не лекарствами,
в) наличие строгих показаний к хирургическому лечению (хроническая задержка мочи, ХПН из-за ДГПЖ, рецидивирующая инфекция мочевых путей, гематурия, устойчивая к лечению ингибиторами, в частности, 5 α -редуктазой). Абсолютным показанием для оперативного лечения ДГПЖ является инфравезикальная обструкция (подпузырная закупорка мочевых путей).

За прошедшие 20 лет произошло резкое снижение числа инвазивных операций при ДГПЖ. Все чаще стала использоваться тактика выжидания и наблюдения, хотя в целом, число пациентов, подвергающихся лечению по поводу данного заболевания прогрессивно увеличивается. Эта тенденция связана с широким внедрением лекарственной терапии, а также малоинвазивных технологий. Имеет значение и то, что после операции ТУР пациенты должны находиться на протяжении 57 дней в стационаре, что можно рассматривать не как недостаток метода, а как его позитивную объективность, которая очень важна для престарелых пациентов, "богатых" интеркуррентными заболеваниями.

Малоинвазивные операции (с минимальным объемом хирургического вмешательства) проводятся без разреза, через мочеиспускательный канал (МК) с использованием современной видеоэндоскопической техники:

1. Трансуретральная электровапоризация ПЖ (ТУВП или ТУВ). Ткань ПЖ около МК выпаривается специальным роликовым электродом.

2. Трансуретральная лазерная коагуляция ПЖ. Лазерный электрод вводится в ткань ПЖ и выжигает ее.

3. Трансуретральная игольчатая абляция ПЖ (TUNA). Ткань железы разрушается с помощью радиочастотного излучения. TUNA оказывает меньшее влияние на симптомы, однако статистически это не доказано. Имеются достаточно четкие данные, указывающие, что TUNA ассоциируется с высокой потребностью проведения ТУРП и ее необходимость больше, чем после TUMT.

4. Трансуретральная электроинцизия (ТУИП) ПЖ - эндоскопическая операция. ПЖ в области простатического отдела уретры рассекается электродом на 5, 7 и 12 частей по условному циферблату. Показанием к этой операции является относительно молодой возраст пациента с сохраненной половой функцией и небольшим объемом простаты.

5. Эмболизация артерий ПЖ (ЭАП) - также операция, но эндоваскулярная, суть которой заключается в закупорке артерий ПЖ частицами специального медицинского полимера. Выполняется под местной анестезией, доступом через бедренную артерию. Как правило, требует госпитализации, но не более, чем на одни сутки. ЭАП выполняют эндоваскулярные хирурги, а не урологи.

6. Криодеструкция - воздействие на ПЖ холодом. При этом обычно погибает часть гиперплазированной ткани и ПЖ уменьшается в размерах.

7. Инъекции этанола (спирта).

8. В настоящее время используется баллонная дилатация ПЖ (расширение суженного участка с помощью раздувания баллона, вводимого в мочеиспускательный канал).

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова
г.Курган, Россия

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ (МИТ) ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МИТ является альтернативой оперативному лечению. Эти методы лечения не эндоскопические. Они включают в себя катетеризацию мочевого пузыря (МП) при невозможности операции. Она применяется у пожилых мужчин, которые по состоянию здоровья не могут быть прооперированы. Среди этих методов следующие:

Воздействие температуры на ткани:

- 1) термотерапия 41-45°, воздействие происходит в первую очередь на злокачественные клетки, нормальные - сохраняются;
- 2) термотерапия при 45- 60° - при ней теряется селективность к нормальным и новообразованным клеткам;
- 3) абляция (60-100°) - коагуляционный некроз и удаление ткани;
- 4) >100° - вапоризация (испарение).

При лечении высокой температурой (гипертермия) ПЖ подвергается локальному нагреву. Воздействие проводится через введенный в прямую кишку или уретру датчик. При появлении этого метода вначале только немного нагревали простату и получали незначительный эффект, хотя состояние пациентов часто улучшалось. В настоящее время имеется возможность нагреть ПЖ намного сильнее, не затрагивая окружающие органы. Результаты применения этого метода многообещающие. По эффективности они приближаются к лекарственной терапии, но не достигают уровня ТУР. Лечение высокой температурой вряд ли станет альтернативой ТУР у мужчин с выраженной гиперплазией ПЖ.

Термальные методы, основанные на высокотемпературной деструкции ткани:

1) Трансуретральная микроволновая терапия (ТУМТ). Применяется при отсутствии риска малигнизации опухоли. Большинство данных, относящихся к МИТ, посвящены ТУМТ, при использовании которой по AUA-SI профиль снижается на 9-11 баллов.

2) Радиоволны.

3) Фокусированный ультразвук высокой интенсивности.

4) Лазерные методы. С их помощью выпариваются участки ПЖ.

Зеленый лазер. Бескровное одномоментное восстановление нормального мочеиспускания. Лечение может проводиться с использованием высокоэнергетических лазеров для удаления разросшихся тканей ПЖ. Лазерные операции позволяют сразу восстановить нормальное мочеиспускание и имеют значительно более низкий риск развития побочных эффектов и осложнений, чем ТУР ПЖ. Они не сопровождаются кровотечением и поэтому могут быть использованы у мужчин, которые принимают разжижающие кровь препараты.

Лазерная хирургическая операция может выполняться с использованием различных типов лазеров и по-разному.

Лазерная абляция позволяет устранить сдавление уретры за счет нагревания и последующего «сморщивания» тканей ПЖ, окружающих уретру. Абляция может приводить к развитию симптомов раздражения мочевых путей после операции и сопряжена с необходимостью ее повторного проведения, если эффект от однократной процедуры окажется недостаточным.

Лазерная энуклеация аналогична операции открытой ПЖ по эффективности, но сопровождается гораздо меньшим риском развития осложнений.

Лазерное лечение больше подобно ТУР и является альтернативным способом удаления увеличенной части ПЖ или простого рассечения отверстия.

При подобном новом хирургическом методе лечения - электровапоризации (электровыпаривание) - используется немного модифицированный резектоскоп, применяемый при ТУР.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, областная клиническая больница
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

В процессе лечения обследовано 50 пациентов с ДГПЖ. Оценку функционального состояния почек проводили на эмиссионном фотонном компьютерном томографе (гамма-камере) фирмы «Siemens» методом реносцинтиграфии. Исследовали функциональное и анатомо-топографического состояния почек после введения пентатеха, меченного ^{99m}Tc . Анализ результатов реносцинтиграфии (РСГ) проводили по качественным и количественным критериям, анализировали секреторно-эксcretорную функцию почек по сегментам. РСГ позволяла сократить сроки обследования больного и установить диагноз на ранних стадиях поражения.

МПК скелета измеряли на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/LunarCorp.» (США). Измеряли суммарное количество минералов в скелете и их количество на единицу площади кости ($\text{г}/\text{см}^2$). Сравнение результатов проводили с данными у мужчин аналогичного возраста, но без ДГПЖ.

У значительной части больных (80%) обнаружено снижение амплитуды ренограмм, что указывало на наличие изменения секреторной и эксcretорной функций почек и нарушение уродинамики. Это обусловлено стереотипной реакцией почки в виде внутрпочечной вазоконстрикции, снижения клубочковой фильтрации, нарушения секреции, эксcretции, изменениях в анализах мочи в виде протеинурии, микрогематурии и лейкоцитурии. У больных отмечена гипотония, расширение чашечно-лоханочной структуры и рефлюксы.

Секреторную функцию почек оценивали по времени максимального накопления ($T_{\text{макс}}$) радиофармпрепарата (РФП) - пентатеха, меченного ^{99m}Tc , которое увеличивалось до 157% и составляло $8,083 \pm 0,708$ минуты ($p < 0,05$). Контурь почек были менее четкими, но интенсивность накопления препарата была неодинаковой в различных сегментах. Несмотря на выраженные изменения, больные не предъявляли жалоб со стороны почек.

Эксcretорная функция при сокращении диуреза характеризовалась удлинением эксcretорно-эвакуаторного компонента: происходило увеличение времени полувыведения РФП до $20,958 \pm 0,454$ мин ($p < 0,05$) - 138% по сравнению с контрольной группой, что указывало на выраженное нарушение эксcretции. При удалении простаты к 14-му дню время полувыведения РФП оставалось практически на прежнем уровне, и только с 24 дня появлялась более выраженная тенденция к восстановлению функции - $18,58 \pm 1,758$ мин ($p < 0,05$), нарушение составило 114,7%. К 30-35-му дню отмечалось возвращение этого показателя к норме.

Восстановление эксcretорной функции происходило медленнее, чем секреторной, что указывает не только на наличие сосудистых нарушений, но и на наличие паренхиматозных изменений в почках.

У пожилых и старых людей, которым по состоянию здоровья удаление простаты не производилось, ренограммы были изменены преимущественно в фазе выделения. Отмечено также небольшое уплощение вершины и снижение высоты секреторного процесса по отношению к сосудистому. Значительные изменения в выделительном компоненте связаны как со снижением эксcretорной функции, так и нарушением эвакуаторной функции верхних мочевыделительных путей вследствие их атонии и большей извитости.

Возрастное склерозирование сосудов, гиалиноз почечных клубочков приводили в пожилом возрасте к значительному уменьшению почечного кровообращения. Умеренная пиелозктазия и рефлюкс способствовали застою и инфицированию мочи, что приводит к развитию стойких нарушений функции мочевыделительной системы.

По данным костной денситометрии, при нарушении уродинамики МПК в среднем составляла $1,170 \pm 0,063 \text{ г}/\text{см}^2$, что на 10,7% меньше нормы.

Падерин П.А., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Центр Г.А. Илизарова, областная клиническая больница
г.Курган, Россия

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Многие больные стараются любыми средствами отсрочить операцию, часто ждут абсолютное показание в виде острой задержки мочеиспускания. Существуют несколько вариантов хирургического лечения ДГПЖ. Все они преследуют цель уменьшить объем ПЖ и удалить ту ее часть, которая сдавливает мочеиспускательный канал (МК) и затрудняет отток мочи, либо практически полностью удалить предстательную железу (ПЖ). Тип операции основывается на ряде факторов, включая размеры ПЖ, степень выраженности симптомов нарушения мочеиспускания и наличие сопутствующей патологии. Если при этом больной еще молодой и заинтересован в сохранении половой активности, ему может быть выполнен наименее травматичный вариант операции - трансуретральная электрорезекция (ТУР), при которой железа разрезается на несколько частей и перестает сдавливать МК.

Во время операции по просвету уретры в МК вводится специальный эндоскопического инструмента с оптикой (резектоскоп). С помощью небольшой телевизионной камеры оперирующие врачи проецируют картину операции на экране. Применяются небольшие режущие инструменты, с помощью которых срезается мышечный внутренний сфинктер вокруг шейки МП. Используется также металлическая петля, через которую пропускается высокочастотный электрический ток, который «разрезает» ПЖ на части. Удаляются ткани ПЖ, расположенные вдоль уретры, сдавливающие ее и препятствующие свободному прохождению мочи. На данный момент ТУР ПЖ - наименее травматичная операция. После хорошо выполненной ТУР выделение мочи приходит в норму.

По показаниям для удаления ПЖ делается несколько вариантов ТУР:

- 1) Удаление 10-20% объема ПЖ и создание «мочевой дорожки» для выхода мочи.
- 2) Удаление 30-80% гиперплазированной ткани с целью образовать конусовидный канал в простатической части уретры.
- 3) Удаление 90-100% объема гиперплазированной ткани (тотальная ТУР - трансуретральная простатэктомия).

Абсолютным показанием для оперативного лечения ДГПЖ является инфравезикальная обструкция. Операция выполняется в плановом порядке после полного клинического обследования больного методом ТУР или открытым доступом. Практически каждому третьему мужчине с ДГПЖ в связи острой или хронической задержкой мочеиспускания вначале накладывают надлобковый мочевой свищ (цистостомия).

Осложнения после операции:

- 1) кровотечение;
- 2) болезненные спазмы;
- 3) учащенное мочеиспускание;
- 4) подтекание мочи;
- 5) послеоперационные инфекционные осложнения.

«Открытая» операция при ДГПЖ (так как делается разрез в нижней части живота, чтобы достичь простату) - производится через мочевой пузырь (трансвезикальная простатэктомия) или через капсулу, окружающую предстательную железу (позадилобковая простатэктомия). Эти операции выполняются под наркозом в условиях операционной как наиболее травматичные. Выполняются при очень большой ПЖ, большом числе узлов, остаточной мочи больше 150 мл, в запущенных случаях или, когда есть проблемы с МП, такие как большие дивертикулы, требующие хирургического лечения, или камни в МП, а также при различных осложнениях заболевания. Операция имеет самый высокий риск развития побочных эффектов и осложнений.

Послеоперационный период достаточно сложный: оперативное вмешательство далеко не всегда избавляет пациента от проблем с мочеиспусканием в связи с тем, что они могут быть обусловлены спазмированием мышц и нарушением работы МП.

Палаткин П.П., Мкртчян Д.М., Филатов Е.В.

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

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ СПИННОГО МОЗГА

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) в структуре урологической заболеваемости составляет 5-9%. Наиболее часто МКБ встречается у людей трудоспособного возраста - 20-50 лет.

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) является причиной значительных изменений жизни человека. Это касается не только основных физиологических процессов: нарушаются двигательные, тазовые функции, функционирование дыхательной, сердечно-сосудистой систем, наблюдаются трофические нарушения, но и кардинальным образом изменяется качество жизни пациента. Одним из проявлений течения урологических осложнений при травматической болезни спинного мозга является мочекаменная болезнь.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости мочекаменной болезнью пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Материалы и методы исследования. В изучаемую группу вошли 1434 пациента с ТБСМ, проходившие лечение в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2012-2014 гг., в том числе: мужчины - 1149 (80 %), женщины - 285 (20%). Возраст пациентов варьировал от 15 лет до 71 года, средний возраст составил 36,3 года.

На каждого пациента заполнялся протокол неврологического и урологического осмотров, разработанный в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Степень неврологических нарушений оценивали по шкале ASIA. Все пациенты с подозрением на МКБ проходили УЗИ мочевыводящих путей и обзорную урографию для уточнения диагноза.

Достоверность полученных данных подтверждена методами математической статистики. Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовались критерии χ^2 Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$.

Результаты исследования. Общее количество пациентов с МКБ в анализируемой группе составило 122 (8,5%) человека; из них мужчин - 108 (9% от общего числа пациентов мужского пола), женщин - 14 (5% соответственно от численности своей гендерной группы), $p < 0,05$.

Мочекаменной болезнью страдали 50 (9%) пациентов с повреждением позвоночника на шейном уровне, 59 (8%) человек - с повреждением грудного отдела, 13 (7%) больных - с повреждением на уровне поясничного отдела позвоночника ($p > 0,05$).

Пациенты с МКБ и неврологическим дефицитом типа «А» составили 75 (11%) человек, с типом «В» - 17 (7%), с типом «С» - 26 (8%), с типом «D» - 4 (2%) человека. Статистически значимо МКБ чаще встречалась у пациентов с неврологическими дефицитами типа «А», «В» и «С», чем при нарушении типа «D» ($p < 0,05$). Статистически значимых различий заболеваемости мочекаменной болезнью между пациентами с нарушениями типа «А», «В» и «С» не выявлено ($p > 0,05$).

Среди больных ТБСМ с длительностью заболевания до 1 года мочекаменной болезнью страдали 2 (3%) человека от общего числа больных этой группы; со сроком травмы от 1 до 3-х лет - 64 (11,5%) человека; более 3 лет - 56 (7%) больных ($p < 0,05$). Статистически значимых различий между давностью заболевания ТБСМ до 1 года и более 3 лет не выявлено ($p > 0,05$).

Оперативное лечение проводилось 69 пациентам с мочекаменной болезнью. Выполнено 4 пиелолитотомии, 1 уретеролитотомия в нижней трети, 1 нефрэктомия, 10 цистолитомий, 53 контактных ультразвуковых цистолитотрипсий. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы.

Исследование показало, что даже с учетом нарушенной уродинамики заболеваемость

мочекаменной болезнью у пациентов с ТБСМ составила 8,5%, что соответствует заболеваемости МКБ в общей популяции.

Развитие МКБ связано с полом и степенью повреждения спинного мозга. Чаще встречается у мужчин, что объясняется не только имеющимися нарушениями уродинамики и анатомическими особенностями, но и низким уровнем комплаентности.

Уровень травмы не играет значимой роли в развитии МКБ у больных ТБСМ.

Наиболее вероятной причиной роста заболеваемости МКБ через 1 год после травмы является манифестация уродинамических нарушений. Снижение заболеваемости МКБ у пациентов с давностью ТБСМ более 3 лет, скорее всего, связано с улучшением медицинской грамотности, психологической адаптацией пациентов к использованию средств реабилитации и повышением степени комплаентности.

Помыткина Т.Е.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Аутосомно-доминантный поликистоз почек (АДПКП) - наследственное медленно-прогрессирующее заболевание почек с распространенностью 1:700-1:1000 человек, характеризующееся прогрессирующим двусторонним формированием кист в почечной паренхиме, которое ведет к развитию ХПН (Комиссаров К.С., Дмитриева М.В., 2011 г.) Нередко АДПКП сочетается с поликистозом печени, поджелудочной железы и яичников (Андреева Э.Ф., Ларионова В.И., 2004 г.)

Клинический случай. Больная Х., 67 лет с 1986 г. наблюдалась амбулаторно по поводу поликистоза почек и печени. Наследственный анамнез отягощен - болел дед по материнской линии, родной брат, двоюродный брат, а также АДПКП выявлен у дочери и внучки пациентки.

С 2000 г. - артериальная гипертензия (АД до 180/80 мм рт. ст.) и гиперпаратиреоз, поддававшиеся стандартной терапии. В последующем жалобы больной были обусловлены развитием хронической почечной недостаточности. В 2012 г. - обострение хронического пиелонефрита, при обследовании выявлена анемия, назначены препараты эритропоэтина. С 2011 г. наблюдалось повышение мочевины до 26,7 ммоль/л, креатинина до 380 мкмоль/л (с июня 2013 г. до 580 мкмоль/л), в связи с чем проведена комиссия по заместительной почечной терапии и больная включена в лист ожидания на регулярный гемодиализ.

В октябре 2014 г. обнаружена нагноившаяся киста S4 сегмента печени, проведен дренаж, однако состояние больной ухудшалось - нарастала общая слабость, резко снизился аппетит, увеличились показатели мочевины, креатинина в анализе крови. Решался вопрос о трансплантации почек, от которой больная отказывалась. 28.11.14г. наступила смерть дома. Патологоанатомического вскрытия не проводилось.

Выводы.

Таким образом, течение поликистозной болезни почек и печени может осложняться кровоизлиянием, инфицированием или разрывом кист. Уремия развивается в первые 10 лет после появления симптомов у половины больных, однако скорость прогрессирования зависит от лечебной тактики. Без диализа или трансплантации смерть обычно наступает от уремии или осложнений гипертензии в среднем в возрасте 50-70 лет, что и наблюдается в данном клиническом случае.

Поткина Т.Н., Старых В.С., Шрайнер Ю.С., Малин М.В.

МБУЗ «Клиническая поликлиника N 5»
г. Кемерово, Россия

НОВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ

Укушенные раны, нанесенные млекопитающими животными, содержат разнообразную микрофлору, в том числе патогенные микроорганизмы. При укушенных ранах широко применяют методику лечения по инструкции МЗ РФ (утверждена Приказом МЗ РФ N 297. 7 октября 1997 года), включающую обильное промывание раны водой с мылом и обработку ее 70% спиртом. Однако спирт в ране вызывает у пациента резкие локальные боли, что не всегда приемлемо, особенно у детей. При известных методах лечения иногда возникает абсцесс, остеомиелит, септический артрит, менингит, сепсис и даже бешенство (Коллонтай Ю.Ю., Панченко М.К., Андрусон М.В. 1983 г.). При укусах, нанесенных мелкими животными, часто возникают множественные, но не глубокие раны, которые, не служат показанием к хирургическому вмешательству, но и при них высокая частота инфекционных осложнений, а также отсутствие средства, одновременно действующего на сочетание различных возбудителей инфекционной патологии в укушенной ране, побудило нас к разработке нового более эффективного лечебного средства.

Нами изобретена мазь для лечения при укушенных ранах (патент РФ N 2473329). Она направлена на предупреждение инфекционных осложнений путем ускорения прохождения действующих веществ через межтканевые пространства в глубину тканей с более быстрым подавлением в ране обильной и разнообразной патогенной микрофлоры. Мазь содержит ингредиенты при следующем процентном соотношении их: лидокаина гидрохлорид - 0,1-0,2; метронидазол 0,25-0,5, клиндамицин - 0,3-0,45, рифампицин - 0,45-0,6, масло облепиховое - 1,5; тромболизин - 30,0-36,0; ланолин безводный - 18,0-20,0; очищенная вода - 1,0-2,0; остальное до 100% - вазелин очищенный медицинский.

Применение действующих веществ в составе мази обосновано целью ее создания. Лидокаина гидрохлорид оказывает местную анестезию быстрее, сильнее и продолжительнее новокаина (Машковский М.Д., 2002 г.). Масло облепиховое обладает антимикробным, антиоксидантным и цитопротекторным действием, и защищает от повреждения клеточные и субклеточные мембраны, стимулирует репаративные процессы в коже, ускоряет заживление поврежденных тканей и оказывает общеукрепляющее действие (www.webapteka.ru/drugbase/name/4539.html). Метронидазол является антибактериальным препаратом широкого спектра действия, но к нему не чувствительны аэробные микроорганизмы и факультативные анаэробы. Поэтому в заявленную мазь включен клиндамицин, который высокоактивен в отношении аэробных грамположительных и анаэробных микроорганизмов.

Однако он не эффективен против возбудителя бешенства (<http://ru.wikipedia.org/wiki/клиндамицин>). Этот недостаток клиндамицина компенсирует введенный в мазь рифампицин - полусинтетический антибиотик с более широким антибактериальным спектром действия.

Он оказывает бактериостатическое и бактерицидное активное действие в отношении находящихся внутриклеточно и внеклеточно микроорганизмов, особенно грамположительных стафилококков и многих других анаэробов. Рифампицин целесообразен при укушенных ранах еще потому, что оказывает вирулоцидное действие на вирус бешенства и подавляет развитие рабического энцефалита (www.piluli.kharkov.ua/drugs/drug/2243).

Наличие в мази тромболизина, содержащего фермент гиалуронидазу, увеличивает проницаемость тканей и облегчает движение жидкостей в межтканевых пространствах, способствуя ускорению прохождения действующих веществ через межтканевые пространства в глубину тканей (Милюневский И.В., Милюневская Н.А., Никитина В.П., Батурина Н.П. 2009 г.).

Действие изобретенной мази исследовано нами в опытах на лабораторных крысах. Эксперименты выявили эффективность созданной лечебной мази в снижении воспалительного процесса и предупреждении развития инфекционных осложнений.

При лечении людей наличие изобретенной мази расширит возможности выбора средства

лечения пациентов с ранами от укусов млекопитающими животными. В особых ситуациях при мелких ранах такая мазь применима самим пострадавшим сразу после укуса, что ускорит начало лечения и может служить средством профилактики возникновения раневой инфекции и ее осложнений.

Роткин Е.А., Агаларян А.Х., Другов А.С., Кузнецов А.Д.

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

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ С НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИЕЙ ПРОТЕЗА

Одним из приоритетных направлений герниологии является профилактика инфекционно-воспалительных осложнений со стороны раны. Актуальность обусловлена частотой этого осложнения в области оперативного вмешательства после аллогерниопластики с надапоневротической фиксацией протеза (onlay). Одним из важных факторов, предрасполагающих к развитию осложнений со стороны раны, является нарушение трофики близлежащих тканей.

Наиболее приемлемым материалом для профилактики трофических и иммунологических нарушений в ране, по нашему мнению, является ткань грыжевого мешка, которая находится в непосредственной близости от зоны оперативного вмешательства.

В 2009 году разработан и внедрен способ протезирующей герниопластики с использованием тканей грыжевого мешка. Получен патент на изобретение «Способ герниопластики сетчатым имплантатом вентральных грыж» № 2393790 от 10 июля 2010 года. Способ заключался в следующем: лоскуты грыжевого мешка формировались и фиксировались на апоневроз в около протезное пространство.

Проведена сравнительная оценка эффективности разработанного способа протезирующей герниопластики с использованием тканей грыжевого мешка и стандартный метод аллогерниопластики с фиксацией протеза в надапоневротическом пространстве. В исследуемых клинических группах нами проведен анализ структуры и частоты раневых осложнений после герниопластик с установкой протеза в надапоневротическое пространство.

Оценивали количество и характер осложнений в раннем послеоперационном периоде. В группе сравнения выявлено: гематом - 1 (2%), инфильтратов - 1 (2%), сером - 4 (8%), ишемический некроз краев раны - 1 (2%), нагноений раны - 2 (4%).

В основной группе количество осложнений выявлено меньше: гематом - 2 (4%), серома - 1 (2%), ишемический некроз краев раны - 1 (2%).

Наличие осложнений в исследуемых группах влекло за собой дополнительные лечебные процедуры и оперативные вмешательства, что, в свою очередь, влияло на сроки госпитализации пациентов: в основной группе $8,7 \pm 1,72$ койко-дней, в группе сравнения $12,2 \pm 3,68$ койко-дней.

В отдаленные сроки у 3 (6%) пациентов группы сравнения зафиксированы кожно-протезные свищи и у 2 (4%) хронические серомы. Рецидивов в основной группе 1 (2%), в группе сравнения у 3 (6%) пациентов.

Следовательно, предложенный способ аллогерниопластики с использованием лоскутов грыжевого мешка имеет ряд преимуществ и может являться альтернативой стандартному методу протезирующей герниопластики с фиксацией протеза над апоневрозом.

Ткачук О.А., Соболев А.В., Оленев Е.А.

Новосибирский государственный медицинский университет
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер»
г.Новосибирск, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Актуальность. Проблема рака легкого до сих пор остается весьма актуальной. Низкая чувствительность опухоли к существующей консервативной терапии делает хирургическое вмешательство основным методом лечения больных с данным заболеванием. Но при выполнении легочных резекций уровень риска послеоперационных осложнений так же высок. Одной из таких ведущих проблем являются бронхоплевральные осложнения. Важное место в структуре летальности занимает несостоятельность культи главного бронха. Существует большое количество методов формирования бронхиальной культи, но в целом эта проблема далека от теоретического и практически значимого разрешения.

Цель исследования. Сравнить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений при стандартной операции при раке легких и операции с хирургической профилактикой гнойно-воспалительных осложнений.

Материалы и методы исследования. Исследование было выполнено в ГБУЗ НСО «НОКОД» в период 2011-2014 гг. и включало 96 пациентов со злокачественными опухолями легких, разделенных на две группы по 48 человек:

- контрольную (где применялась стандартная операция)
- и основную (где в качестве методов хирургической профилактики послеоперационных осложнений использовались 3 типа лоскутов: широчайшая мышца спины, жировой подвесок перикарда на питающей ножке, плевро-надкостнично-мышечный лоскут). Эффективность оценивали по конечному показателю - количеству и тяжести гнойно-воспалительных осложнений (данные клинического обследования больных).

Результаты исследования. В основной группе применялись лоскуты жирового подвеска перикарда на питающей ножке в 23-х случаях, в 15-и - широчайшей мышцы спины, в 10-и случаях - плевро-надкостничный лоскут. Сравнение основной и контрольной группы в послеоперационном периоде показало уменьшение частоты осложнений, которые в контрольной группе составляли 14%, а в основной - 11%, а так же заметное снижение тяжести послеоперационных осложнений, составляющих соответственно 75% и 35% случаев.

Выводы.

Хирургическая профилактика помогает уменьшить количество и тяжесть послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у пациентов с опухолями легких путем использования различных видов лоскутов.

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

В последние годы в специализированных отделениях резекция воротной и верхней брыжеечной вен при инвазии в них раковой опухоли головки и тела поджелудочной железы (ПЖ), при холангиокарциноме ворот печени стала обычной расширенной онкологической операцией. Однако резекция сосудов у онкологических больных может сопровождаться таким грозным осложнением, как тромбоз воротной вены с высокой летальностью. Еще одной из причин развития тромбоза воротной вены являются хирургические вмешательства на печени и,

в частности, при ее трансплантации. Частота этого осложнения при трансплантации печени, включая тромбоз артериального анастомоза и нижней полой вены, достигает 5-10%.

Для восстановления целостности крупных вен при их резекции описано применение синтетических протезов, биопротезов, аллографтов. Следует признать, что идеальным замещающим материалом при восстановлении целостности вен до настоящего времени остаются венозные аутоотрансплантаты. Предложено использование бедренной, внутренней яремной вены и наружной подвздошной вены. Резекция указанных вен приводит к гемодинамическим расстройствам, поэтому предпочтительнее использовать для этих целей подкожные вены, удаление которых не приносит заметного ущерба для организма. Но эти вены обычно имеют небольшой диаметр.

Без сомнения, ведущими факторами тромбоза при вмешательствах на венах являются повреждение интимы, замедленный кровоток и повышение свертывающего потенциала крови при операциях. Следовательно, профилактика послеоперационного тромбоза будет заключаться в снижении тромбогенной эффективности этих факторов.

Нами был разработан способ, преследующий получение аутовенозных трансплантатов необходимого диаметра из вен малого диаметра при меньшем количестве зон стыка в анастомозах (Ас. N 627823 «Способ формирования аутовенозных трансплантатов по Торгунакову А.П.» с приоритетом 11 апреля 1977 года).

В предложенном способе аутоотрансплантаты большого диаметра из участков вен малого диаметра получают путем их продольного рассечения и последующего сшивания краев поперечных разрезов. Если длина аутоотрансплантата недостаточна, тогда формируют несколько одинаковых венозных трубок, сшивают их между собой, смещая продольные швы относительно друг друга. Можно прибегнуть к другому, разработанному нами, способу «а» с приоритетом 22 января 1979 года). Суть этого способа заключается в том, что сшивают между собой края продольных разрезов вен малого диаметра спиралеобразно. Этот способ, наряду с уменьшением количества зон стыка в трансплантате, ускоряет процедуру формирования аутоотрансплантата.

Постоянное снижение свертывающего потенциала воротной крови можно достичь путем дополнения основной операции формированием левостороннего ренопортального венозного анастомоза (РПВА) с перевязкой селезеночных сосудов-артерии в средней трети, а вены - у ее устья.

Левосторонний РПВА в клинике общей хирургии КемГМА был выполнен 50 больным с хроническим гепатитом (ХГ) в возрасте от 16 до 69 лет. Среди них было 28 мужчин и 22 женщины. Хронический гепатит диагностирован у 30 пациентов, ХГ с начальными признаками цирроза печени (ЦП) - у 10, ЦП класса А (по Чайлду-Пью) - у 7, ЦП класса В - у 2 и ЦП класса С - у одной больной (токсический - 8, вирусный - 16, билиарный - 3, смешанный - 10, у 13 - причина не установлена).

Клинический диагноз подтверждался гистологическим исследованием печени. Хирургическое лечение предпринималось ввиду неэффективности консервативной терапии. Почечная вена соединялась по принципу «конец в конец» - 16 раз, «конец в бок» - 34 раза. В первые сутки после операции вводился гепарин по 2,5 тыс. ЕД подкожно, и с 4 по 9 день пациенты получали аспирин 0,5 г по три раза в сутки. Обследование проводилось в раннем периоде, через три месяца, через год и через три года. Максимальный срок контрольного обследования для 10 пациентов составил в среднем 17,5 лет при колебаниях от 15 до 22 лет.

В позднем послеоперационном периоде улучшалось функциональное состояние печени: уменьшалась выраженность синдрома цитолиза, холестаза, воспалительного синдрома и синдрома печеночно-клеточной недостаточности. Это подтверждалось радиоизотопной гепатографией и сканированием печени. Гепатоцеллюлярная недостаточность через 3 месяца исчезла у 60% больных. По клиническим признакам (исчезновение симптомов или снижение их выраженности) через год после операции получено 77,3% хороших и отличных результатов. По данным УЗИ, проведенного в различные сроки после операции, тромбоз анастомоза и воротной вены отсутствовал у всех обследованных.

Пассажи через печень венозной крови левой почки, обладающей фибринолитическим эффектом за счет урокиназы, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию в печени,

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

препятствует развитию тромботического процесса в воротной вене. Оксикортикостероиды левого надпочечника непосредственно шунтируемые в печень, минуя общий кровоток, стабилизируют клеточные мембраны, лизосомы, оказывают противовоспалительный и противоотечный эффект. Реальность этого эффекта демонстрирует динамика портального давления в наблюдении N 3: портальное давление до создания РПВА было 210 мм вод.ст., в течение первых и вторых суток колебалось от 130 до 245 мм вод. ст., третьих - от 80 до 100, четвертых - от 45 до 80, пятых - от 80 до 100 мм вод. ст.

Заключение.

С целью профилактики послеоперационного тромбоза воротной вены и улучшения функции печени реконструкцию вены, при необходимости, лучше проводить с применением венозных аутоотрансплантатов по предложенным методикам и основную операцию дополнять левосторонним РПВА.

Торгунаков А.П.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ТЕРМИНОЛОГИЯ О СОСТОЯНИИ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Всякое нарушение пассажа пищи и пищеварительных соков по желудочно-кишечному тракту имеет определение, принятое большинством медицинского сообщества. Так, существует понятие острой кишечной непроходимости (ОКН). В этом случае хирурги понимают, что внезапно, в силу различных причин, пассаж кишечного содержимого в аборальном направлении прекращается. Промедление с восстановлением проходимости чревато серьезными патогенетическими сдвигами в организме, развитием полиорганной недостаточности и терминального состояния.

Вполне устоявшимся понятием является «хроническое нарушение дуоденальной проходимости» (ХНДП) - состояние замедленного пассажа по двенадцатиперстной кишке (ДПК), что может быть связано с механическим или функциональным фактором. Естественно, когда проходимость исчезает, то быстро развиваются водно-электролитные и другие метаболические расстройства, что говорит о развитии острой дуоденальной непроходимости, требующей неотложных мероприятий по ее устранению.

Если имеются признаки нарушения кишечной проходимости с частичным прохождением содержимого в практической деятельности, в ряде источников литературы по этому вопросу встречается употребление противоречивого сочетания слов - «частичная кишечная непроходимость». В данном случае «непроходимость» означает отсутствие проходимости, а «частичная» означает наличие частичной проходимости. Очевидно присутствие явного противоречия в обсуждаемой фразе. Видимо, следует говорить о частичной проходимости кишечника.

Так, Д.П. Чухриенко (1960 г.) по клиническому течению выделил: а) частичную и б) полную непроходимость кишечника; последнюю, в свою очередь, разделил на острую, подострую, хроническую и рецидивирующую формы.

Во-первых, непроходимость всегда полная и не нуждается в дополнительных эпитетах.

Во-вторых, непроходимость может быть только острой, с быстрым развитием метаболических расстройств.

Все остальные варианты (подострые, хронические) являются хроническим нарушением кишечной проходимости (ХНКП), при которых метаболические расстройства прогрессируют медленно, порой длительно на субклиническом уровне.

Во избежание употребления в клинической практике таких диагнозов, как «частичная кишечная непроходимость» или «подострая» и «хроническая непроходимость кишечника», что чревато тактическими ошибками, мы предлагаем принять единую терминологию, касающуюся состояния проходимости всего желудочно-кишечного тракта, в которой принципиально выделяются только три состояния - «острая непроходимость» и «острое» и «хроническое нарушение проходимости». Например, если «хроническое нарушение дуоденальной

проходимости» приемлемо, то «хроническая дуоденальная непроходимость» выглядит абсурдно, так как непроходимость является острым состоянием.

В связи с изложенным выше обсуждением предлагаем три группы терминов, соответствующих состоянию проходимости разных отделов желудочно-кишечного тракта.

1. Хроническое нарушение проходимости (ХНП):

- пищевода (пищеводной проходимости),
- желудка (желудочной проходимости),
- ДПК (дуоденальной проходимости),
- тонкой кишки (тонкокишечной проходимости),
- толстой кишки (толстокишечной проходимости).

2. Острое нарушение проходимости (ОНП):

а) острое нарушение проходимости (пищевода и т.д.)

б) острая пищеводная непроходимость,

- острая желудочная непроходимость,
- острая дуоденальная непроходимость,
- острая тонкокишечная непроходимость,
- острая толстокишечная непроходимость.

3. Рецидивное острое нарушение проходимости:

а) рецидивное острое нарушение проходимости

б) рецидивная острая пищеводная непроходимость,

- рецидивная острая желудочная непроходимость,
- рецидивная острая дуоденальная непроходимость,
- рецидивная острая тонкокишечная непроходимость,
- рецидивная острая толстокишечная непроходимость.

Первая группа терминов используется для обозначения хронических нарушений проходимости на различных участках ЖКТ по причине снижения моторной активности, пороков развития, механических факторов.

Вторая группа терминов применима для случаев острого нарушения проходимости.

Третья группа - для случаев повторения, рецидива состояний острого нарушения проходимости. Рецидив нарушения проходимости может развиваться как на фоне хронического нарушения проходимости, так и на фоне нормальной проходимости.

Приведенные терминологические рассуждения не являются попыткой что-либо изменить в других классификациях острой кишечной непроходимости (динамическая, механическая), в том числе и по причинам ее возникновения (странгуляционная, обтурационная).

Это попытка заострить внимание на сомнительных диагнозах «частичной», «подострой», «хронической» непроходимости, которые могут приводить к лечебно-тактическим ошибкам в неотложной хирургии.

Цицкунов А.В., Заикин С.И., Первов Е.А., Фролов П.А.

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

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучить распространенность и характер поражения пищевода у детей, поступивших в клинический центр с подозрением на химический ожог пищевода.

Материалы и методы исследования. За период с 2007 по 2014 год обследовано 84 ребенка, поступивших в клинический центр с подозрением на химическую травму пищевода, в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них 62 мальчика и 22 девочки. Все пациенты приняли химическое вещество случайно. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) в первые сутки от момента травмы, по результатам которой устанавливали наличие ожога и ориентировочно степень. Повторная ФЭГДС проводилась на 8-10-е сутки.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Результаты исследования. Количество детей с выявленным ожогом пищевода за период с 2007 по 2014 год составило 77 человек, так как у 7-и детей в 2011-2014 гг., по данным ФЭГДС, химический ожог пищевода не обнаружен - наблюдался только ожог ротоглотки.

Отмечено, что у детей в возрасте от 1-го года до 3-х лет химический ожог пищевода диагностировался значительно чаще, чем в остальных возрастных группах - 65 случаев. В возрасте от 4-х до 14-и лет было 11 случаев и от месяца до года - 1 случай.

По механизму воздействия на белки тканей, пострадавшие дети распределились на следующие группы: окислители вызвали поражение у 22-х детей, нарывные у 11-и детей, самую обширную группу составили протоплазматические яды, вызвавшие ожоги у 34 детей. Группы коррозивов у 8-и детей и неизвестное вещество у 2-х детей (в тех случаях, когда родители не могли сообщить, что именно выпил ребенок).

При проведении ФЭГДС в первые сутки от момента травмы I степень химического ожога была диагностирована у 60-и, II-III степень - у 17-и детей. Дифференцировать визуально II степень от III в первые сутки после травмы не представлялось возможным. По видам химических агентов на первом месте стоит отравление уксусной кислотой, вызвавшее ожоги у 22-х детей - I степени и у 10-и - II-III степени. На втором месте марганцовокислый калий, вызвавший ожоги I-й степени у 10-и детей и II-III степени у 1-го. И на 3-м месте белизна, вызвавшая ожоги I степени у 7-и детей. По наибольшей агрессивности химических веществ, вызвавших ожоги II-III степени, наблюдаются ожоги уксусной кислотой и средством для чистки печей, т.е. поражение сильными кислотами и щелочами.

Контрольная ФЭГДС проводилась всем больным на 8-10-е сутки, по результатам которой выявлено, что у 69 детей наблюдается отсутствие воспалительных явлений. У 3-х детей выявлены признаки стенозирования и у 5-и сохранялись явления коррозивного эзофагита. Ежегодно для дальнейшего лечения рубцовых сужений пищевода в г. Кемерово направляются дети в количестве 1-2 человек (всего за 7 лет - 8 человек).

Выводы.

При постановке диагноза химического ожога пищевода определяющими являются данные фиброэзофагогастродуоденоскопии. Количество детей с химическими ожогами пищевода остается на прежнем уровне.

Отмечается увеличение количества и видов агрессивных химических веществ. Пик заболеваемости приходится на возраст от 1 года до 3-х лет. Ожоги пищевода II-III степени чаще вызываются химическими веществами из группы коррозивов и протоплазматических ядов.

Шарыпова Н.В., Свешников А.А., Хвостова С.А.

Шадринский государственный институт
г. Шадринск, Россия

МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Обследуя у здоровых женщин минеральную плотность костей (МПК) на самом современном костном денситометре, мы обратили внимание на то, что при сниженной МПК менструальный цикл (МЦ) был нарушен в 25% случаев.

Первоначально мы трактовали нарушения МЦ следующим образом: под влиянием травмы в коре головного мозга начинал функционировать очаг повышенного возбуждения, а в подкорковых образованиях (гипоталамус) развивалось торможение, в силу чего меньше вырабатывалось нейrogормонов - фол- и люлиберинов и, соответственно, уменьшалась продукция фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. Поэтому нарушался МЦ и уменьшалось образование эстрогенов.

Сегодня мы пришли к выводу, что в такой трактовке не учитывается изменение концентрации пролактин (ПЛ) - единственного гормона передней доли гипофиза, секреция которого постоянно подавляется гипоталамусом и существенно возрастает после освобождения гипофиза от гипоталамического контроля.

Для выяснения всех деталей механизма нарушений МЦ нами в динамике обследовано 246 женщин с функциональными нарушениями, возникшими после травмы или уравнивания длины конечностей. У этих женщин методом радиоиммунологического анализа определяли на 3, 14 и 30-й дни после травмы концентрацию пролактина ПЛ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Для оценки активности репаративного процесса больных обследовали на дихроматическом костном денситометре.

В качестве инструмента вычислений использовался пакет статистического анализа и встроенные формулы расчетов компьютерной программы Microsoft® Excel.

Наиболее выраженные изменения МПК выявили в костях с преимущественно трабекулярной тканью (позвоночник, кости таза, пяточная кость). Установлено, что отклонения в цикле как в сторону ускорения (пройоменорея), так и удлинения (полименорея, опсопройоменорея, опсоолигоменорея), а также разница в количестве выделявшейся крови при нормальной цикличности (гипоменорея, олигогипоменорея) не приводили к нарушениям МПК. Исключением была только гиперменорея, при которой МПК была снижена на 8% ($p < 0,05$).

Результаты показали, что нарушение МЦ возникало вследствие увеличения концентрации пролактина в 5-7 раз и снижения концентрации ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Чаще всего наблюдались нарушения МЦ в течение 35-90 дней (опсоменорея). В силу этого снижалась активность остеобластов, усиливалось действие паратиринна на кость и поэтому в конце лечения МПК скелета была снижена на $21,6 \pm 1,72\%$ ($p < 0,01$). Для сохранения цикла больным давали препараты, снижающие концентрацию пролактина: после травмы на 3-й день, при плановых операциях для уравнивания длины конечностей за 3-5 дней до операции и до появления МЦ. Терапия была результативной, так как нормализовалась концентрация пролактина и восстанавливалось содержание ФСГ и ЛГ.

Расшифровка механизма нарушения МЦ имеет большое практическое значение, так как дает возможность сохранить нормальное течение репаративного процесса. Это важно подчеркнуть потому, что травматологи и ортопеды, проводящие плановые операции, как правило, не интересуются состоянием МЦ.

Вывод

Под воздействием таких сильнейших стресс-факторов, как травма и остеотомия для формирования регенерата с целью уравнивания длины конечности, происходит усиление синтеза пролактина, уменьшение образование ФСГ и ЛГ, поэтому МЦ может нарушиться. Снижается концентрация эстрадиола, который обычно также подавляет выработку пролактина.

Шерстенникова Е.Е.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ПРОГРАММНАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Актуальность проблемы. Летальность у больных с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом достигает 70-90%.

Материалы и методы исследования. Анализированы 123 истории болезни пациентов, оперированных с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. Первичная операция во всех случаях завершалась лапаротомией.

Результаты и их обсуждение. Больные с распространенным гнойным перитонитом были в возрасте от 15 до 93 лет, средний возраст - 54,3 года. Мужчин - 69 (56,1%), женщин - 54 (43,9%). Все больные разделены на 6 групп.

1-я группа - 44 больных с перфоративным перитонитом.

2-я группа - 17 больных с острой кишечной непроходимостью.

3-я группа - 10 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения.

4-я группа - 27 больных с панкреонекрозом.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

5-я группа - 18 больных с послеоперационным перитонитом.

6-я группа - 7 больных с криптогенным перитонитом.

После операции в срок до 2-х суток умерли 16 больных. У 107-и больных проведены санационные релапаротомии через 24-48 часов после первой операции. В первой группе больных (41 чел.) на одного больного приходилось повторных санационных релапаротомий - 3,5; во второй группе (9 чел.) - 2,4; в третьей группе (8 чел.) - 2,5; в четвертой группе (25 чел.) - 3,7; в пятой группе (17 чел.) - 2,1; в шестой (6 чел.) - 3. Больные лечились в условиях отделения реанимации, где им проводилась адекватная антибактериальная, противовоспалительная, дезагрегантная, дезинтоксикационная, инфузионная терапия. В результате общая летальность при распространенном гнойном перитоните составила 32,1%.

Наиболее высокая летальность отмечена в группе больных с перфоративным перитонитом - 39,02%. На втором месте по частоте летальных исходов стоят больные с панкреонекрозом - 36%. На третьем - больные с послеоперационным перитонитом - 35,3%. Летальность у оперированных больных с острым нарушением мезентериального кровообращения составила 25%, с острой кишечной непроходимостью - 11,1%. Не было летальных исходов у больных криптогенным перитонитом.

Таким образом, санационная релапаротомия, наряду с комплексным лечением, позволяет улучшить результаты лечения у больных с распространенным гнойно-фибринозным перитонитом.

Выводы.

1. Операция лапаростомия с последующей программной релапаротомией является операцией выбора в лечении больных распространенным фибринозно-гнойным перитонитом.

2. Общая летальность составила 32,1%.

3. Высокая летальность отмечена у больных с перфоративным перитонитом (39,1%), с панкреонекрозом (36%) и с послеоперационным перитонитом (35,3%).

4. Наиболее успешным лечение оказалось у больных с криптогенным перитонитом.

Яковлева Н.В., Хохлова О.И.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность. Ведущей формой бесплодия у женщин является трубно-перитонеальная (ТПБ), частота которой колеблется, по данным разных авторов, от 40 до 74%. Многообразие выбор необходимых методов диагностики и лечения. Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения. Несмотря на значительные успехи в разработке и внедрении новых методов диагностики и лечения больных с ТПБ, данная проблема все еще далека от окончательного решения.

Цель исследования. Создать алгоритм обследования пациенток с бесплодием в зависимости от вероятности риска ТПБ и комплексную систему прогноза репродуктивного результата на основе использования методов статистического моделирования и оценить их эффективность.

Материалы и методы исследования. Для выявления факторов риска трубно-перитонеального бесплодия был проведен ретроспективный анализ 240 историй болезни 80 пациенток с трубным бесплодием, 80 больных с другими видами бесплодия и 80 фертильных женщин.

Для анализа факторов, негативно влияющих на репродуктивный прогноз, был проведен ретроспективный анализ историй болезни 278 пациенток с отрицательным и положительным репродуктивным результатом после оперативного лечения трубного бесплодия.

Результаты исследования. В результате применения метода бинарной логистической регрессии из 15 анализируемых факторов риска ТПБ были выделены 4 наиболее значимых: внематочная беременность в анамнезе ОШ 26,9 (95% ДИ 1,6-442,7); перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза ОШ 2,3 (95% ДИ 1,8-9,2); выкидыши ОШ 0,11 (95% ДИ 0,1-

1,0), наличие гинекологических заболеваний ОШ 4,1 (95% ДИ 2,7-10,9) и получено уравнение логистической регрессии:

$Z = -1,44 + 0,868 \times (\text{ВЗОМТ}) - 2,226 \times (\text{выкидыш}) + 1,419 \times (\text{гинекологические заболевания}) + 3,294 \times (\text{внематочная беременность})$.

Вероятность наступления события рассчитывалась по формуле

$$p = 1 / (1 + e^z)$$

где $z = a + b_1 \times X_1 + b_2 \times X_2 + \dots + b_n \times X_n$; X_i - значения независимых переменных;

b_i - это коэффициенты уравнения регрессии; (-1,44) - некоторая константа a .

Если полученное значение $p > 0,5$, то можно предположить, что у пациентки имеется высокая вероятность трубного бесплодия, при $p \leq 0,5$ - низкая вероятность трубного бесплодия. Общая точность классификации для анализируемой группы ($n=140$) составила - 78,6%, для проверочной группы ($n=20$) - 85%.

Было установлено, что у женщин с низким риском ТПБ на первом этапе обследования возможным является проведение лучевых методов диагностики: РГСГ, МСКТ ГСГ, соногистеросальпингографии. При высокой степени риска ТПБ уже на первом этапе необходимо проведение комплексного эндоскопического обследования, имеющего наибольшую информативность в выявлении причин бесплодия, в выборе метода лечения и прогнозе репродуктивного результата.

Анализ факторов, негативно влияющих на восстановление фертильности у пациенток после хирургического лечения трубного бесплодия, позволил создать статистическую модель прогноза репродуктивного результата у данного контингента больных, что позволило провести индивидуальный выбор метода лечения: хирургия или ЭКО. На основе статистического анализа двух групп больных с положительным и отрицательным репродуктивным исходом были установлены десять основных факторов, негативно влияющих на восстановление фертильности после хирургического лечения трубного бесплодия: возраст больной старше 38 лет (ОШ=0,19; 95% (ДИ 0,09-0,4); длительность бесплодия более 6 лет (ОШ=0,11; 95% ДИ (0,05-0,4)); наличие ИППП (ОШ=0,33; 95% ДИ (0,16-0,68); вторичное бесплодие (ОШ=0,17; 95% ДИ (0,07-0,58); полостные операции (ОШ=0,32; 95% ДИ (0,14-0,71); внематочная беременность (ОШ=0,21; 95% ДИ (0,07-0,58)); наличие гидросальпинкса (ОШ=0,49; 95% ДИ (0,24-0,99); степень повреждения эндосальпинкса более 21 балла (ОШ=0,017; 95% ДИ (0,02-0,13)); степень дистальной окклюзии более 18 баллов (ОШ=0,46; 95% ДИ (0,23-0,93)); степень спаечного процесса более 21 балла (ОШ=0,39; 95% ДИ (0,18-0,86)).

Пошаговый обобщенный дискриминантный анализ позволил выявить пять наиболее информативных факторов ($F=18,02$; $P=0,00004$): длительность бесплодия (ДБ), состояние эндосальпинкса (СЭ), наличие гидросальпинкса (Г), наличие ИППП и первичного бесплодия (ПБ). На основании дискриминантного анализа были получены уравнения для классификации пациенток в 2 группы: 1-я группа - с положительным репродуктивным результатом и 2-я группа - с отрицательным репродуктивным исходом.

$$D1 = -5,78 - 1,48 \times (\text{СЭ}) + 4,01 \times (\text{ДБ}) + 2,58 \times (\text{Г}) + 0,74 \times (\text{ИППП}) - 1,27 \times (\text{ПБ}),$$

$$D2 = 9,18 + 1,21 \times (\text{СЭ}) + 6,01 \times (\text{ДБ}) + 0,68 \times (\text{Г}) - 0,07 \times (\text{ИППП}) - 0,43 \times (\text{ПБ})$$

При получении значений $D1 > D2$ пациентка относилась к 1-й группе и ей предлагалось хирургическое лечение, так как в этом случае прогноз для восстановления репродуктивной функции был благоприятным. При $D1 < D2$ репродуктивный прогноз для пациентки был неблагоприятный и ей предлагалось экстракорпоральное оплодотворение. Общая точность классификации пациенток в группы составила 88%. Точность прогноза для 1-й группы составила 91,5%, для второй группы - 85,5%.

Выводы.

Создание комплексной системы прогнозирования, разработанной с использованием методов статистического анализа, позволило установить вероятность риска трубного бесплодия у обследуемых женщин, определить прогноз репродуктивного результата, сократить сроки обследования и осуществить рациональный выбор метода лечения (реконструктивно-пластическая хирургия или методы вспомогательных репродуктивных технологий).

Яковлева Н.В., Кравцова О.С.

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Миома матки является одним из самых распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы. По данным различных авторов, миома возникает у 20-40% женщин репродуктивного возраста. Наличие миомы тела матки является одной из причин нарушения детородной и менструальной функций, снижает работоспособность и качество жизни пациенток. Хирургическое удаление миоматозных узлов является одним из основных методов лечения данного заболевания у молодых женщин, планирующих беременность. Поэтому внедрение малоинвазивных органосохраняющих операций у данного контингента больных является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучить эффективность дифференцированного подхода к хирургическому лечению миомы тела матки у женщин репродуктивного возраста с использованием малоинвазивных эндоскопических методов.

Материалы и методы исследования. За период с 2010 по 2014 г. в отделении гинекологии прооперировано 257 женщин репродуктивного возраста с миомой тела матки. Средний возраст больных составил $38,3 \pm 4,5$ года. У большинства женщин (90,3%) диагностировано вторичное бесплодие. Среди сопутствующей гинекологической патологии наиболее часто встречались воспалительные заболевания матки и придатков (87%), аденомиоз (67%), гиперпластические процессы эндометрия (45%). Из клинических симптомов доминировали жалобы на менометроррагию (97,3%), дисменорею (93,7%), хроническую тазовую боль и бесплодие.

Результаты исследования. В результате комплексного клиничко-лабораторного, инструментального обследования, включающего УЗИ органов малого таза, гистероскопию с раздельным лечебно-диагностическим выскабливанием матки и цервикального канала, было выявлено, что у подавляющего большинства больных с миомой матки (77,8%) встречались множественные миоматозные узлы, что потребовало разработки дифференцированного подхода к выбору метода лечения.

При проведении органосохраняющих оперативных вмешательств у пациенток с миомой тела матки мы использовали 3-и оперативных доступа:

- лапароскопический,
- лапаротомический
- гистероскопический.

При интерстициальном и интерстициосубсерозном расположении узлов применяли лапароскопический доступ - у 76,9% (204) больных. Для уменьшения кровопотери при проведении лапароскопической миомэктомии предварительно осуществляли гидропрепаровку узлов. При вылушивании миоматозных узлов использовали биполярные инструменты и ультразвуковой скальпель, что позволяло значительно уменьшить кровопотерю и коагуляционное повреждение миометрия. После этого проводили обязательное ушивание дефекта миометрия и серозной оболочки матки. В конце операции использовали противоспаечные барьеры, так как миомэктомия всегда связана с повышенным спайкообразованием.

Лапароскопический доступ не всегда позволял провести адекватное сопоставление краев раны после удаления больших интерстициальных узлов, особенно при атипичном их расположении и при множественной миоме матки. В этих случаях мы использовали лапаротомический доступ.

Главным критерием при выборе хирургического доступа для нас являлась возможность послойного ушивания стенки матки, чтобы в дальнейшем сформировался полноценный рубец, который был бы состоятельным при последующей беременности. Переоценка технических возможностей при использовании лапароскопического доступа для удаления крупных и множественных интерстициальных миоматозных узлов чревата несостоятельностью рубца и разрывом матки во время беременности и родов.

Миомэктомия лапаротомным доступом выполнена у 37-и женщин. Среднее количество удаленных узлов при лапаротомической миомэктомии составило $5,9 \pm 4,4$ (от 1 до 15), средний

размер удаленных узлов - $11,9 \pm 4,1$ см. Общая кровопотеря составила $329 \pm 98,6$ мл. Средний койко-день составил $8,6 \pm 0,6$ дня, что в 1,5 раза было больше, чем после лапароскопической миомэктомии.

Гистероскопический метод мы использовали у 49 (19,1%) пациенток с субмукозным расположением узлов. Наиболее часто наблюдалось сочетание субмукозных миом с субсерозными, что потребовало использования комбинированного эндоскопического доступа: гистероскопического и лапароскопического.

Трансцервикальная миомэктомия проведена нами при помощи гистерорезектоскопа двумя методами: механическим и электрохирургическим.

Гистероскопическая механическая миомэктомия выполнена у 7-и пациенток при субмукозных узлах 0 типа размером 1-3 см.

Гистероскопическая электрохирургическая миомэктомия использовалась нами при миоматозных узлах I и II типа размером до 5 см у 42 женщин.

Электрохирургическая миомэктомия была эффективна при удалении крупных субмукозных миоматозных узлов на широком основании. Серьезных осложнений во время миомэктомии мы не наблюдали. В 11 (4,3%) случаях был переход на лапаротомию из-за атипичного расположения крупных узлов и высокого риска развития кровотечения.

В послеоперационном периоде пациенткам была рекомендована контрацепция от 6-и до 12-и месяцев. При небольших одиночных миомах назначали низкодозированные гормональные контрацептивы. При множественных, гигантских миомах - агонисты гонадотропин релизинг гормонов (дифереллин, бусерелин - депо $3,75$ мг 1 раз в 28 дней 3-6 мес). Через 6-12 месяцев после операции данным пациенткам проводили дополнительное обследование: УЗИ матки и придатков, МРТ (по показаниям), оценку овариального резерва и состоятельности рубца на матке, проверку проходимости маточных труб.

Спонтанная беременность в течение 2-х лет наступила у 45% женщин при изолированной маточной форме бесплодия и у 28,9% женщин при сочетании маточного и трубного фактора бесплодия. Средний срок наступления беременности после миомэктомии составил $(11,9 \pm 2,5)$ мес. Несостоятельности послеоперационного рубца не было выявлено ни в одном случае. Рецидив миомы в течение 5 лет отмечен у 10 женщин (3,4%).

Выводы.

Таким образом, применение дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения у пациенток с миомой тела матки с использованием малоинвазивных эндоскопических методик привело к снижению травматичности оперативных вмешательств, уменьшению частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, сократило в 1,5 раза сроки пребывания в стационаре.

Комбинированное использование малоинвазивных эндоскопических методик в сочетании с гидропрепаровкой и противоспаечными барьерами позволило оптимизировать результаты хирургического лечения, способствовало сохранению и восстановлению репродуктивной и менструальной функций у молодых женщин.

Беглова А.Ю., Елгина С.И.

МБУЗ ГКП № 5
Кемеровская государственная медицинская академия
г. Кемерово, Россия

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЯ В ВОСТАНОВЛЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) - является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии, приводящий к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию. Методом выбора восстановления репродуктивной функции у таких пациенток

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

может быть как консервативное, так и хирургическое лечение. При неэффективности методов восстановления естественной фертильности переходят к лечению с применением ЭКО.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического метода лечения в восстановлении репродуктивной функции у женщин с СПКЯ.

Ретроспективно проанализированы истории болезни 35 женщин с СПКЯ, находившиеся на амбулаторном наблюдении в МБУЗ «Клиническая поликлиника N 5», женская консультация N 1 и направленные на стационарное лечение в гинекологические отделения города.

Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев Роттердармской согласительной конференции по СПКЯ (2003 г.). Средний возраст пациенток составил $28 \pm 2,3$ года. Основной причиной обращения пациенток в клинику, было бесплодие (первичное - у 30, вторичное - у 5 женщин). Продолжительность бесплодия в среднем составила $4 \pm 0,5$ года. Из других симптомов СПКЯ нарушение менструального цикла с ановуляцией отмечены у 29 женщин (82,6%), гирсутизм - у 18 (51,4%), ожирение - у 12 (34,2%). При анализе ультразвуковых параметров имело место значительное увеличение объема яичников ($16,7 \pm 1,5 \text{ см}^3$). По результатам гормонального исследования отмечалась высокая концентрация ЛГ $> 10 \text{ МЕ/л}$, изменение соотношения ЛГ/ФСГ $> 2,0$. У 20 (44,4%) пациенток - гиперандрогения (тестостерон $> 3,0 \text{ нмоль/л}$).

Хирургическое лечение лапароскопическим доступом проводилось после консервативной терапии и неоднократных курсов стимуляции овуляции у женщин с использованием аппаратуры фирмы «Storz» по стандартной методике под эндотрахеальным наркозом, сочеталось с интраоперационной гистероскопией. Выполненный объем операции заключался в двустороннем дринлинге яичников. Во всех случаях для исключения трубного фактора бесплодия была проведена интраоперационная хромогидротубация. Гистологический результат яичников в виде утолщения белочной оболочки, наличия в корковом слое премордиальных и множественных кистозно-атрезизирующихся фолликулов, гиперплазии стромы был у всех пациенток. Патология эндометрия диагностирована у 26 женщин (атрофия слизистой - у 15; железистая гиперплазия - у 7; полипы - у 4).

Реабилитационные мероприятия, в том числе по лечению выявленной патологии эндометрия, были продолжены на амбулаторном этапе в течение 3-6 месяцев. В последующем прослежены отдаленные результаты. В первый год после операции у 21 (60%) женщины отмечено восстановление двухфазного менструального цикла. У 13 пациенток наступила беременность, которая закончилась срочными родами. Одна пациентка прервала беременность медицинским абортom по собственному желанию.

Таким образом, хирургическое лапароскопическое вмешательство на яичниках, выполняемое для преодоления ановуляторного бесплодия при СПКЯ, позволила восстановить менструальный цикл у 60% и репродуктивную функцию у 40% женщин.

Елгина С.И., Никулина Е.Н.

Кемеровская государственная медицинская академия
МБУЗ Детская клиническая больница N5
Родильный дом
г. Кемерово, Россия

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК

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 (Богданова Е.А., 2011; Гурьева В.А., 2012; Рыжавская И.Б., 2008; Уварова Е.В., 2008, 2012).

Целью исследования явилось 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.

Для оценки овариального резерва определяли концентрации гормонов: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е2), 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 «Аloка 630» (Япония) с использованием трансабдоминального датчика. Проведен сравнительный анализ в параллельных группах результатов 100 сывороток пуповинной крови и ультрасонограмм доношенных и недоношенных новорожденных девочек (58 и 42 соответственно). По возрасту женщин группы были сопоставимы, средний возраст беременных - соответственно $26,21 \pm 5,31$ и $26,81 \pm 4,72$ года ($p=0,167$). Гестационный срок недоношенных плодов составил 28-36 недель. Все недоношенные новорожденные девочки родились больными с высокой долей перинатального поражения центральной нервной системы ($p=0,000$).

Гормональный профиль овариального резерва доношенных девочек показал, что концентрация ФСГ составила 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, АМГ - 1,67 (1,44-1,90) нг/мл, ингибина В - 116,95 (95,23-138,67) МЕ/л.

У недоношенных новорожденных девочек концентрация ФСГ составила 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, АМГ - 0,67 (0,49-0,85) нг/мл, ингибина В - 79,18 (62,99-95,37) МЕ/л.

При сравнении показателей между недоношенными и доношенными новорожденными девочками выявлены различия в концентрации всех половых гормонов. ФСГ ($p=0,000$) и ЛГ ($p=0,002$) - выше, а АМГ ($p=0,000$), ингибин В ($p=0,015$) и эстрадиол ($p=0,027$) ниже у недоношенных девочек.

По данным ультразвукового исследования, объем яичников у недоношенных новорожденных девочек был в 2,6 раза меньше по сравнению с доношенными (соответственно 0,39 см³ и 1,00 см³, ($p=0,000$)). 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, недоношенные новорожденные девочки имеют низкий овариальный резерв в сравнении с доношенными. Снижение овариального резерва репродуктивной системы недоношенных новорожденных девочек, несомненно, приведет к нарушению становления в постнатальном периоде и высоким рискам репродуктивных потерь в более поздних периодах жизни.

Золоторевская О.С., Елгина С.И., Коваленко К.Г.

МБУЗ ГКП № 20
Кемеровская государственная медицинская академия
МБУЗ ГП № 6
г. Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) возникает при отсутствии или непроходимости маточных труб, обусловлено спаечным процессом в области придатков матки. Трубно-перитонеальную патологию диагностируют практически у половины пациенток, обращающихся по поводу бесплодия. В структуре патологии преобладает трубный фактор, перитонеальная форма достигает 34%. При первичном бесплодии частота поражения маточных труб составляет до 70%, при вторичном бесплодии - до 83%. Среди причин возникновения ТПБ ведущее место занимают воспалительные заболевания органов малого таза, которые встречаются практически у половины обследуемых женщин, у 8% из них - ИППП. В лечении ТПБ используют как оперативную лапароскопию (дополняемую в послеоперационном периоде восстановительной терапией и стимуляторами овуляции), так и ЭКО.

Клинические аспекты хирургии и гинекологии

Целью исследования явилась оценка эффективности лапароскопии в лечении ТПБ.

Ретроспективно проанализированы исходы оперативного лечения у 50 пациенток с ТПБ, находившихся на диспансерном наблюдении в условиях городских поликлиник женских консультаций. Возраст пациенток составил от 20 до 41 года. У 21 (42%) женщины ТПБ было первичным, у 29 (58%) - вторичным.

Для диагностики наличия ТПБ бесплодия и его причин использованы клиничко-анамнестический метод, выявление возбудителя ИППП, гистеросальпингография, лапароскопия. Хирургическое лечение эндоскопическим доступом проводилось с использованием аппаратуры фирмы «Storz» по стандартной методике под эндотрахеальным наркозом. У 18 женщин (36%) имела место повторная лапароскопия.

По результатам проведенной лапароскопии у всех пациенток диагностирован спаечный процесс малого таза. Операции проведены в объемах: сальпингоовариоадгезиолизис, сальпингостоматопластика, коагуляция очагов наружного эндометриоза. В четырех случаях, учитывая рецидив гидросальпинкса, после предварительного обсуждения с пациентками и получения информированного согласия, выполнена тубэктомия. Лапароскопия всегда сочеталась с интраоперационной гистероскопией, по результатам которой у 20 (40%) пациенток диагностирован хронический эндометрит, у 7 (14%) - простая гиперплазия эндометрия. Течение послеоперационного периода протекало без осложнений.

В послеоперационном периоде с первых суток проводилась стандартная реабилитационная терапия, целью которой было предотвращение рецидива рубцово-спаечного процесса. Реабилитационные мероприятия, в том числе по лечению выявленной патологии эндометрия, наружного эндометриоза были продолжены на амбулаторном этапе в течение 3-6 месяцев.

При изучении отдаленных результатов в течение года после проведенного хирургического лечения частота наступления маточной беременности составила всего пять случаев (6%). Из них у трех женщин беременность наступила самостоятельно, у двух - с применением ВРТ.

Таким образом, несмотря на большие успехи и возможности эндоскопической хирургии, восстановление фертильности после реконструктивно-пластических операций при спаечном процессе остается довольно низким, при этом рецидивы спаечного процесса высокими.

При отсутствии эффекта от оперативного восстановления проходимости маточных труб единственной альтернативой остается своевременное использование вспомогательных репродуктивных технологий в комплексном лечении данной категории пациенток.

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 мунологические 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.Ленино-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
"Поли травма." _____ экз.*

652509

Писать индекс предприятия связи места назначения

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

Кому: "Благотворительный Фонд центра охраны здоровья шахтеров"

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

*Прошу выслать книгу
"Поли травма. Септические осложнения" _____ экз.*

652509

Писать индекс предприятия связи места назначения

Индекс предприятия связи и адрес отправителя

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ**

Агафонова Н.В., Конев С.В.

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

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Актуальность. В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в том числе острых нарушений мозгового кровообращения, которые являются важнейшей медицинской и социальной проблемой. Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн. человек, а в России - более 450 тыс.

Наблюдается увеличение распространенности инсульта у лиц трудоспособного возраста - до 65 лет. Цереброваскулярные заболевания во всем мире занимают второе место среди всех причин смерти и бывают главной причиной инвалидизации. Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более чем на 30%. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают 50% больных.

Инсульт - это острое нарушение кровоснабжения головного мозга вследствие закупорки сосудов, ангиоспазма (ишемический инсульт) или кровоизлияния в мозг (геморрагический инсульт).

Основными методами нейровизуализации инсульта являются МСКТ и МРТ, которые обладают разной чувствительностью и специфичностью. В настоящее время общепринятым «золотым» стандартом при исследовании больных с острой сосудистой патологией считают использование КТ в первые сутки заболевания в целях дифференциальной диагностики между ишемическим поражением и геморрагическим инсультом. КТ обеспечивает возможность быстрого исключения болезней, которые могут имитировать ишемический инсульт, таких как опухоль или энцефалит, и требовать иного лечения.

Достоинством КТ является доступность, простота и возможность обследования пациентов в бессознательном состоянии и с нарушениями дыхания. Недостатком КТ является наиболее худшая визуализация очагов инфаркта в бассейне задней мозговой артерии и стволе мозга. Малоинформативна КТ в выявлении инсульта в первые часы заболевания - она позволяет выявить не прямые, а косвенные признаки ишемии мозга.

В последние годы в клиническую практику внедряются методы оценки мозгового кровотока, основанные на болюсном введении контрастного препарата. КТ-перфузионные изображения позволяют оценить относительный региональный мозговой кровоток, время транзита крови, объем крови в веществе мозга и выявить участки гипоперфузии мозга, что весьма важно при острых нарушениях мозгового кровообращения. Компьютерная ангиография дает важную информацию о состоянии церебральных сосудов, с ее помощью возможна диагностика окклюзии САА, ВСА и вертебральных артерий.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование 990 пациентов, поступивших с диагнозом ОНМК. Исследования головного мозга проводили на 2-х срезовом компьютерном томографе Hi Speed dual и 4-х срезовом Light Speed Plus (General Electric, USA).

Результаты исследования. У всех пациентов, обратившихся в приемное отделение с подозрением на ОНМК при обследовании на КТ были выявлены следующие патологические изменения: дисциркуляторная энцефалопатия - 557 (56,3%); ЧМТ - 11 (1,1%); абсцесс - 2 (0,2%); опухоль головного мозга - 12 (1,2%); ОНМК - 297 (30%). Отсутствие патологических изменений в веществе головного мозга отмечалось в 111 (11,2%) случаях.

Ишемический инсульт был диагностирован у 230 пациентов (77,4%), геморрагический инсульт у 69 (22,6%). Наибольшее количество пациентов с ишемическим инсультом поступило в марте-апреле, средний возраст пациентов составил 62,2 г., преобладали женщины - 53,2%. Пациенты с геморрагическим инсультом поступали больше в сентябре-октябре, средний возраст составил 72 года, так же преобладали женщины.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

По пораженному сосудистому бассейну: супратенториальные ОНМК составили 196 человек (86%), субтенториальные - 32 человек (14%).

По размеру инфаркта: обширный или массивный инфаркт выявлен был у 16-и пациентов (8,08%); большой инфаркт - у 28-и пациентов (14,2%); средний - у 142-х пациентов (71,7%); малые или лакунарные инфаркты - у 12 пациентов (6,06%).

Причиной тромботического инфаркта чаще являлась окклюзия мозгового сосуда вследствие гипоплазии, извитости и аномалии развития сосуда. Причиной эмболических инфарктов явились эмболы из атеросклеротически измененных сосудов.

Причиной геморрагического инсульта у 70% пациентов явилась артериальная гипертензия, в 28% - разрыв аневризмы и в 2% случаев - мальформация сосудов головного мозга.

По локализации геморрагические инсульты распределились следующим образом: супратенториальные - у 62-х пациентов, субтенториальные - у 7-и пациентов. По пораженному сосудистому бассейну: СМА - 51 пациент (73,9%), ПМА - 6 пациентов (8,7%), ВББ - 7 пациентов (10,1%). Субарахноидальное кровоизлияние диагностировано у 5 пациентов (7,2%). Осложнением геморрагического инсульта явился прорыв крови в желудочковую систему, обнаруженный у 19 пациентов (27,2%).

Выводы.

1. Современный уровень развития КТ- и МРТ-методов диагностики дает возможность успешно решать большинство диагностических задач при острых нарушениях мозгового кровообращения. Они определяют выбор патогенетической терапии и тактику оперативного лечения.

2. В настоящее время общепринятым стандартом при исследовании больных с острой сосудистой неврологической патологией считается предпочтительное использование КТ в первые сутки заболевания в целях дифференциальной диагностики между ишемическим поражением, геморрагическим инсультом и другой патологией. КТ позволяет диагностировать объем, локализацию геморрагического инсульта, степень выраженности дислокационного синдрома.

3. КТ-ангиография позволяет диагностировать интракраниальные артериальные аневризмы, сосудистые мальформации.

Алексеева Н.С.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Цель исследования. Оценить влияние концентрации витамина D на состояние углеводного обмена у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено среди 98 пациентов (51% женщин и 49% мужчин в возрасте 20-65 лет) с абдоминальным ожирением и различным сочетанием компонентов метаболического синдрома (МС). Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009 г.). Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела Кетле (1997 г.). Обеспеченность организма витамином D проводили путем определения содержания 25 (ОН) - витамина D.

Оценку результатов осуществляли в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011 г.). Инсулинорезистентность оценивали по индексу HOMA-IR, который рассчитывали по формуле: глюкоза натощак (ммоль/л) x инсулин натощак (мкЕд/мл)/22,5. За оптимальный показатель HOMA-IR принимается его значение 2,7.

Результаты исследования. Избыточную массу тела диагностировали в 16,3% случаев, ожирение 1 степени - в 37,5%, ожирение 2 и 3 степени - в 15% и 6,7% случаев соответственно. Объем талии более 80 см был у 51% женщин и более 94 см у 49% мужчин. Артериальную гипертензию (АД \geq 130/85 мм рт. ст.) диагностировали у 59,2% пациентов, повышение уровня триглицеридов \geq 1,7 ммоль/л - у 35,7%, снижение уровня холестерина

липопротеинов высокой плотности < 1,0 ммоль/л у мужчин; < 1,2 ммоль/л у женщин - у 30,6%, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности > 3,0 ммоль/л - у 52%, гипергликемию натощак - у 24,5% и нарушение толерантности к углеводам - у 8,2%, сахарный диабет 2 типа впервые выявили у 5,1%.

Оптимальным уровень витамина D в крови не менее 30-50 нг/мл был выявлен только у 10,2% пациентов. Недостаточная концентрация 25 (ОН) - витамина D (21-29 нг/мл) диагностирована у 60,2% пациентов. Из них в 18,1% случаев выявили нарушение гликемии натощак, в 4,9% случаев нарушение толерантности, в 1,6% впервые выявили сахарный диабет 2 типа. Инсулинорезистентность при расчете индекса HOMA-IR зафиксировали у 55,7% пациентов.

Выраженный дефицит витамина D, то есть содержание в крови 25 (ОН) - витамина D < 20 нг/мл зарегистрировали у 29,6% пациентов. При этом у всех пациентов наблюдались нарушения углеводного обмена. Так, нарушение гликемии натощак диагностировали в 44,8% случаев, нарушение толерантности к углеводам в 17,2% случаев, сахарный диабет 2 типа - в 13,8%. Инсулинорезистентность при расчете индекса HOMA-IR зафиксировали у 24,1% пациентов.

При анализе концентрации витамина D на состояние углеводного обмена у пациентов с метаболическим синдромом выявили, что у 80% пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа наблюдался дефицит 25 (ОН) - витамина D, у 20% пациентов недостаток 25 (ОН) - витамина D. При нарушении толерантности к углеводам у 62,5% пациентов наблюдался дефицит концентрации витамина D, у 37,5% пациентов недостаток. При нарушении гликемии натощак у 54,2% пациентов диагностировали дефицит витамина D, у 45,8% недостаток концентрации 25 (ОН) - витамина D.

Выводы.

Снижение концентрации витамина D тесно связано с состоянием углеводного обмена. Пациенты с гиповитаминозом D, подвергаются более высокому риску резистентности к инсулину, развитию нарушения гликемии натощак и толерантности к глюкозе, сахарному диабету 2 типа.

Андрюченко А.В., Бубликов Д.С., Смыкова Н.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
г.Барнаул, Россия

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ЭВМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Большую роль высокому кардиоваскулярному риску при РА отводят дислипидемии и оксидативному стрессу, серопозитивности по ревматоидному фактору. Перспективной видится концепция нейрогуморальных факторов риска.

Цель исследования. Изучить вегетативную регуляцию деятельности системы кровообращения у больных РА.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли больные РА (n=75). Средний возраст $57,04 \pm 5,24$ лет. Вегетативную регуляцию деятельности системы кровообращения оценивали при помощи лазерной доплеровской флоуметрии.

Для вычисления коэффициента вегетативной регуляции кровообращения (КВР) использовали программу ЭВМ. Результаты представлены в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD).

Результаты и обсуждение. В группе больных РА нами получены статистически значимые по сравнению с группой контроля различия вегетативной регуляции деятельности системы кровообращения. Так выраженная симпатикотония - у 7% больных РА и 4% группы контроля (p=0,0052). Легковыраженная симпатикотония - у 21% больных РА и 12% группы контроля (p=0,0022). Легкая ваготония - у 18% больных РА и 30% группы контроля (p=0,0045). Выраженная ваготония - у 18% больных РА и 30% группы контроля (p=0,041).

Выводы.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Полученные нами данные свидетельствуют о преобладании симпатикотонии в группе больных РА.

Андриенко А.В., Бубликов Д.С.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО СТАТУСА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛУОМЕТРИИ

Актуальность исследования обусловлена выраженной пространственной гетерогенностью сосудистого русла в различных топографо-анатомических областях тела человека. Используемый на сегодняшний день в клинике метод лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ) видится весьма перспективным для оценки микроциркуляторного статуса, однако ввиду выраженной пространственной гетерогенности метод трудно стандартизировать.

Цель исследования. Апробировать напальчник авторской конструкции в качестве штатива для оптимизации диагностики микроциркуляторного статуса на аппарате ЛДФ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на аппарате «ЛАКК-2» (Пазма, Россия) в точке с наибольшим уровнем гистоперфузии, выбранном в первый день по точке, отмеченной на противоположной (тыльной) стороне концевой фаланги IV пальца кисти 1% официальным раствором бриллиантовой зелени. Для фиксации датчика ЛДФ был использован «напальчник» авторской конструкции.

В исследование включено две группы пациентов: опытная группа - 23 здоровых добровольца и группа сравнения - 25 здоровых добровольцев, которым проводили запись ЛДФ на тыльной стороне концевой фаланги IV пальца кисти с помощью зонда, закрепленного на штативе. Микроциркуляторный статус оценивался в течение 14 дней ежедневно в точке, отмеченной в первый день исследования.

Результаты исследования. При записи кривой ЛДФ в опытной группе обнаружена временная гетерогенность микроциркуляции, не превышающая 10% от среднего уровня гистоперфузии.

В группе сравнения получены изменения уровня гистоперфузии в пределах 25%, отражающие пространственную гетерогенность микроциркуляторного русла. Разброс параметров микроциркуляторной кривой не достиг статистической значимости при $p=0,05$.

Выводы.

Использование напальчника авторской конструкции перспективно для оптимизации исследования микроциркуляторного статуса с помощью ЛДФ.

Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России Городской гематологический центр
г.Новосибирск, Россия

ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ЗАМЕНЫ ГЕНА НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА HFE В ГРУППЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Процесс онкогенеза носит мультифакториальный характер и заключается в патологических изменениях исходно на молекулярном и затем на клеточном уровне, а предрасположенность к злокачественным новообразованиям и опухолевая прогрессия могут модифицироваться аллельными полиморфизмами целого ряда генов. Полиморфизмы гена HFE, достаточно широко распространенные в популяции, способны провоцировать повышение уровня сывороточного ферритина, участвующего одновременно во многих аспектах онкогенеза.

Внутриклеточное железо принимает участие в регуляции нескольких ключевых белков клеточного цикла, являющихся модификаторами риска и прогрессии опухолевого роста,

и, таким образом, моделирует процессы пролиферации, ангиогенеза, гистопатологической дифференцировки, влияет на супрессию лимфоцитарного ответа. Оценка частоты встречаемости аллельных замен гена HFE в группе гематологических больных по сравнению с контрольной группой является актуальной для более глубокого понимания патогенеза развития перегрузки железом в гематологической клинике и вклада патологии феррокинетики в механизмы опухолевой прогрессии.

Цель исследования. Оценить результаты генотипирования полиморфизмов гена HFE (C282Y, H63D, S65C) в группе гематологических больных, в том числе с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом.

Материалы и методы исследования. Исследование однонуклеотидных замен в гене наследственного гемохроматоза HFE было проведено у 23 больных с отягощенным трансфузионным анамнезом (15 (65,2%) больных миелодиспластическим синдромом (МДС), 8 (34,8%) больных апластической анемией (АА)) и у 41 (41,8%) пациента с лимфомами: (29 (70,7%) больных неходжкинскими злокачественными лимфомами (НХЗЛ) и 12 (29,3%) больных лимфомой Ходжкина (ЛХ)).

В качестве группы контроля были использованы частоты аллелей и генотипов гена HFE, полученные для выборки русских (150 человек) при исследовании в популяциях России (С.В. Михайлова и др. Полиморфизм гена HFE, ассоциированного с наследственным гемохроматозом, в популяциях России//Генетика, 2003 г.).

Результаты исследования. В группе пациентов с отягощенным трансфузионным анамнезом (МДС, АА) редкие аллели были выявлены в 21,7% случаев (5 пациентов), в группе больных лимфомами (НХЗЛ, ЛХ) в 43,9% случаев (18 пациентов). В группе пациентов с отягощенным трансфузионным анамнезом (МДС, АА) выявлены минорные аллели/генотипы, обладающие низкой пенетрантностью (G/A (C282Y/WT), C/G (H63D/WT), A/T (S65C/WT)), которые не достигли уровня клинической значимости с частотами аналогичными популяционным.

В группе больных лимфомами минорный 845A-аллель гена HFE (C282Y) выявлен не был, частоты минорного 193T-аллеля (S65C)/A/T-генотипа не показали статистически значимых отличий от контрольной группы. В группе больных лимфомами не отмечено достоверного повышения частоты минорного 187G-аллеля - 15/82 (18,3%) в сравнении с контрольной группой, где 187G-аллель выявлен у 36/300 (13,3%) человек ($p=0,273$). Однако частота C/G-гетерозиготных лиц в группе больных лимфомами составила 15/41 (36,6%), что достоверно выше, чем в популяции здоровых лиц - 31/150 (20,7%) (OR=1,790, С.І. [0,844-3,812], $p=0,027$). Гомозиготный G/G-генотип среди обследованных пациентов не встречен, в группе контроля выявлен в 4/150 (2,7%).

Выводы.

Таким образом, для однонуклеотидных замен C282Y и S65C гена HFE не выявлено различий в распределении аллелей и генотипов по сравнению с результатами, полученными для контрольной группы.

Однако обнаружены различия в частотах гетерозиготного генотипа полиморфного локуса C187G(H63D) гена HFE. Аллельная замена H63D и гетерозиготный H63D/WT генотип, обладая меньшей пенетрантностью, вносят вклад в развитие синдрома перегрузки железом, проявляясь преимущественно в условиях патологического эритропоэза или трансфузионной нагрузки.

Барабаш Л.В., Тицкая Е.В., Левицкий Е.Ф., Кремено С.В.

Филиал «Томский научно-исследовательский институт курортологии
и физиотерапии Федерального государственного бюджетного учреждения
«Сибирский федеральный научно-клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»
г.Томск, Россия

ОБОСНОВАНИЕ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Целью исследования явилось изучение цирканнуальной (окологодовой) динамики показателей эндокринной регуляции организма у здоровых и больных остеоартрозом (ОА), проживающих в условиях Западной Сибири.

В исследовании на условиях добровольного информированного согласия приняли участие 370 практически здоровых мужчин и 347 больных ОА, средний возраст которых составил $40,8 \pm 6,6$ и $50,4 \pm 5,7$ лет соответственно. Кровь для исследования забиралась ежемесячно (по 8-12 человек) в течение 2003-2009 гг. Определяли концентрацию инсулина, кортизола, трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ). Степень напряжения метаболических процессов оценивали по значению кортизол-инсулинового отношения (К/И).

Для оценки динамики выраженности воспалительного процесса у больных ОА определяли уровень силовых кислот. Параметры хронограмм - период, амплитуду, акрофазу и мезор вычисляли с помощью модифицированного косинор-анализа. Статистическую обработку полученных результатов проводили, используя статистический пакет PASW Statistics 18.

Помесячный анализ эффективности применения больным остеоартрозом интенсивного курса лечения, включающего общие хлоридные натриевые ванны, аппликации торфа, КВЧ-терапию, ручной массаж и ЛФК, обнаружил хорошую переносимость и достаточно высокую эффективность проводимой терапии в июне, июле, ноябре, декабре, январе, феврале. Во временные промежутки с марта по апрель и с августа по октябрь отмечено снижение результативности физиобальнеопелоидотерапии больных ОА, что позволило предположить наличие временной дискоординации физиологических функций и снижения резервных возможностей организма в переходные интервалы года.

Сравнительный анализ показал, что у больных ОА имеются признаки десинхроноза. Так, несмотря на то, что в динамике кортизола и инсулина у больных ОА, как и в группе здоровых, наблюдается окологодовая ($1 \text{ год} \pm 2 \text{ мес.}$) вариабельность, амплитудные значения этих гормонов существенно различаются между группами - в группе больных ОА эти показатели ниже в 1,7 и 2,3 раза соответственно. Существенная разница между группами наблюдается и со стороны динамики К/И. У больных ОА значение данного показателя претерпевает существенные изменения в течение года, с максимумами в марте-апреле и сентябре-октябре, в то время как в группе здоровых этот показатель относительно стабилен, что указывает на сохранение равновесия метаболических реакций в течение года у здорового контингента. По сравнению со здоровыми лицами амплитуда этого показателя у больных ОА в 2,4 раза выше, что в совокупности с более высокими среднегодовыми значениями отношения К/И свидетельствует о существенном напряжении компенсаторно-приспособительных механизмов у больных ОА.

В группе больных ОА отмечаются явные признаки десинхроноза и со стороны тиреоидной системы. В отличие от здоровых лиц, динамика продукции гипофизом ТТГ демонстрирует полугодовую периодичность. Кроме разницы по периоду, между группами имеются различия по фазе - в то время как у здоровых акрофаза ТТГ наблюдается в феврале-марте, у больных ОА этот показатель имеет два пика, один из которых приходится на май-июнь, а второй на ноябрь-декабрь. Амплитуда ТТГ у больных ОА в 1,7 раза ниже, а среднегодовой уровень существенно выше таковых у здоровых лиц.

Вариабельность концентрации T_3 у больных ОА практически соответствует динамике ТТГ с акрофазами в мае и ноябре и минимумами в марте-апреле и августе-сентябре, в то время как динамика этого гормона в группе здоровых носит цирканнуальный характер с акрофазой

в мае. Обнаружены позитивные корреляции между ТТГ и кортизолом ($r_s=0,257$, $p=0,000$), T_3 и кортизолом ($r_s=0,214$, $p=0,000$), T_3 и К/И ($r_s=0,218$, $p=0,000$), не характерные для группы здоровых, что может свидетельствовать о формировании особых взаимосвязей в системе эндокринной регуляции, обусловленных развитием патологического процесса.

Такие изменения у больных ОА, возможно, являются проявлением Low- T_3 syndrom, который рассматривают в качестве компенсаторной реакции, направленной на экономию энергии в условиях воспаления. Данное предположение подтверждают результаты анализа активности воспалительных реакций, максимум которой наблюдается в марте-апреле и августе-сентябре и наличие отрицательных корреляций между сialовых кислот и ТТГ ($r_s=-0,224$, $p=0,000$), сialовых кислот и T_3 ($r_s=-0,224$, $p=0,000$). С другой стороны, снижение функциональной активности щитовидной железы на фоне увеличения напряжения метаболических реакций в марте-апреле и сентябре-октябре может иметь негативные последствия со стороны энергообеспечения.

На основании полученных результатов можно высказать вполне обоснованное предположение что дизрегуляторные изменения со стороны гуморальной регуляции адаптационных механизмов могут являться одной из причин обострения воспалительных процессов у больных ОА и снижения эффективности лечения в марте-апреле и августе-сентябре. Применение знаний о цирканнуальной структуре физиологических систем организма в норме и патологии при назначении любых терапевтических методов воздействия позволит не только повысить эффективность лечения, но и избежать возникновения негативных побочных эффектов.

Барбараш О.Л., Хрячкова О.Н., Лебедева Н.Б., Коков А.Н., Новицкая А.А. Воронкина А.В., Раскина Т.А., Шибанова И.А.

ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
Областной клинический госпиталь для ветеранов войн
г. Кемерово, Россия

СВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ, ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ-МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Цель исследования. Оценка уровней маркеров метаболизма костной ткани у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца в зависимости от выраженности остеопороза, коронарного атеросклероза и кальцификации коронарных артерий.

Материалы и методы исследования. 112 мужчин с верифицированной стабильной ИБС среднего возраста 59,8 (55-70) лет. Всем больным выполнялись: коронарография, мультиспиральная компьютерная томография, денситометрия, определение уровня маркеров минерального обмена методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Выделялись группы сравнения по тяжести коронарного атеросклероза (шкала Syntax), по степени коронарного кальциноза (метод Agatston), по наличию и отсутствию остеопенического синдрома в соответствии показателям Т-критерия шейки бедренной кости согласно рекомендациям Международного общества по клинической денситометрии (ISCD, 2007 г.).

Результаты исследования. У большинства обследованных больных - 90 (80,4%) выявлялся остеопенический синдром: у 34 (30,4%) определялись признаки остеопороза и у 56 (50%) - остеопении. В группе с рентгенологически установленным остеопеническим синдромом по сравнению с группой с нормальной минеральной плотностью костной ткани были выявлены значимое снижение уровня катепсина К и повышение остеокальцина.

При оценке тяжести поражения коронарного русла было отмечено, что у пациентов с остеопеническим синдромом значимо чаще выявляется многососудистое и более тяжелое поражение коронарных артерий, а также более выраженный кальциноз по сравнению с пациентами с нормальной костной тканью. Пациенты с тяжелым коронарным атеросклерозом имели самые низкие уровни катепсина К. Выраженный кальциноз коронарных артерий значимо

Клинические аспекты терапии и педиатрии

ассоциировался с более низкими уровнями катепсина К и остеопротегерина, повышением щелочной фосфатазы и паратгормона.

Выводы.

Выявлена значимая связь остеопенического синдрома с выраженностью коронарного атеросклероза и кальциноза у мужчин со стабильной ИБС. Биохимические маркеры метаболизма костной ткани в большей степени были связаны не развитием коронарного атеросклероза, а с кальцификацией уже имеющихся сосудистых поражений.

Наиболее значимыми маркерами из всех изученных оказались катепсин К, уровень которого достоверно снижается во всех случаях: у пациентов с остеопеническим синдромом, с тяжелым атеросклерозом и тяжелым кальцинозом коронарных артерий и остеокальцин, повышенные значения которого ассоциировались со снижением минеральной плотности костной ткани.

Барышникова О.Г.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
г. Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ

Актуальность заключается в постоянно и неуклонно растущей резистентности микрофлоры к широко применяемым антибактериальным средствам, смене возбудителей заболеваний ЛОР-органов на микроорганизмы, которым ранее не уделялось внимание исследователей из-за низкой патогенности этих микробов, растущей роли анаэробных микроорганизмов в патогенезе воспаления ЛОР-органов. Хронический тонзиллит по статистике у детей до 3-х лет встречается в 3% случаев, у детей до 6-и лет - в 7% случаев, у детей 12 лет - 12% случаев, а у детей в возрасте от 12-17 лет в 18% случаев. Острые гаймориты по статистике в возрасте от 3-5 лет - в 5% случаев, от 6-9 лет - в 15% случаев, а в возрасте от 10-17 лет - в 10% случаев.

Цель исследования. Исследование видового состава и количественного соотношения микроорганизмов при воспалениях лор-органов и определение чувствительности к антибиотикам.

Объекты и методы исследования. Объектом данного исследования были 46 пациентов в возрасте детей от 3 до 17 лет с острым гайморитом и 44 пациента с хроническим тонзиллитом за 2012-2013 гг. Микробиологическому исследованию подвергалось отделяемое из верхнечелюстной пазухи, полученное при пункции, и содержимое глубоких отделов небных миндалин до лечения.

При микробиологическом исследовании содержимого верхнечелюстных пазух получены следующие микроорганизмы: *S. viridans* - 23%, *S. aureus* - 18,3%, *S. epidermidis* - 16,6%. Также присутствовали *E. coli*, *E. faecium*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis*, *P. morganii*, *S. haemolyticus*, *S. Saprophyticus*.

При микробиологическом исследовании глубоких отделов небных миндалин получены следующие микроорганизмы: *S. viridans* - 27%, *S. aureus* - 23,4%, *S. epidermidis* - 19,3%, *S. piogenes* - 10,5%, *S. Saprophyticus* - 8,8%, *E. Coli* - 11%.

При исследовании на чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам отмечена крайне низкая чувствительность *S. aureus*, *S. viridans*, *S. epidermidis* к незащищенным пенициллинам (до 18% чувствительных штаммов), более высокая чувствительность отмечена к цефалоспорином различных поколений (от 77-96% чувствительных штаммов), 100% чувствительность выявлена к амоксицилину/клавуланату.

Выводы.

Таким образом, микрофлора при остром гайморите представлена преимущественно патогенными штаммами *S. aureus* и условно патогенными микроорганизмами (*S. viridans*, *S. epidermidis*). Микрофлора при хроническом тонзиллите претерпела изменения и представлена как патогенными микроорганизмами (*S. aureus*, *S. piogenes*), так и штаммами условно - патогенной микрофлоры (*S. viridans*, *S. epidermidis*).

Патогенная и условно-патогенная микрофлора, высеваемая при остром гайморите и хроническом тонзиллите, характеризуется низкой чувствительностью к незащищенным пенициллинам

(амоксциллину). Сохраняется высокая чувствительность микрофлоры к амоксициллину/клавуланату.

**Белых В.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г., Беспалова О.В.
Мозгунова А.Б., Синельникова Л.М., Веретенникова Л.С., Мосман И.И. Шурыгина
Т.С., Белых П.В., Романова Г.А., Тарасова И.Н., Зулинский С.И. Анегова Ю.С.**

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
КГБУЗ ГКБ N 11
г.Барнаул, Россия

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ревматоидный артрит (РА) - хроническое системное воспалительное заболевание иммунного генеза с прогрессирующим поражением суставов, протекающим по типу эрозивно-деструктивного полиартрита.

Поражение микрососудов иммунными комплексами настолько закономерно, что некоторые авторы считают РА распространенной формой патологии сосудов. В схемах патогенеза РА получили отражения нарушения в свертывающей системе, фибринолитической и комплементарной системах, ведущие к микротромбозам, стазу, воспалительным и некротическим изменениям (Р. Робинсон, 1980 г.).

Нами были исследованы показатели системы гемостаза у 69 больных РА. Суставная форма диагностирована у 63 (91,3%) и суставно-висцеральная - у 6 (8,7%) больных. Средний возраст составил $45,6 \pm 1,4$ года.

Клинические проявления РА соответствовали критериям, предложенным Американской ревматологической ассоциацией. У всех больных активность воспалительного процесса была II-III степени. У 49 (71,0%) больных была серопозитивная форма болезни.

При исследовании системы гемостаза независимо от наличия или отсутствия в крови ревматоидного фактора у больных обнаружены гиперфибриногенемия ($4,2 \pm 0,2$ г/л; $p < 0,001$), повышение содержания растворимого фибрина по ортофенантролиновому тесту ($5,8 \pm 0,4$ мг %; $p < 0,001$), выраженная депрессия XIIIa-зависимого фибринолиза ($24,3 \pm 2,3$ мин; $p < 0,001$) и лизиса плазменных сгустков под влиянием стрептокиназы ($213,0 \pm 25$ с; $p < 0,02$), высокая спонтанная агрегация тромбоцитов ($24,0 \pm 1,8\%$; $p < 0,001$) и повышение фактора Виллебранда в плазме ($120,0 \pm 6,4\%$; $p < 0,01$).

Таким образом, наиболее общей и важной чертой нарушения гемостаза при РА является наличие тромбинемии, которая сочетается с гиперфибриногенемией, высокой спонтанной агрегацией тромбоцитов, депрессии фибринолиза и повышение уровня фактора Виллебранда в плазме, свидетельствующее о поражении эндотелия сосудов.

Наличие всех этих сдвигов делает оправданным использование в комплексной терапии РА низкомолекулярных гепаринов и ингибиторов агрегации тромбоцитов.

**Белых В.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г., Беспалова О.В.
Мозгунова А.Б., Синельникова Л.М., Веретенникова Л.С., Мосман И.И. Шурыгина
Т.С., Белых П.В., Романова Г.А., Тарасова И.Н.**

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
КГБУЗ ГКБ N 11
г.Барнаул, Россия

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ

Геморрагический микротромбоваскулит (ГМВ) - болезнь Шенлейна-Геноха - характеризуется асептическим воспалением и дезорганизацией стенок микрососудов, множественным

Клинические аспекты терапии и педиатрии

микротромбообразованием в сосудах кожи и внутренних органов. Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз является, как известно, ведущим функциональным звеном в зоне микроциркуляции.

Вследствие этого повреждение эндотелия в зоне микроциркуляции обычно сопряжено с нарушениями тромбоцитарного гемостаза, образованием микротромбов и нарушением кровотока в микрососудах и развитием экстравазатов. Поэтому эти исследования представляются чрезвычайно важными в плане диагностики и подбора антикоагулянтной и антиагрегантной терапии у таких больных.

Нами было проведено исследование системы гемостаза у 87 больных возрасте от 13 до 76 лет с хроническим, упорно рецидивирующим ГМВ. Средний возраст больных при первом поступлении составил в среднем $39,7 \pm 2,2$ года. Давность заболевания до поступления под наше наблюдение составила $3,7 \pm 0,4$ года. У всех больных наблюдали симметричные геморрагические высыпания на коже, локализованные преимущественно на нижних конечностях, ягодицах и туловище.

Суставной синдром обнаруженный у 61 больного (70,1%) в виде артралгий (43-х больных) или артрита (18), характеризовался поражением как крупных, так и мелких суставов различной степени выраженности, причем у 5 из них он был стойким и упорным.

Абдоминальный синдром был у 24 (27,6%) больных и характеризовался приступами болей в животе различной интенсивности и продолжительности, у 5 из них - с меленой, у одного - с кровавой рвотой и еще у одного - с динамической кишечной непроходимостью. Поражение почек было у 30 (34,%) больных и проявлялось макро- (у 5 больных) или микрогематурией (22 больных), протеинурией (у 24 больных) и цилиндрурией (у 11 больных). Артериальная гипертензия была у 6 больных, почечная недостаточность 2 степени с нарушением концентрационной функции почек без азотемии - у трех.

При исследовании системы гемостаза выявлены удлинение времени свертывания по тромбиновому ($15,6 \pm 0,15$ с; $p < 0,01$) и эхитоксовому ($28,1 \pm 0,7$ с; $p < 0,01$) тестам, повышенное содержание растворимого фибрина в плазме по ортофенантралиновому тесту обнаружено у 50% больных, что говорит о тромбинемии. Эти изменения сочетались с угнетением всех видов фибринолиза (эуглобулинового лизиса, индуцированного стрептокиназой - у 44% больных, лизиса плазменных сгустков, индуцированных стрептокиназой - у 60,8%, XIIIa-зависимого фибринолиза - у 49,4%). Повышение спонтанной агрегации тромбоцитов было выявлено у 56,3% больных, уровня фактора Виллебранда - у 35,%. Высокая гепаринорезистентность плазмы отмечена у 21 больного и в 5 случаях сочеталась с повышением уровня α_1 - α_2 -глобулинов и С-реактивного белка, у 7 больных - с криоглобулинемией, у 9 - с повышенным содержанием иммунных комплексов.

Таким образом, наиболее общей и важной чертой нарушения гемостаза при ГМВ является высокая частота тромбинемии. Этот фундаментальный сдвиг, свидетельствующий о персистирующем тромбообразовании, сочетается с высокой спонтанной агрегацией тромбоцитов, нарастанием уровня фактора Виллебранда в плазме, свидетельствующем об эндотелиозе и более или менее выраженной депрессии фибринолиза.

Наличие всех этих сдвигов делает оправданным использование в комплексной терапии низкомолекулярных гепаринов и ингибиторов агрегации тромбоцитов.

Бердовская А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г.Гродно, Беларусь

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Хроническая гипоксия, развивающаяся при врожденных пороках сердца (ВПС), нарушает все виды обмена, приводя к развитию компенсированного ацидоза. Большинство авторов склоняются к выводу, что нарушение синтеза и высвобождения оксида азота (NO) эндотелием является преимущественным механизмом, объясняющим потерю вазодилататорного ответа на эндотелий зависимые субстанции при гипоксии.

К настоящему времени сформировалось представление о дисфункции эндотелия, под которой понимают, прежде всего, нарушение синтеза оксида азота. Нарушения NO-синтазной функции эндотелия, по-видимому, занимают одно из ключевых мест в развитии многих сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и в патогенезе развития атеросклероза, артериальной и легочной гипертензии, сердечной недостаточности. Однако патофизиологические механизмы, ведущие к развитию дисфункции эндотелия у больных с ВПС, полностью не выяснены.

Цель исследования. Выявление эндотелиальных нарушений у детей с врожденными пороками сердца с обеднением малого круга кровообращения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 19 детей с ВПС, сопровождающимся обеднением малого круга кровообращения - основная группа (4 детей с изолированным стенозом легочной артерии, 3 - с триадой Фалло, 9 - тетрадой Фалло, 2 - с пентадой Фалло, 1 - с аномалией Эбштейна). Группу сравнения составили 38 практически здоровых детей.

Функциональные свойства эндотелия изучались с помощью реовазографического компьютерного комплекса. Функциональное состояние эндотелия сосудов определяли неинвазивным методом с использованием пробы с реактивной гиперемией реовазографически. Оценку ЭЗВД или продукции оксида азота эндотелием осуществляли по максимальному приросту ПК ($ПК_{\text{макс}}$) в предплечье в течение первых 1,5 минут периода реактивной гиперемии после восстановления кровотока в плечевой артерии. Длительность окклюзии плечевой артерии в тесте с реактивной гиперемией составляла четыре минуты при уровне систолического артериального давления выше, чем у больного на 50 мм рт. ст.

Суммарная продукция NO в организме оценивалась по концентрации стабильных метаболитов оксида азота (NO_x) в плазме крови с использованием реактива Грисса. Морфологические признаки повышенной десквамации эндотелия оценивали по количеству циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в плазме крови.

Результаты исследований и их обсуждение. Установлено, что у детей с врожденными пороками сердца, имеющих обеднение малого круга кровообращения, $ПК_{\text{макс}}$ оказался достоверно ниже ($8,9 \pm 4,92\%$) чем у детей группы сравнения ($18,2 \pm 4,70\%$, $p < 0,001$) и свидетельствовал о ДЭ.

Уровень $ПК_{\text{макс}}$ у практически здоровых детей оказался в 2 раза выше, чем у детей с ВПС. Для оценки суммарной продукции NO в организме эндотелия исследован уровень стабильных метаболитов NO в плазме крови больных. У детей основной группы (NO_x) в плазме крови оказалась выше ($41,1 \pm 11,84$ мкмоль/л), чем в группе сравнения ($27,5 \pm 5,88$ мкмоль/л, $p < 0,001$). Определение содержания количества ЦЭК в крови больных с ВПС показало, что более значительное их повышение наблюдается в подгруппе детей с ВПС ($11,6 \pm 2,77 \times 10^4$ /л) по сравнению с практически здоровыми детьми ($5,0 \pm 1,87 \times 10^4$ /л, $p < 0,001$).

Выводы.

У больных с ВПС, сопровождающимся обеднением малого круга кровообращения, по сравнению со здоровыми детьми выявлены патологически высокие уровни продуктов (NO_x) ($p < 0,001$), ЦЭК ($p < 0,001$) и низкие значения ЭЗВД ($p < 0,001$).

Бубликов Д.С., Андриенко А.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
г.Барнаул, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С МИКРОЦИРКУЛЯЦИЕЙ

Сосудистые осложнения - лидирующая причина летальности и инвалидизации больных РА. Не понятно, влияет ли вязкость плазмы (ВП) на риск сосудистых осложнений РА.

Цель исследования. Изучить взаимосвязи ВП с показателем микроциркуляции (ПМ) -

Клинические аспекты терапии и педиатрии

интегральной характеристикой микрогемодинамики у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. Обследованы лица с документированным диагнозом РА (n=64). ВП исследовалась на капиллярном вискозиметре. ПМ - при помощи аппарата лазерной доплеровской флуометрии ЛАКК-02 на коже ладонной поверхности 4 пальца кисти. Гемореологические параметры исследовали на капиллярном вискозиметре. Перед забором крови обследуемым было запрещено в течение 8-12 часов принимать пищу и напитки, курить. Кровь получали в условиях силиконирования. Забор крови проводился из локтевой вены с использованием системы вакутайнер (Standardplus & Medical Co., Ltd SPM, Корея). Результаты представляли в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Полученные результаты. ВП в группе обследованных лиц составила $2,70 \pm 0,64$ мПа.с. ПМ - $16,19 \pm 3,16$ пф.ед. Между полученными результатами исследования ВП и уровня ПМ получена корреляционная связь - прямая, средней силы ($r=0,58$).

Выводы.

Полученные нами данные свидетельствуют о потенциальной взаимосвязи реологических параметров плазмы крови и регионарной микрогемодинамики у больных РА. Полученные данные подчеркивают диагностическую ценность исследования ВП у больных РА.

Бубликов Д.С., Андриенко А.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
г.Барнаул, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Влияние вазотропной терапии на клиническую картину РА остается неизученным, несмотря на шаблонное применение «сосудистой» терапии больным РА во многих лечебно-профилактических учреждениях.

Цель исследования. Изучить влияние коррекции реологических характеристик эритроцитов у больных РА на клиническую картину заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследованы лица с документированным диагнозом РА (n=75) и группа контроля (n=85). В качестве реологической характеристики эритроцитов была выбрана вязкость суспензии эритроцитов (ВСЭ). Кровь для определения ВСЭ забирали из кубитальной вены с 0,5% раствором цитрата натрия. Для определения ВСЭ получали эритроцитарную массу. Исследования проводили на капиллярном вискозиметре. В качестве вазотропной терапии больным был назначен пентоксифиллин (Трентал, Санofi-авентис) путем внутривенной инфузии в течение 60 минут в дозировке 200 миллиграммов на фоне адекватной базисной и симптоматической терапии.

В качестве клинического параметра эффективности изучалось время утренней скованности в минутах. Результаты представляли в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD). Статистическую обработку данных проводили при помощи программы «Statistica7» с использованием непараметрического критерия Манн-Уитни.

Полученные результаты. ВСЭ в группе равнялась $2,78 \pm 0,83$ мПа.с. ВСЭ в группе больных РА до применения пентоксифиллина составила $3,45 \pm 0,43$ мПа.с. На фоне применения препарата ВСЭ статистически значимо снизилась до $2,41 \pm 0,43$ мПа.с ($p=0,041$). Время утренней скованности суставов в обследуемой группе до назначения вазотропной терапии составляло 125 ± 35 минут. На фоне введения пентоксифиллина в указанной дозировке время утренней скованности статистически значимо уменьшилось до 89 ± 22 минут ($p=0,0078$).

Выводы.

Полученные изменения времени утренней скованности в суставах на фоне коррекции ВСЭ пентоксифиллином свидетельствуют о перспективе его применения у больных РА, имеющих гемореологические нарушения.

Бубликов Д.С., Андриенко А.В., Дадей А.Н., Перунова М.Н.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России
г.Барнаул, Россия

ВЯЗКОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. ВЗАИМОСВЯЗИ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Активность заболевания, оцениваемая по шкале DAS-28-CRP у больных ревматоидным артритом (РА), неотъемлемая составная часть диагноза. Клинико-лабораторный тест, используемый для ее расчета - С-реактивный белок - один из сигнальных провоспалительных маркеров. Интересным представляется исследование вязкости плазмы (ВП) как интегрального маркера коллоидного состояния «экстрацеллюлярного матрикса» крови.

Цель исследования. Изучить корреляцию активности РА по DAS-28-CRP и ВП у больных РА.

Материалы и методы исследования. Обследованы лица с документированным диагнозом РА (n=75). Гемореологические параметры исследовали на капиллярном вискозиметре. Перед забором крови обследуемым было запрещено в течение 8-12 часов принимать пищу и напитки, курить. Кровь получали в условиях силиконирования. Забор крови проводился из локтевой вены с использованием системы вакутайнер (Standardplus & Medical Co., Ltd SPM, Корея). Для оценки активности заболевания использовалась шкала DAS-28-CRP.

Уровень С-реактивного белка определялся количественным методом на биохимическом автоматическом анализаторе LW C200i (Shenzhen Landwind Industry Co., Ltd., KHP) латексным иммунотурбидиметрическим методом с использованием реагента CRP FS (DiaSys Diagnostic Systems GmbH, Germany).

Результаты представлены в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD).

Полученные результаты. ВП в группе обследованных больных составила $2,79 \pm 0,54$ мПа.с. Активность РА по DAS-28-CRP равнялась $3,7 \pm 1,12$. Между полученными значениями получена положительная корреляционная связь средней силы ($r=0,67$).

Выводы.

Полученные значения коэффициента корреляции свидетельствуют о взаимосвязи активности РА и ВП, что ставит ВП в один ряд с интегральными показателями воспалительного фона у больных РА.

Васильева В.Е., Сычева С.В., Ефимова Т.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СИНОСИТАМИ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Воспалительные заболевания придаточных пазух являются одной из актуальных проблем ЛОР заболеваний. До 15% взрослого населения страдают различными формами синуситов, а в структуре заболеваний отоларингологических стационаров синуситы составляет 15-36%.

Цель исследования. Анализ структуры микрофлоры выделенной у пациентов с острыми синуситами отоларингологического отделения Кемеровской областной клинической больницы.

Использованы данные микробиологических исследований, проведенных в ГАУЗ КОКБ в 2014 г. Выделение микроорганизмов проводилось в соответствии с приказом N 535 МЗ СССР, от 22.04.1985 г., идентификация - стандартными бактериологическими методами и с использованием бактериологических анализаторов «Multiscan-Ascent» и «VITEK 2-compact».

Исследовано 457 образцов отделяемого верхнечелюстных и лобных придаточных пазух носа. Количество положительных образцов составило 82,7%.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В структуре микрофлоры преобладала грамположительная микрофлора: стафилококки - 28,5%, (коагулазонегативные - 51,5%, коагулазопозитивные стафилококки, в том числе *S. aureus* - 48,5%), стрептококки - 30,9% (негемолитические - 55,6%, *S. pneumoniae* - 39,8%, гемолитические - 4,6%), коринебактерии - 10,0%.

Грамотрицательная микрофлора была представлена преимущественно бактериями семейства Enterobacteriaceae и бактериями рода Haemophilus. В общей структуре доля бактерий семейства Enterobacteriaceae - 23,4% (*Klebsiella* spp. - 29,5%, *Enterobacter* spp. - 21,8%, *E. coli* - 20,5%, прочие - 28,2%), Haemophilus spp. - 5,4%.

Бактерии рода *Neisseria* и грибы рода *Candida* составили соответственно 0,4% и 1,4% в общем объеме выделенной микрофлоры.

В результате проведенного анализа структуры микрофлоры, выделенной у пациентов с острыми синуситами, госпитализированных в отоларингологическое отделение Кемеровской областной клинической больницы, преобладала грамположительная микрофлора (69,4%), грамотрицательная микрофлора составила 28,9%, нейссерии и грибы рода *Candida* - не более 2% от выделенной микрофлоры.

Виниченко Д.С., Квиткова Л.В., Зинчук С.Ф.

Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии
Центральная научно-исследовательская лаборатория
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ВКЛАД ДЕФИЦИТА СЕЛЕНА В РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Цель исследования. Оценить взаимосвязь уровня антител к рецепторам ТТГ и объема щитовидной железы с содержанием селена в волосах и ногтях у больных с болезнью Грейвса в разных возрастных группах.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 90 женщин с диагнозом болезнь Грейвса (БГ), поступившие на оперативное лечение в отделение эндокринной хирургии. Длительность течения БГ у больных - до 12 месяцев. Больные были разделены на 3 возрастные группы:

- 1-я группа - 41-50 лет (n=32),
- 2-я группа - 51-60 лет (n=28),
- 3-я группа - 61-70 лет (n=30).

Показаниями к оперативному лечению были: рецидивирующее течение тиреотоксикоза - 90% случаев, тяжелый тиреотоксикоз с сердечно-сосудистыми осложнениями - 80%, большой размер зоба с компрессионным синдромом - 20%. Контрольную группу составили 40 пациентов без патологии щитовидной железы (ЩЖ) в возрасте 41-70 лет.

У всех пациентов были оценены: в крови показатели ТТГ, Т4своб, антитела к рецептору ТТГ (АТ к рТТГ) методом ИФА, в волосах и ногтях - уровень селена методом спектрального анализа. Всем пациентам проведено УЗИ ЩЖ на аппарате Mindray DC-3. За референсный диапазон принимали значения ТТГ - 0,4-4,0 мЕд/мл, св.Т4 - 9-22 пмоль/л, АТ к рецепторам ТТГ $\leq 1,0$ МЕ/л, объем ЩЖ 9-18 см³, селена в ногтях - 0,3-2,7 мкг/г, в волосах - 0,2-1,8 мкг/г. Полученные данные проанализированы с использованием программы Statistica 6.1.

Для сравнения трех независимых групп использовали ранговый тест Краскала-Уоллиса, для сравнения двух независимых групп использовали тест Манна-Уитни. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков описаны медианой и 25-й и 75-й процентилями, с вычислением достоверности различий непараметрическим методом Спирмана. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Значения ТТГ были понижены во всех возрастных группах и составили: в 1-й группе - 0,04 (0,01:0,08), во 2-й группе - 0,03 (0,01:0,15) в 3-й группе - 0,06 (0,03:0,07) мЕд/мл ($p_{1,2}=0,346$, $p_{1,3}=0,115$, $p_{2,3}=0,493$), уровень св. Т4 составил соответственно: в 1-й группе - 20 (16,7:21,8), во 2-й - 19,4 (17,5:21), в 3-й - 19 (17:22) пмоль/л ($p_{1,2}=0,507$, $p_{1,3}=0,525$, $p_{2,3}=0,540$), уровень АТ к рецептору ТТГ составил: в 1-й группе - 12 (8,6:15,5), во 2 - 10,5 (7,5:18,35), в 3-й - 21,5 (19-31) МЕ/л ($p_{1,2}=0,959$, $p_{1,3}=0,00$, $p_{2,3}=0,00$). Уровень АТ

к рецептору ТТГ в 3 группе был достоверно выше, чем в первой и во второй группах. Объем ЩЖ у пациентов с БГ: в 1-й группе - 32 (29,5:39,3), во 2-й группе - 27,9 (25:30,6), в 3-й группе - 31,3 (27:54) см³ ($p_{1,2}=0,0064$, $p_{1,3}=0,852$, $p_{2,3}=0,0464$).

Полученные данные свидетельствовали о снижении уровня селена в волосах у большинства больных с БГ - у 74% ($n=67$), для всех возрастных групп уровень селена - 0,15 (0,10:0,20). Аналогичный показатель в контрольной группе составил соответственно - 0,25 (0,19:0,32) ($p=0,00$). Так, в возрасте 41-50 лет селен в волосах был снижен у 72% больных ($n=23$), в возрасте 51-60 лет - у 75% больных ($n=21$), в возрасте 61-70 лет у 77% больных ($n=23$). Значения показателя селена в волосах в 1-й группе составили - 0,18 (0,15:0,21) мкг/г, во 2-й группе - 0,15 (0,10:0,25) мкг/г, в 3-й группе - 0,15 (0,10:0,19) мкг/г. Статистически значимых различий по содержанию селена в волосах в возрастных группах выявлено не было ($p_{1-2}=0,347$, $p_{1-3}=0,178$, $p_{2-3}=0,750$) ($p=0,383$).

Установлено неблагоприятное влияние дефицита селена на ЩЖ у пациентов с БГ. Так, связь между содержанием селена в волосах и уровнем АТ к рТТГ имела отрицательный характер и была статистически значимой во всех группах: в 1-й группе ($r=-0,429$, $p=0,014$), во 2-й группе ($r=-0,637$, $p=0,0002$), в 3-й группе ($r=-0,526$, $p=0,003$). Также выявлена отрицательная зависимость между уровнем селена в волосах и объемом ЩЖ во всех группах: в 1-й группе ($r=-0,553$, $p=0,001$), во 2-й группе ($r=-0,476$, $p=0,01$) и в 3-й группе ($r=-0,548$, $p=0,002$).

В ногтях при БГ уровень селена был также ниже у 72% больных ($n=65$), чем в контрольной группе ($p=0,00$). В 1-й группе показатель был снижен у 81% больных ($n=26$), во 2-й группе - у 71,4% больных ($n=20$), в 3-й группе - у 63% больных ($n=19$). Значения показателя составили у больных в возрасте 41-50 лет - 0,24 (0,19:0,29) мкг/г, в возрасте 51-60 лет - 0,24 (0,18:0,33) мкг/г, в возрасте 61-70 лет - 0,25 (0,21:0,31) мкг/г. Статистически значимых различий в возрастных группах по содержанию селена в ногтях выявлено не было ($p_{1,2}=0,418$, $p_{1,3}=0,327$, $p_{2,3}=0,994$) ($p=0,577$).

Установлена отрицательная зависимость между уровнем селена в ногтях и уровнем АТ к рТТГ: в 1-й группе ($r=-0,458$, $p=0,008$), во 2-й группе ($r=-0,682$, $p=0,00$), в 3-й группе ($r=-0,590$, $p=0,0005$). Также установлена отрицательная связь между уровнем селена в ногтях и объемом ЩЖ в 1-й группе ($r=-0,405$, $p=0,021$), во 2-й группе ($r=-0,396$, $p=0,036$) и в 3-й группе ($r=-0,563$, $p=0,0012$).

Выводы.

1. При БГ уровень селена снижен в ногтях у 73% ($n=66$), в волосах - у 74% ($n=67$) пациентов.

2. Выявлена отрицательная зависимость между содержанием селена в волосах и ногтях и уровнем антител к рецепторам ТТГ, объемом ЩЖ.

Власова Е.М., Носов А.Е.

ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровья населения»
г.Пермь, Россия

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФПРИГОДНОСТИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Фибрилляция предсердий (ФП) - одна из самых распространенных аритмий. Тромбоэмболические осложнения, связанные с фибрилляцией предсердий, приводят к значительному повышению заболеваемости и смертности. Риск развития ФП у мужчин старше 40 лет составляет 26%. Около 30-45% случаев пароксизмальной ФП и 20-25% случаев персистирующей ФП возникают у молодых лиц без патологии сердца. Фибрилляция предсердий, однако, определено как заболевание и входит в международную классификацию болезней: класс IX - болезни системы кровообращения (I48).

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Существуют стандарты оказания медицинской помощи по диагнозу «148 Фибрилляция и трепетание предсердий». Заболевания сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации при определенных видах работ являются медицинским противопоказанием. Сложности экспертизы представляют случаи бессимптомного течения пароксизмов ФП.

Цель исследования. Проанализировать вопросы экспертизы профпригодности при выполнении работ, при которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, у работников с ФП.

Был проведен анализ клиничко-экспертной работы центра медицины труда и профпатологии (Центр) за период с 2012-2014 гг. Всего для уточнения диагноза ФП и/или решения вопроса профпригодности после периодического медицинского осмотра (ПМО) в центр медицины труда и профпатологии поступило 548 работников предприятий и организаций Пермского края. Средний возраст работников $47,2 \pm 6,7$ лет, средний стаж $31,3 \pm 8,4$ лет; преимущественно мужчины.

Основные виды работ: работы, выполняемые газоспасательной службой, аварийно-спасательными службами, подземные работы; управление наземным транспортом. Сложности первичной диагностики на этапе ПМО заключались в отсутствии у работника симптомов ФП или в регистрации на электрокардиограмме в момент обследования правильного синусового ритма.

В Центр с целью дообследования и решения вопроса допуска к профессии направлено 58,5% работников по результатам анализа электрокардиограммы при отсутствии жалоб и клинической картины.

При обследовании установлено: наличие в анамнезе заболевания сердца у 66,6% работников, заболевания щитовидной железы у 1,2% работников, синкопального состояния у 2,7% работников. Внезапная смерть у близких родственников отмечена при опросе в 13,3% случаев. Ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца в покое отметили 17,7% работников, после физической нагрузки или во время рабочей смены - 12,2% работника. Анализ амбулаторных карт показал, что наиболее частыми заболеваниями, способствующими развитию ФП, были инфаркт миокарда (в 28,3% случаев недатированный) и артериальная гипертензия. «Идиопатическая» ФП установлена специализированным учреждением в 11,6% случаев.

Решением врачебной комиссии 38,6% работников отстранены от профессиональной деятельности, 18,4% работников имеют ограничение по производственным факторам. У одного и того же работника проявления ФП могут со временем измениться. Возможно эффективное устранение причины при определенных формах ФП (магнийзависимой, токсического генеза, при неустойчивой нервно-вегетативной регуляции) или при адекватной терапии артериальной гипертензии и заболеваний щитовидной железы, а возможны функциональные и структурные изменения, увеличивающие риск осложнений и внезапной смерти.

Учитывая высокий риск тромбоэмболий и внезапной смерти при ФП, с одной стороны, и социально-экономические проблемы при потере или снижении профессиональной квалификации у возрастных стажированных работников - с другой стороны, возникают вопросы при проведении экспертизы профпригодности. Вопрос о допуске к профессии решается индивидуально, что, однако, не снимает с врачебной комиссии ответственности за принятое решение. Кроме того, возникают сложности с сохранением рабочего места за работником на период временного ограничения или временного отстранения работника от выполнения работ.

Вышеизложенное требует урегулирования в трудовом законодательстве с учетом временных медицинских противопоказаний. Целесообразно разработать рекомендации по допуску к профессии в зависимости от типа ФП и ее влияния на гемодинамику от эффективности медикаментозной терапии.

Воробьева О.А.

Бюро N 1 - филиал ФКУ Главного бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области
г. Кемерово, Россия

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Цель исследования. Изучить результаты реабилитации у пострадавших с профзаболеваниями.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты медико-социальной экспертизы за 2013-2014 гг. у 2731 пациента с профзаболеваниями, включающими патологию органов дыхания и слуха. Для установления степени утраты профессиональной трудоспособности у 2706 пострадавших проведено установление степени утраты нетрудоспособности на основании заключения центра профессиональной патологии, а также разработана программа реабилитации по каждой нозологии.

Известно, что основной целью профессиональной реабилитации является сохранение социальной адаптации пострадавших и тем самым достижение ими материальной независимости и возможности самообеспечения.

Права пострадавших на профессиональную реабилитацию закреплены в ряде нормативных документов, основные из которых - ФЗ N 125-ФЗ от 24.07.1998 г. «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»; Постановление Минтруда РФ от 28.09.93 г. «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда»; Закон от 19.02.91 г. «О занятости населения в РФ»; Закон РФ «Об образовании» от 13.01.96 г.

Возможны следующие варианты профессиональной реабилитации:

- адаптация на прежнем рабочем месте;
- работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии;
- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой квалификацией, близкой к прежней специальности, но отличающейся пониженной нагрузкой;
- полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;
- переквалификация в реабилитационном центре с устройством на работу по новой специальности.

Рекомендуемые нами мероприятия по профессиональной реабилитации включают более ранние сроки и проводятся параллельно с медицинскими, психологическими и другими реабилитационными мероприятиями. Смысловое значение такого подхода заключается в том, что еще до получения определенных производственных навыков или переквалификации пострадавший должен быть профессионально ориентирован и заранее ознакомлен с требованиями к избираемой им профессии.

Нами установлено, что в 2014 г. первое ранговое место (48%) среди впервые освидетельствованных занимали заболевания от физических перегрузок и перенапряжения (в 2013 г. - 46%), на втором месте оказалась нейросенсорная тугоухость - 19% (в 2013 г. - 18%), третье место занимала вибрационная болезнь - 13% (в 2013 г. - 11%), четвертое место заняли пострадавшие с заболеваниями органов дыхания - 9% (в 2013 г. - 10%). В 2014 г. с программой реабилитации пострадавших (ПРП) переосвидетельствовано 2411, в 2013 г. - 2338 пострадавших. По результатам реализации ПРП стабильность течения заболевания отмечена в 96,5% случаях. В 2014 г. выявлено ухудшение, повлекшее увеличение степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) у 1,2% освидетельствованных, а в 2013 г. - 1,6%.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

После проведенных реабилитационных мероприятий увеличены проценты УПП 24 пострадавшим, в 2013 г. - 29. Увеличение степени утраты профессиональной трудоспособности, связанное с ухудшением течения профессиональных заболеваний, отмечено у 9 (2,5%) пострадавших, в 2013 г. - 10 (2,6%), в 15 случаях увеличение степени утраты профессиональной трудоспособности связано с первичным определением процента утраты профессиональной трудоспособности по второму-третьему заболеваниям, в 2013 г. - 19 случаев.

Отмечено, что увеличение случаев профессиональной трудоспособности, как правило, связано с патологией органов дыхания, составляющей 41% от всех заболеваний. В то же время, растет число пострадавших, у которых одновременно установлен диагноз двух и более профессиональных заболеваний. Увеличение случаев с нейросенсорной тугоухостью остается на прежнем уровне.

Тенденция к увеличению числа больных с ПРП связана, на наш взгляд, с проведением повторных осмотров, позволяющих более точно оценить динамику патологического процесса. В то же время увеличение лиц с ПРП, в том числе прекративших трудовую деятельность, может быть связана не только с установленными процентами без срока переосвидетельствования (в 2014 г. - 521 случай), но и с возрастными изменениями.

Регулярно проводимые реабилитационные мероприятия часто малоэффективны, что объясняется отсутствием единого подхода к заполнению протокола заключений врачебной комиссии (ВК) в ЛПУ и к программе реабилитации пострадавшего. В связи с этим специалистами бюро совместно с врачами ЛПУ разработан план мероприятия по совершенствованию организационно-методической работы и устранению замечаний по оформлению протокола заключений ВК.

Таким образом, для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у пострадавших в результате профессиональных заболеваний необходимо:

1. рекомендовать единый подход к оформлению протокола заключений ВК;
2. использовать программу реабилитации пострадавшего, которая должна учитывать эффективность предыдущих программ;
3. проведение совместных заседаний, семинаров со специалистами ВК ЛПУ курируемых территорий с целью применения единых подходов при оценке выраженности нарушений функций организма;
4. учитывать диагнозы сопутствующих заболеваний при наличии противопоказаний для санаторного курортного лечения;
5. использовать рекомендации профцентра.

Гаврылышена К.В., Часовских Е.В., Хиль Е.Г.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ЭКСПЕРТНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

В структуре профессиональных заболеваний Кемеровской области значительную часть представляют поражения на поясничном уровне в виде рефлекторных синдромов и пояснично-крестцовой радикулопатии.

Учитывая, что для развития профессиональных заболеваний необходим значительный трудовой стаж, проявления мы наблюдаем в возрасте старше 40 лет, когда закономерно повышается риск возникновения и других, не связанных с длительным профессиональным стажем заболеваний. Рассмотрим особенности диагностики и экспертизы профессиональных патологий на поясничном уровне в дифференциальном ряду с другими заболеваниями со схожей клинической картиной. Разберем частые ошибки, возникающие при направлении таких пациентов в Центры профессиональной патологии, которые мы выявили при анализе историй болезни пациентов за 2 года наблюдения.

Самой распространенной диагностической ошибкой является гипердиагностика пояснично-крестцовой радикулопатии без исключения другой патологии со схожей клинической картиной. К данной ошибке приводит недостаточное знание клинических проявлений и неполный анализ анамнеза жизни и заболевания пациента, отсутствие рассмотрения варианта другого заболевания у

пациентов с «болью в спине». Практически у трети пациентов, направленных с данным диагнозом, после дообследования в профцентре были выявлены ранее не диагностированные поражения тазобедренных суставов. В некоторых случаях проявления были столь выражены, что пациенты были сразу оформлены на эндопротезирование суставов. У части пациентов было выявлено нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет, проявлением которого является диабетическая сенсорная полинейропатия, приводящая к выраженным болям в нижних конечностях, выпадением рефлексов и нарушению чувствительности.

Большую проблему составляет направление пациентов с маленьким и/или с прерывистым стажем работы в условиях физических нагрузок, а иногда с длительным постконтактным периодом. Выявление данных проблем лишь на этапе центров профессиональной патологии, приводит не только к затруднению выставления диагноза, но и к конфликтным ситуациям с пациентами.

Для того чтобы снизить процент пациентов, ошибочно направленных с подозрением на неврологическую патологию профессионального генеза, что, в свою очередь повысит эффективность работы центра профпатологии и снизит риск развития конфликтных ситуаций, был разработан ряд рекомендаций.

1. Проведение полноценной дифференциальной диагностики для пациентов, обратившихся с жалобами на «боли в пояснице и ногах», исключение заболеваний со схожей клинической картиной на первом этапе обследования по месту жительства или по месту проведения профосмотра.

2. Качественный анализ амбулаторных карт пациентов и подробное составление выписки из амбулаторной карты (с указанием всех обращений, а не только с неврологической патологией, дней нетрудоспособности, краткого неврологического статуса).

3. Корректное и полное составление выписки с карт предварительных и периодических профосмотров.

4. Внимательный анализ профмаршрута пациента, обращать внимание на прерывистость стажа в работе во вредных условиях труда.

5. Своевременное направление пациентов в центры профпатологии, а не после длительного постконтактного периода.

Глухова Л.Н., Игишева Л.Н., Пермикина Ю.А.

МУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИБИКОР (ТАУРИН) У ПОДРОСТКОВ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Актуальность. Одним из наиболее часто встречающихся нарушений ритма (НРС) сердца у детей является экстрасистолия (ЭС). Длительное течение данного нарушения ритма сердца приводит к процессам ремоделирования миокарда, дилатационной кардиомиопатии. ЭС могут быть пусковым механизмом в возникновении жизнеугрожающих аритмий. В связи с этим очень важно решить проблему выбора адекватного лечения ЭС. В литературе встречаются различные рекомендации: от динамического наблюдения до хирургических методов лечения. При этом известно, что применение длительной базисной терапии позволяет добиться клинического эффекта.

Многочисленные научные исследования последних лет показали антиоксидантный и осморегулирующий эффект таурина у взрослых пациентов с ХСН, приводит к исчезновению ЭС. Таурин влияет непосредственно на антиоксидантную систему клетки и способствует удалению супероксидных радикалов за счет образования N-хлортаурина. Хлор-таурин обладает очень высокой активностью в ингибировании образования супероксидных продукции фактора некроза опухоли- α (TNF- α), синтеза NO в макрофагах и образования пероксинитрита. Кроме того, таурин ингибирует синтез активных молекул перекисей и супероксидных анионов, образующихся под влиянием гомоцистеина, а также отменяет блокирующий эффект гипергомоцистеинемии на активность Ca_2^+ АТФазы и образование супероксиддисмутазы, что значительно уменьшает

Клинические аспекты терапии и педиатрии

выраженность окислительного стресса и повреждение тканей.

В связи с очевидной актуальностью изучения выбора эффективной медикаментозной терапии было проведено настоящее исследование, целью которого явилось: определить эффективность терапии препаратом Дибикор (Таурин) при лечении ЭС у подростков.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 7 человек (старше 12-и лет), принимающих в течение 3-х месяцев препарат Дибикор (таурин) в дозе 0,25 мг 2 раза в сутки. Критерием включения являлось наличие экстрасистол по суточному монитору ЭКГ: желудочковых - более 50 в сутки, наджелудочковых - более 500 в сутки.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 8». Проверка на нормальность проводилась с применением критерия Шапиро-Уилка, данные не подчинялись нормальному закону распределения. Для сравнения количественных показателей использовали критерий Wilcoxon. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

Результаты и обсуждения. В нашем исследовании Таурин (Дибикор) получали 7 детей. По наличию очага эктопической активности у всех детей этой группы была выявлена ЖЭС. Малочисленная группа в исследовании объясняется трудностями в получении информированного согласия родителей и спонтанного прерывания лечения.

По результатам не получено достоверных сведений о снижении количества ЭС ($n=7$, $p=0,498$). Вероятнее всего, нет субстрата для работы таурина при наличии сопутствующей патологии в виде метаболических нарушений - нарушения углеводного и липидного обмена, инсулинорезистентность, ожирение - и кардиального синдромов, которые чаще встречаются у взрослых. Возможно, требуется пересмотр рекомендованной дозы препарата у подростков и более масштабное исследование.

Выводы.

Нет эффекта от проводимой терапии Дибикором (Таурином) у подростков с ЭС.

Голомидова Т.В.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
г.Кемерово, Россия

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

С каждым годом в г.Кемерово рождается все больше детей с сенсорными нарушениями, в том числе с нарушениями слуха. На сегодняшний день на одну тысячу новорожденных рождается от 1 до 3 детей с глухотой и сенсоневральной тугоухостью 3-4 степени.

В настоящее время значительно расширился арсенал методов реабилитации детей с нарушениями слуха, которые включают: комплексное медикаментозное лечение, сурдопедагогическую коррекцию, слухпротезирование, коррекционное обучение детей в специализированных дошкольных и школьных учреждениях для глухих и слабослышащих, слухулучшающие операции, кохлеарную имплантацию.

Не менее важными методами реабилитации глухих детей являются социальные методы, которые направлены на то, чтобы такие дети стали полноценными членами общества, могли получить образование и работу. К ним можно отнести законодательную базу, обеспечивающую бесплатное предоставление детям слуховых аппаратов (СА) и кохлеарных имплантов (КИ), возможность выбора родителями ребенка типа образовательного учреждения и другие.

Современные слуховые аппараты и кохлеарные импланты дают возможность глухим детям слышать самые тихие звуки, благодаря этому ребенок учится понимать речь и говорить. Однако потенциальные возможности нормального речевого, а значит, общего психического развития у ребенка с СА и КИ могут не реализоваться, и часто не реализуются. Сегодня очевидно, что дети даже с высококачественными слуховыми системами нуждаются в многолетних

занятиях по развитию слуха и речи с сурдопедагогом. Реабилитация рано оглохших детей занимает более 5 лет. Это значит, что ребенок нуждается в профессиональной поддержке весь дошкольный и начальный школьный период.

Рост числа слабослышащих детей очевиден по ежегодному увеличению обращений на прием к детскому городскому сурдологу. За последние три года количество посещений выросло в два раза. В настоящее время на диспансерном учете в Кемеровском городском сурдологическом кабинете состоит 187 глухих и слабослышащих детей, из них в дошкольно-школьных учреждениях специализированного типа обучается 95 детей. Это, конечно, связано с тем, что благодаря ранней реабилитации все больше детей с нарушениями слуха могут обучаться в обычных детских комбинатах и школах. Многие родители не хотят отдавать своих детей в специальные учреждения из-за отсутствия там необходимой ребенку речевой среды, использования устаревших методов коррекционной работы. Необходима реорганизация работы этих учреждений - увеличение количества групп интегрированного обучения и ставок логопедов и сурдопедагогов.

Примерно 70% пациентов с сенсоневральной тугоухостью нуждаются в слухпротезировании. Педагогами и логопедами замечено, что даже небольшие потери слуха у дошкольников приводят к задержке речевого развития, а у школьников отмечается значительное снижение успеваемости.

Правильная коррекция слуховыми аппаратами позволяет добиться хороших результатов за короткий промежуток времени. Бесплатные слуховые аппараты предоставляются детям-инвалидам с тяжелой степенью снижения слуха. Пациенты с легкой и средней степенью снижения слуха приобретают слуховые аппараты за свой счет. Однако не все родители имеют материальную возможность купить дорогостоящие цифровые программируемые слуховые аппараты.

Таким образом, увеличение количества занятий с сурдопедагогами в специализированных учреждениях коррекционного типа, введение групп интегрированного обучения в общеобразовательных детских комбинатах и школах, бинауральное слухпротезирование значительно повысят эффективность реабилитации и качество жизни детей с нарушениями слуха.

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.

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

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ФИКСАЦИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кость - наиболее плотная (твердая) ткань организма, что обуславливает особенности взятия и подготовку материала для гистологического исследования. Для проведения полноценного исследования необходимо распилить фрагмент кости или всю кость.

Для того чтобы качественно провести распил, кость фиксируют каким-либо доступным удерживающим устройством. В настоящее время в практике врача патологоанатома существуют трудности при вырезке такого костного материала, как головка бедра. Основные проблемы заключаются в необходимости забора материала большой площади и равномерной толщины не более 3-4 мм. Данная необходимость вызвана особенностями фиксации и декальцинации костного материала для дальнейшей гистологической работы, в том числе и для иммуногистохимии.

В общепринятой мировой практике для надежной фиксации головки бедра патологоанатомы используют такие приспособления, как пинцет, деревянная система Дэвидсона, деревянный зажим и тиски Петерса. Данные приспособления имеют как свои плюсы, так и ряд отрицательных сторон.

Пинцет прост в санитарной обработке после использования благодаря специальному покрытию, которое предотвращает окисление металла. Данный вид фиксации предметов высокой

Клинические аспекты терапии и педиатрии

твердости и неправильной формы является крайне ненадежным, что ведет к высокому риску травматизма врача во время работы и к плохому качеству костного образца, непригодного для дальнейшего исследования.

Деревянная система Дэвидсона представляет собой деревянное основание, в котором выполнены отверстия и канавки для укладывания и удержания в них костей. Напротив отверстий с одной стороны расположены колышки, которые используются в качестве направляющих для пилы. Данная система позволяет с большей надежностью провести фиксацию кости, но усложняет санитарную обработку после использования (древесина набухает от влаги, задерживает в пропилах и порах микроорганизмы и фрагменты костной ткани).

Деревянный зажим состоит из двух щечек, между которыми помещается и зажимается кость для распиливания. Данное приспособление подходит для зажима фрагментов ткани с участками площади опоры не менее площади щечек. Фиксация материала происходит путем стягивания щечек двумя винтами. Деревянный зажим прост в работе и имеет небольшие размеры, что упрощает условия его хранения. К отрицательным сторонам данного зажима можно отнести материал его изготовления и ненадежность фиксации с вытекающими последствиями, о которых уже говорилось выше.

Одним из наиболее оптимальных способов фиксации головки бедренной кости во время вырезки являются тиски Петерса. Они массивные, надежно прикрепляются к рабочему столу, имеют неподвижную и подвижную губки, между которыми помещают кость, которая зажимается путем опускания подвижной губки с помощью винта. Данные тиски обеспечивают достаточно надежную фиксацию, позволяющую значительно снизить риск травматичности врача во время выпиливания образца. Покрытие изделия специальным материалом предотвращает окисление металла и продляет срок его службы. К явным минусам данного приспособления можно отнести деформацию костно-хрящевых структур во время фиксации костной ткани, возникающую от действия сил сжатия, а также большие размеры тисков, создающие трудности в их санитарной обработке и хранении.

В настоящее время возникает необходимость поиска оптимального решения вопроса надежной фиксации головки бедренной кости при вырезке. Наше изобретение (Приоритетная справка от 22.04.2015 г., заявка N 2015115221) лишено всех вышеперечисленных минусов и является наиболее удачным вариантом устройства для выпиливания костной ткани головки бедра. Изготовлено устройство из сплава железа, с дальнейшим гальваническим хромированием. Покрытие тонким слоем хрома предотвращает коррозию железа. Учитывая небольшие размеры данного устройства (10x10x10 см), не возникает необходимости для организации специального места его хранения и/или использования. Однородность и равномерность покрытия изделия дает возможность качественной санитарной обработки (мытьё в воде, моющими средствами и специальными дезинфицирующими растворами, в том числе и на основе хлора).

Наличие специальных резьбовых отверстий для фиксации головки бедренной кости (5 уровней фиксации) дает возможность работать с материалом различного размера. Зажимные винты создают надежную фиксацию головки в устройстве, что позволяет выпилить фрагмент костной ткани равномерной толщины, необходимой для дальнейшего гистологического исследования. Силы сжатия зажимных винтов направлены соответствующим образом, что исключает деформацию костной ткани. Пазы для пропила сводят к минимуму возможность травматизации врача. Отсутствие деревянных деталей в устройстве сводит к минимуму наличие артефактов в гистологическом препарате.

Выводы.

Наше изобретение позволяет получить новый технический результат: высококачественные образцы костной ткани, оптимальные для дальнейшего гистологического исследования, за счет сохранности гистологических структур кости, качественную санитарную обработку, сокращение сроков забора материала, снижение трудоемкости процесса выпиливания материала, исключается возможность травматизации врача.

ПОКАЗАТЕЛИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Охрана здоровья студенческой молодежи как интеллектуального потенциала нации является не столько медицинской, сколько в большей степени социальной проблемой.

Важнейшим компонентом здорового образа жизни является питание. Недостаток или избыток питания - это факторы риска, которые способствуют нарушению жизнедеятельности организма. Длительные нарушения питания сопровождаются изменением трофологического статуса, развитием болезней алиментарного происхождения, снижением защитных функций организма, работоспособности и, в конечном счете, продолжительности жизни.

Для оценки питания человека используется понятие «трофологический статус». Существующие методы оценки трофологического статуса можно разделить на четыре группы: соматометрические (антропометрические), лабораторные, клинические, функциональные (оценка мышечной силы, велоэргометрическая проба).

Соматометрические методы являются наиболее доступными и распространенными. К ним относятся определение роста, массы тела, индекса массы тела, измерение окружности живота, плеча, толщины кожно-жировой складки (калиперметрический метод) и биоэлектрического сопротивления.

В качестве высокоинформативного и доступного параметра трофологического статуса может использоваться индекс массы тела (индекс Кетле).

Цель исследования. Изучение трофологического статуса студентов - выпускников ЧГМА.

Материалы и методы исследования. Обследовано 72 студента 6 курса Читинской государственной медицинской академии в возрасте от 22 до 30 лет (средний возраст $23 \pm 1,5$ лет): 28 в браке (23 девушки (82%), 5 юношей (18%)) и 44 вне брака (37 девушек (84%), 7 юношей (16%)).

Студентам проводилась антропометрия, рассчитан индекс массы тела. Показатели ИМТ в норме составляют 19-25. ИМТ ниже 19 свидетельствует о недостаточности питания, ИМТ выше 25 свидетельствует об избыточном питании.

Статистическая обработка выполнена с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel XP. Анализ данных проводился с помощью описательной статистики (средние величины со стандартным отклонением), определения экстенсивных показателей.

Результаты и их обсуждение. Средние значения ИМТ студентов, состоящих в браке и не состоящих в браке, практически одинаковы и составляют $21,8 \pm 1,4$ и $21,3 \pm 2,8$ соответственно.

При распределении по уровню ИМТ выявлено, что все «семейные» студенты имеют нормальный индекс массы тела. У $3/4$ незамужних и холостых студентов показатели ИМТ в пределах нормы, у 11,4% человек выявлен высокий ИМТ, что свидетельствует об избыточной массе тела; у 13,6% - низкий ИМТ, что говорит об дефиците массы тела.

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют, что у большинства студентов - выпускников ЧГМА показатели индекса массы тела соответствуют норме, что говорит о сохранном трофологическом статусе. У $1/4$ респондентов, не состоящих в браке, выявлены нарушения трофологического статуса, проявляющееся как недостаточностью, так и избыточностью питания.

Определение индекса массы тела может применяться как скрининговый метод выявления нарушений питания.

**Емельянова О.Н., Черняева Л.Г., Пискунова О.Г., Лебедь Э.В.
Перфильева О.А., Бурякова Т.В.**

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г.Читы»
г.Чита, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ 2 ДКМЦ Г.ЧИТЫ

Одной из форм организации медико-социальной помощи подросткам является создание клиник, дружественных к молодежи.

В ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г.Читы» на базе поликлинического подразделения № 2 работает отделение медико-психологической помощи подросткам - клиника, дружественная к молодежи «ТИН» - «Твое индивидуальное направление».

Цель работы КДМ: оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленный на сохранение здоровья.

Принципы работы: добровольность, доступность, доброжелательность, доверие.

Целевая группа: подростки от 12 до 18 лет, проживающие Железнодорожном районе г.Читы.

Направление работы: сохранение репродуктивного здоровья, пропаганда здорового образа жизни.

КДМ является функциональным отделением поликлинического подразделения № 2. Отделение состоит из двух кабинетов и холла. Холл оснащен стойкой регистратора, на стенах имеется наглядная информация. Имеется отдельный вход с ул. Н. Крупской.

Специалисты КДМ: гинеколог, уролог - андролог, дерматовенеролог, психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра, регистратор. В КДМ проводятся консультативные приемы специалистов, профилактические осмотры подростков, работает информационный телефон.

В клинике организован и работает волонтерский отряд «ТИН», состоящий из старших школьников и студентов ЧГМА.

Подготовка волонтеров ведется по программе «PRO здоровый выбор». Данная программа разработана Региональной Общественной Организацией «Взгляд в будущее» - официальным партнером Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) одобрена Министерством здравоохранения РФ. Целью программы является пропаганда здорового образа жизни и профилактика поведения высокой степени риска среди подростков и молодежи 14-18 лет.

С 2011 года КДМ «ТИН» начала активно работать в школах Железнодорожного района, обучая подростков по программе «PRO здоровый выбор», проводить родительские собрания и консультации для родителей по проблемам подросткового возраста.

Выпущено три группы волонтеров (студенты ЧГМА) с сертификатами, которые успешно проводят профилактическую работу среди студентов и учащихся школ и также являются организаторами массовых акций, посвященных здоровому образу жизни.

За прошедший период клиникой, дружественной к молодежи, проведен большой объем медико-социальной работы с подростками, накоплен бесценный опыт проведения тренингов и занятий с родителями и детьми, организовано волонтерское движение.

За время работы КДМ увеличилось число подростков, которые обращаются за помощью к специалистам клиники по разным вопросам, снижается процент подростков с рискованным поведением и вредными привычками.

В дальнейшем планируется проведение акций в стенах поликлинического подразделения, выход волонтеров в школы, средние учебные заведения для профилактической работы по проблемам наркомании, алкоголизма и курения, здорового питания, консультации специалистов.

Жидкова И.И., Хуторная М.В., Понасенко А.В., Барбараш О.Л.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» г. Кемерово,
Россия

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ TOLL-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Атеросклероз является мультифакториальным прогрессирующим заболеванием, сопровождающимся различными сердечно-сосудистыми осложнениями (ССО), включая инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Общим звеном в патогенезе атеросклероза и связанных с ним ССО, является хроническое воспаление с участием механизмов врожденной иммунной защиты. Toll-подобные рецепторы (TLR) являются важными эффекторами врожденной иммунной системы, и вариабельность кодирующих их генов может играть роль в реализации ССО при атеросклерозе.

Цель исследования. Изучить распространенность полиморфных вариантов генов TLR у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с наличием в анамнезе перенесенных ИМ и ОНМК.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 292 пациента с диагнозом ИБС, обследованных на базе НИИ КПССЗ, г. Кемерово. Среди обследованных пациентов выделены группы по наличию или отсутствию в анамнезе ИМ или ОНМК. Первое деление на группы произвели в зависимости от наличия/отсутствия у пациента в анамнезе ИМ.

По данному показателю в первую группу вошли 68 пациентов (47 (69,12%) мужчин и 21 (30,88%) женщина), не имевшие в анамнезе ИМ. Во вторую группу с ИМ включены 224 человека (192 (85,71%) мужчины и 32 (14,29%) женщины). Затем всех пациентов разделили на две группы по критерию принесенного ОНМК. В третью группу был включен 261 пациент (215 (82,38%) мужчин и 46 (17,62%) женщин), не имевшие на момент обследования ОНМК. Пациенты с перенесенным ОНМК вошли в четвертую группу: 31 человек (25 (80,65%) мужчин и 6 (19,35%) женщин).

Материалом в исследовании послужили образцы геномной ДНК, выделенные из цельной венозной крови. Генотипирование проводили по технологии TaqMan в формате RT-PCR, по протоколу производителя. Исследовали 8 полиморфных локусов 4 генов: TLR1 (rs5743551, rs5743611), TLR2 (rs3804099, rs5743708), TLR4 (rs4986790, rs4986791), TLR6 (rs3775073, rs5743810). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «SNPStats». Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Анализ генных ассоциаций показал статистически значимую ассоциацию гетерозиготного (Т/С) генотипа полиморфизма rs3775073 TLR6 с повышенной вероятностью развития ИМ в возрасте моложе 55 лет (ОШ=3,17, 95% ДИ=1,08-9,27, $p=0,047$) у пациентов с ИБС независимо от гендерных различий. Гомозиготный (С/С) генотип TLR2 полиморфизма rs3804099 был статистически значимо ассоциирован со снижением риска развития ИМ у мужчин с ИБС (ОШ=0,27, 95% ДИ=0,11-0,67, $p=0,011$), независимо от возраста. Аллель С полиморфизма rs5743551 TLR1 статистически значимо ассоциирован с повышенным риском более раннего начала ИБС у лиц моложе 55 лет (ОШ=1,71, 95% ДИ=1,01-2,90, $p=0,046$). Гетерозиготный (А/Г) генотип полиморфизма rs5743810 TLR6 статистически значимо ассоциирован со сниженным риском более раннего дебюта ИБС у лиц моложе 55 лет (ОШ=0,53, 95% ДИ=0,29-0,97, $p=0,039$).

С повышенным риском развития ОНМК выявлена статистически значимая ассоциация гетерозиготного генотипа (С/Т) полиморфизма rs5743551 TLR1 (ОШ=2,33, 95% ДИ=1,09-4,97, $p=0,031$) у пациентов с ИБС. Так же найдена ассоциация гетерозиготного (С/Т) генотипа полиморфизма rs5743551 TLR1 с увеличением риска развития ОНМК у пациентов с ИБС в возрасте старше 55 лет (ОШ=2,55, 95% ДИ=1,03-6,30, $p=0,043$) независимо от гендерной принадлежности.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Выводы.

Выявлена взаимосвязь между вариабельностью сайтов генов Toll-подобных рецепторов у пациентов с ИБС и развитием осложнений атеросклероза в виде острых сосудистых событий - острого нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда.

Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАРАЗИТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

Паразитарные болезни человека имеют важную медицинскую, социальную и экономическую значимость. Актуальность проблемы паразитозов общепризнана и обусловлена широким распространением инвазий среди населения. Отсюда повышение эффективности диагностики является одной из актуальных задач современной лабораторной медицины.

Особенностью большинства гельминтозов является хроническое течение заболевания, оно сопровождается разнообразными не специфическими клиническими проявлениями: слабостью, утомляемостью, нарушением сна, диспепсическими явлениями, снижением иммунитета. Сенсibilизация организма продуктами обмена и выделения гельминтов приводит к развитию аллергических реакций.

Основными показаниями к обследованию на гельминтозы являются: диспепсические расстройства, болезни желудочно-кишечного тракта, аллергические состояния, повышенный уровень эозинофилов в крови.

Диагностика паразитозов проводится по нормативной документации с использованием МУК 4.2. 735-99 «Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов». Макроскопический метод исследования направлен на поиск взрослых особей гельминтов или их фрагментов.

Микроскопический анализ: включает метод толстого мазка по Като, уксусно-эфирный метод. Для выявления яиц остриц используется перианальный отпечаток на клейкую ленту. Диагностика протозоозов проводится методом микроскопии препарата суспензии каловых масс в растворе Люголя.

Метод толстого мазка по Като представляет собой тонкий слой фекалий на предметном стекле под гигроскопическим целлофаном, пропитанным смесью глицерина и фенола и раствора малахитового зеленого.

Эффективность этого метода: позволяет просмотреть в 20-30 раз больше фекалий, чем в нативном препарате по копрограмме; выявляет яйца кишечных и печеночных гельминтов высокой и средней интенсивности инвазии. Менее эффективен для выявления низкой интенсивности.

Уксусно-эфирный метод (седиментация) проводится с помощью готовых пробирок Paraser, наполненных реактивами. Этот метод эффективно выявляет инвазии с низкой, средней, высокой интенсивностью, позволяет использовать фекалий после консервации.

Препарат суспензии каловых масс в растворе Люголя используется для дифференцирования цист простейших. Желательно фекалии исследовать теплыми, т.е. не позднее 15-20 мин. после дефекации, когда возможно обнаружение подвижных вегетативных форм (трофозоитов) простейших.

При проведении лабораторных исследований необходимо учитывать эпидемиологический анамнез, особенности биологического цикла развития паразитов и течение заболевания обследуемого, соблюдать кратность исследования.

Оценивая проведенные исследования мы определили, что за последние 2 года выявляемость яиц гельминтов у детей в возрасте до 14 лет составила 0,4%, у взрослых - 1,4%; цист простейших у детей - 2,4%, у взрослых - 2,1%. Среди гельминтозов преобладающим у детей является энтеробиоз (67%), у взрослых описторхоз (84%). Среди простейших у детей 93% и у взрослых 96% случаев составили инвазии кишечной амёбой и бластоцистами.

Таким образом, используемые нами методы лабораторной диагностики гельминтозов имеют высокую диагностическую значимость и позволяют эффективно выявлять широко распространенные паразитарные инвазии.

Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А., Каган Е.С.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»
г. Кемерово, Россия

ПРИНЦИПЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ

Не менее четверти населения России имеют высокий риск возникновения переломов, связанных с остеопорозом. При этом женщины преобладают в гендерной структуре данной патологии. В большинстве регионов страны, в связи с отсутствием всеобщей доступности диагностики, точные показатели распространенности остеопороза неизвестны. Как правило, вопрос о наличии остеопоротических изменений встает только после произошедшего перелома. В связи с этим проблема прогнозирования остеопороза и связанных с ним переломов представляет безусловную актуальность.

Целью исследования явилась разработка прогностической модели остеопороза и сопутствующих осложнений у женщин.

С целью разработки прогностической модели был использован метод бинарной логистической регрессии. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ IBM SPSS Statistics 21.

Построение модели осуществлялось с помощью регрессивного уравнения: $y = a + b_1 \times X_1 + b_2 \times X_2 + \dots + b_i \times X_i$, где y - зависимая переменная; a - константа; b_i - коэффициенты регрессии; X_i - переменные. Прогностическая вероятность рассчитывалась по формуле: $P = 1 / (1 + e^{-y})$, где P - прогностическая вероятность, e - основание натурального логарифма, значение которого равно 2,718.

Уровень значимости предикторов определялся с использованием статистики Вальда, а также ROC-анализа, путем оценки величины площади под кривой (AUC, area under curve). При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимался равным 0,05 ($p = 0,05$).

Одна из созданных нами прогностических моделей определяла риск возникновения остеопоротических переломов позвонков. Разработанная модель имела площадь под ROC-кривой, равную 0,894 (0,855; 0,932), что свидетельствовало о высокой прогностической способности.

При использовании ROC-анализа устанавливался порог отсечения (порог классификации), который в данном случае равен 0,371. При этом чувствительность модели составила 77,8% ($Se = 0,778$), специфичность - 86,7% ($Sp = 0,867$).

Были разработаны диапазоны качественной оценки риска наступления переломов. Значения прогностического риска переломов располагались в диапазоне от 0 до 1. Если прогностическая вероятность была выше 0,5, то женщина относилась к группе высокого риска возникновения остеопоротического перелома.

На основе данной модели была создана прикладная программа для ЭВМ, позволяющая практическому врачу проводить прогнозирование риска остеопоротических переломов у женщин.

Таким образом, разработка прогностических моделей на основании статистических методов позволит осуществлять оценку риска события (заболевания) и проводить своевременную профилактику.

Захаров И.С., Вавин Г.В., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Постменопаузальный период характеризуется снижением уровня эстрогенов, что сопровождается различными метаболическими изменениями в организме женщины. В это время отмечается усиление резорбтивных процессов в костной ткани, что неизбежно приводит к развитию остеопоротических изменений.

Постменопаузальный остеопороз является многофакторным заболеванием, в патогенезе которого задействовано большое количество экзо- и эндогенных агентов. Существуют работы, показывающие важную роль маркеров окислительного (оксидативного) стресса в активации остеокластов.

Одним из важных антиокислительных ферментов является каталаза, содержащаяся практически во всех тканях организма. Каталаза способствует переходу гидроперекиси в воду. Уровень активности этого фермента снижается с увеличением возраста и зависит от концентрации прооксидантов. Уменьшение активности каталазы свидетельствует об истощении антиокислительной защиты организма, что может являться прогностическим маркером различных патологических процессов.

Цель исследования. Определить значение оценки уровня каталазы в прогнозировании активности резорбтивных процессов костной ткани, ассоциированных с постменопаузальным остеопорозом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 195 женщин постменопаузального периода, которым с целью изучения минеральной плотности кости проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Также обследованным определялся уровень дезоксипиридинолина мочи (DPD) - биохимического показателя резорбции кости и каталазы эритроцитов.

Определение дезоксипиридинолина выполнялось на анализаторе IMMULITE 2000 методом иммуноферментного анализа с помощью набора Pyrilinks-D. Активность каталазы эритроцитов определяли методом спектрофотометрии. Расчет проводили по формуле: активность каталазы (в %) = $((E_k - E_o) / E_k) \times 100$, где E_o и E_k - экстинции соответственно опытной и контрольной проб.

Определение статистической значимости различий между количественными признаками двух групп проводилось с использованием U-критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Показатели каталазы эритроцитов у обследованных в зависимости от уровня минеральной плотности кости имели следующие значения: при нормальной МПК - $67,9 \pm 7,5\%$; при остеопении - $64,5 \pm 3,8\%$; при остеопорозе - $55,65 \pm 5,9\%$ ($p=0,001$).

Снижение активности каталазы у женщин при остеопении и остеопорозе свидетельствует о наличии оксидативного стресса, который приводит к усилению резорбции костной ткани. Об усилении резорбтивных процессов говорят показатели DPD мочи. При нормальных значениях МПК уровень дезоксипиридинолина мочи составляет $6,8 \pm 2,55$, при остеопении - $7,5 \pm 2,0$, при остеопорозе - $12,2 \pm 4,9$ нмоль DPD/ммоль креатинина ($p=0,001$).

Выводы.

На основании полученных данных можно говорить об использовании определения активности каталазы в качестве маркера в комплексном прогнозировании постменопаузального остеопороза.

Игишева Л.Н., Куренкова О.В., Максимов С.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
г.Кемерово, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НОВОРОЖДЕННЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ ВПС

Снижение госпитальной летальности новорожденных с критическими врожденными пороками сердца (ВПС) является актуальным в педиатрии и неонатологии.

Цель исследования. Изучение клинко-инструментальных данных у новорожденных с критическими ВПС для прогнозирования высокого риска летального исхода в неонатальных отделениях.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ клинко-инструментальных параметров 98 новорожденных с критическими ВПС за 2011-2012 годы, находившихся на лечении в неонатальных отделениях ГБУЗ ДГКБ N 5, ГБУЗ ОКПЦ им. Л.А. Решетовой, г.Кемерово.

Результаты и их обсуждение. Были определены 45 параметров из множества клинко-инструментальных данных для математического анализа с помощью метода - дерева классификации. Выявлено, что пациенты с дуктус-независимым кровообращением с перегрузкой левых отделов сердца в большинстве случаев поддаются медикаментозной коррекции в периоде новорожденности.

В случаях ВПС с гемодинамической перегрузкой правых отделов сердца высок риск развития летального исхода без своевременной кардиохирургической коррекции. Определено, что в 92,9% случаев факторами риска наступления летального исхода в неонатальном периоде являются гемодинамические параметры: снижение ударного объема (ниже 5,3 мл), частоты сердечных сокращений (ниже 119 ударов в минуту), выход значения массы миокарда левого желудочка за пределы от 7,1 грамм до 13,7 грамм и снижение сатурации ниже 79%.

Выводы.

Предикторами летального исхода у новорожденного с критическим ВПС являются нарушения гемодинамики и степень гипоксемического синдрома, независимо от варианта и комбинации анатомического дефекта.

**Иноземцева А.А., Кашталап В.В., Гордеева Л.А., Усольцева Е.Н.,
Барбараш О.А.**

ФГБНУ НИИ КПССЗ
Институт экологии человека
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ ГЕНА APOA5 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему занимает лидирующие позиции. Наиболее грозным проявлением ишемической болезни сердца (ИБС) является инфаркт миокарда (ИМ). Существующие традиционные критерии оценки тяжести ИМ не всегда позволяют адекватно оценить состояние пациента и его дальнейший прогноз.

В связи с чем актуален поиск новых маркеров. Помимо хорошо изученных биомаркеров в настоящее время для оценки тяжести течения инфаркта миокарда применяют неизменяющиеся в динамике генетические маркеры - однонуклеотидные полиморфизмы различных генов, отвечающие за те или иные метаболические нарушения и патологические состояния.

Цель исследования. Изучить клиническую значимость генетического полиморфизма rs662799 APOA5 у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 358 пациентов, поступивших в Кемеровский кардиологический диспансер с диагнозом инфаркта миокарда

Клинические аспекты терапии и педиатрии

с подъемом сегмента ST. Из них 242 (67,2%) мужчин и 116 (32,8%) женщин. Средний возраст составил $61,8 \pm 11,1$ года. У всех больных на 2-14 сутки была забрана кровь с последующим генотипированием.

Выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови проводили с помощью метода фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждением этанолом. Амплификацию SNP-полиморфизма гена APOA5 T-1131C (rs662799) проводили с помощью системы детекции полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Оценивались клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные показатели, а также наличие «конечных» точек (смерть, повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, нестабильная стенокардия), принимаемая терапия через 1 и 3 года. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft), а также с использованием генетических калькуляторов (ГЕНЭКСПЕРТ).

Результаты исследования. Нами найдено, что носительство аллели T повышает риск наличия перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе более, чем в 1,5 раза (OR=1,75, 95% CI=1,05-2,92, $p=0,03$). У пациентов с генотипом TT значительно выше риск развития ОНМК (OR=3,00, 95% CI=1,02-8,86, $p=0,04$), а также сахарного диабета (OR=2,29, 95% CI=1,03-5,11, $p=0,04$).

Развитие системного атеросклероза, подтвержденного данными УЗИ (утолщение КИМ), чаще наблюдалось у носителей генотипа TT (OR=1,60, 95% CI=1,01-2,53, $p=0,04$).

Достоверных различий в частотах вариантов гена APOA5 и концентрацией общего холестерина крови выявлено не было, но при анализе развернутой липидограммы был выявлен ряд значимых корреляций.

У лиц с генотипом CC уровень триглицеридов крови был достоверно выше и составил 2,48 ммоль/л (1,83;3,44) против 2,02 ммоль/л (1,48;2,57), $p=0,008$, а уровень ЛПВП и белка ApoA5, наоборот, ниже, чем у лиц с генотипом CC 0,975 ммоль/л (0,75;1,16) против 1,135 ммоль/л (1,00;1,29) $p=0,0005$ и 1,18 г/л (0,97;1,43) против 1,43 г/л (1,29;1,75) $p=0,02$ соответственно.

Выводы.

Выявлено, что генетический полиморфизм APOA5 может быть использован для уточнения клинической тяжести у пациентов с инфарктом миокарда.

Исаков А.К., Синькова М.Н., Тарасов Н.И., Шилов В.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть
Министерства внутренних дел Российской Федерации по Кемеровской области»
г.Кемерово, Россия

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА И МЕЛЬДОНИЯ ДИГИДРАТА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Актуальность. Перспективным направлением современной кардиологии является поиск и применение лекарственных препаратов, позволяющих сохранить жизнеспособный миокард в зоне инфаркта миокарда (ИМ). В настоящее время отсутствуют убедительные данные о том, насколько эффективно и безопасно сочетанное применение цитопротектора мельдония дигидрата (МД) и инотропного негликозидного стимулятора левосимендана (ЛС) в острой стадии ИМ, осложненного сердечной недостаточностью (СН).

Цель исследования. Оценить влияние МД и ЛС на внутрисердечную гемодинамику у больных, перенесших ИМ, осложненный острой СН II-III класса (Killip), подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) в течение 12 месяцев наблюдения.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 больных (28 женщин,

42 мужчины) в возрасте от 43-х до 75-и лет с инфарктом миокарда (ИМ), с подъемом ST, с наличием СН Killip II-III, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания и подвергнутых ЧКВ.

Группа А (36 пациентов) получала стандартное лечение в соответствии с национальными рекомендациями и составила группу сравнения.

Группе В (36 пациента) дополнительно вводили ЛС и МД по стандартной схеме. Всем больным проводили эхокардиографию исходно, на 10-й день лечения, через 6 и 12 месяцев после рандомизации.

Результаты исследования внутрисердечной гемодинамики на 10-е сутки выявили статистически значимое повышение ФВ левого желудочка у пациентов группы Б (35,55% (33-38) в группе А против 38,34% (36-41,5) в группе Б, $p=0,03$). При анализе показателей внутрисердечной гемодинамики через 6 месяцев определено следующее: сохраняется улучшение сократимости миокарда ЛЖ (36,23% (35-39) против 39,32% (36-42), $p=0,001$) и показателя КСО (143,68 мл (131-152) против 127,2 мл (108-147), $p=0,0032$) в группе Б. Схожая картина получена и при анализе показателей спустя год наблюдения (ФВ - 37,2% (36-39) в группе А против 40,96%; (38-44) в группе Б, $p<0,001$)

Выводы.

Назначение комбинированного лечения кардионатом и левосименданом больным ИМ, осложненным СН, приводит к увеличению фракции выброса ЛЖ уже на 10-е сутки лечения, и эта тенденция сохраняется в течение последующего года наблюдения.

Принимая во внимание то, что фракция выброса является показателем глобальной сократимости миокарда ЛЖ и ее величина находится в прямой зависимости от предполагаемой продолжительности жизни пациента, можно сделать вывод о благоприятном влиянии комбинированной терапии на течение постинфарктного периода.

Исаков А.К., Синькова М.Н., Тарасов Н.И., Шилов В.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть
Министерства внутренних дел Российской Федерации по Кемеровской области»
г. Кемерово, Россия

МИОКАРДИАЛЬНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности дополнительного назначения метаболического препарата мельдония дигидрата (МД) к стандартной терапии, включающей в том числе, и проведение чрезкожного вмешательства на симптом-зависимой артерии (ЧКВ СЗА), острого инфаркта миокарда (ИМ), осложненного сердечной недостаточностью (СН) II-III класса по классификации Killip.

Материалы и методы исследования. Включено 65 больных с признаками ИМ и острой СН в среднем на 3-и сутки от госпитализации. Пациенты рандомизированы в две группы, при этом в обеих группах проводили стандартную современную комбинированную консервативную терапию, а также ЧКВ СЗА. Первая группа ($n=29$), кроме стандартной терапии, получала мельдония дигидрат по стандартной схеме. Пациенты второй группы ($n=36$) препарат не получали и составили группу сравнения.

Результаты исследования. Обе группы пациентов были сравнимы по клинико-анамнестическим, демографическим показателям. Не было и достоверных различий в консервативной терапии в обеих группах. Анализируя полученные данные в результате госпитального периода наблюдения за больными, мы отметили следующее:

1. Желудочковая и предсердная экстрасистолия выше III класса градации по Лауну в группе стандартной терапии регистрировалось достоверно чаще, чем в группе с применением МД (27,59%, $P=0,04$ и 37,93%, $P=0,001$)

2. Отмечено недостоверное снижение частоты рецидивирования ИМ (16,6% в группе стандартной терапии и 13,79% в группе с применением МД $P=0,5$). Также отмечена тенденция

Клинические аспекты терапии и педиатрии

к снижению частоты возникновения приступов ранней постинфарктной стенокардии, составляя в группе сравнения 41,7% и 34,5% в группе с дополнительной терапией цитопротектором.

3. Госпитальная летальность достоверно не отличалась в группах сравнения, составив в группе стандартной терапии 13,89%, в группе с применением МД 13,79%, $P=0,64$.

Обсуждение. Известно, что одним из механизмов действия кардионата является снижение накопления в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот - производных ацилкарнитина и ацилкоэнзима А. Последние же, выступая в роли свободных радикалов, могут повреждать митохондриальную, а затем и клеточную мембрану, вызывая электрическую нестабильность кардиомиоцита и приводя к аритмическим осложнениям.

Неблагоприятное действие аритмий, особенно желудочкового генеза, на прогноз течения ИМ, хорошо изучено. Возможно, что антиаритмический эффект МД обусловлен «мембраностабилизирующим» эффектом. Подобный эффект, несомненно, вызывает большой интерес из-за теоретически благоприятного влияния на прогноз выживаемости пациентов.

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) широко распространена в популяции, она характеризуется прогрессирующей течением, полиорганностью поражения, клиническим полиморфизмом, что побуждает разрабатывать методы ранней диагностики, совершенствовать систему прогнозирования развития и течения НДСТ и ассоциированных с ней заболеваний.

Цель исследования. Выявление ранних предикторов аномального формирования соединительной ткани на основании ретроспективного анализа течения антенатального и раннего неонатального периодов у детей с НДСТ.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные амбулаторных карт, дородовых патронажей и выписок из роддомов 110 подростков в возрасте от 10-и до 14-и лет одной из школ г.Ленинска-Кузнецкого (57 мальчиков и 53 девочки). Из них 41 подросток - с выраженной НДСТ (I группа), 40 - с умеренной НДСТ (II группа), 29 - с минимальными внешними проявлениями НДСТ (контрольная группа). Наличие и степень выраженности НДСТ устанавливали по шкале балльной оценки значимости фенотипических критериев (Кадурина Т.И., 2009 г.) на основании клинико-инструментального обследования.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы «IBM SPSS Statistics 20,0». Межгрупповое сравнение категориальных данных осуществляли с помощью двухстороннего критерия χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. 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, наличию у них вредных привычек, воздействию факторов окружающей среды.

Однако у матерей детей I и II групп в анамнезе чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, гипотензия) (у 36,6% в I группе, у 35,5% - во II группе против 13,8% в контрольной группе) и другие хронические заболевания (пиелонефрит, гастрит, холецистит, гиподисфункция щитовидной железы) (у 39%, 32,5% и 10,3%, соответственно).

Во время беременности у этих матерей чаще наблюдались токсикоз (в 53,7% случаев в I группе, в 65% - во II-ой группе и в 31% - в контрольной группе), гестоз (в 26,8%, 25% и 10,3% случаев, соответственно), анемия (65,9%, 57,5% и 31%), угроза прерывания беременности (51,2%, 32,5% и 27,6%). Хроническая внутриутробная гипоксия плода отмечалась в 53,7% случаев в I группе, 30% - во II-ой группе против 13,8% - в контрольной группе.

Полученные данные свидетельствуют о влиянии течения антенатального периода на формирование соединительной ткани, и о том что профилактика развития НДСТ и диспластикоассоциированной патологии у детей должна начинаться с этапа планирования беременности.

Ким Л.Б., Путяткина А.Н., Кожин П.М.

ФГБНУ НИИ экспериментальной и клинической и медицины
г.Новосибирск, Россия

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ У ЖИТЕЛЕЙ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цель исследования. Определение биологического возраста с использованием ряда антропометрических показателей у горнорабочих, жителей Арктики.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в период полярной ночи в Мурманской области (67° с.ш.) с соблюдением этических стандартов, информированного согласия обследованных лиц на участие в исследовании. Все испытуемые мужчины (86 человек, календарный возраст - $44,4 \pm 1,4$ года, северный стаж - $20,4 \pm 1,4$ года, рабочий стаж - $24,5 \pm 1,5$ года), жители рабочего поселка, занятые в горнорудной промышленности.

Проводили анкетирование, физикальное обследование. В анкету были включены стандартные сведения, отражающие социальные, профессиональные характеристики горняков, а также антропометрические показатели, необходимые для определения биологического возраста по методике А.А. Горелкина и Б.Б. Пинхасова (2010 г.).

По мнению авторов, применение антропометрических показателей (окружность талии, окружность бедра, индекс массы тела), которые изменяются с возрастом и патофизиологически связаны с метаболическими нарушениями, повышают риск развития хронических заболеваний, снижают продолжительность и качество жизни человека, повышают объективность и информативность результатов оценки биологического возраста. Группу сравнения составили 14 мужчин аналогичного возраста (средний возраст $42,86 \pm 3,4$ года), проживающие в г.Новосибирске.

Результаты исследования. Биологический возраст северян был выше на 2,5 года биологического возраста мужчин группы сравнения ($p=0,01$). Кроме того, в группе северян оказалось меньше лиц с нормальным коэффициентом скорости старения (10% против 21% в группе сравнения). Число лиц с замедленным или ускоренным старением среди северян составило 90%, в группе сравнения - 79%. У 49% северян были признаки ускоренного старения. Сравнение биологического возраста в зависимости от календарного возраста показало, что он на 2,1 год выше календарного в группе 30-39 лет и на 1,2 года в группе 40-49 лет. В возрастной группе 50-59 лет и 60-69 лет биологический возраст ниже календарного возраста в среднем на 3 года.

Следует заметить, что определение биологического возраста по методу В.П. Войтенко с использованием физиологических показателей у горняков на Европейском Севере продемонстрировало более высокий процент лиц с преждевременным старением (Ким Л.Б. и др., 2015 г.).

Корреляционный анализ по Спирмену продемонстрировал сильную связь биологического возраста с календарным ($r=0,89$, $p<0,01$), северным стажем ($r=0,82$, $p<0,01$), патологическим индексом ($r=0,83$, $p<0,01$), должным биологическим возрастом ($r=0,87$, $p<0,01$). Одновременно проявилась связь средней силы биологического возраста с избыточной массой тела ($r=0,48$, $p<0,01$), индексом самооценки здоровья ($r=0,49$, $p<0,01$), концентрацией глюкозы ($r=0,50$, $p<0,0003$), холестерина ($r=0,50$, $p<0,005$), ЛПНП ($r=0,46$, $p<0,002$) и апоВ ($r=0,49$,

Клинические аспекты терапии и педиатрии

$p < 0,0004$). Биологический возраст обратно коррелировал с физическим функционированием ($r = -0,54$, $p < 0,0001$), общим состоянием здоровья ($r = -0,53$, $p < 0,0001$).

Выводы.

Определение биологического возраста с использованием антропометрических параметров у горняков на Европейском Севере выявило возрастную категорию лиц с преждевременным старением. Разноречивость данных по частоте ускоренного старения среди северян, полученных с помощью физиологических и антропометрических показателей, свидетельствует о необходимости его определения с помощью современных молекулярных маркеров старения (длина теломера, $p16^{INK4a}$), метаболомического маркера (C-glycosyl tryptophan).

Ким Л.Б., Русских Г.С., Путятин А.Н., Розуменко А.А.

НИИ экспериментальной и клинической и медицины
НИИ биохимии СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ТЕСТОСТЕРОНА, ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА И КОРТИЗОЛА У ГОРНЯКОВ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ

Цель исследования. Изучить возрастную динамику содержания тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата и кортизола у рабочих горнорудной промышленности на Европейском Севере.

Методы исследования. Исследование выполнено в период полярной ночи (ноябрь-декабрь) в Мурманской области (67° с.ш.). Содержание гормонов изучено у 86 мужчин трудоспособного возраста с длительным полярным стажем ($20 \pm 1,4$ года). Первичную обработку крови проводили в ЦКП Научного отдела медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике КНЦ РАН (Апатиты, руководитель - д.б.н. Белишева Н.К.).

Содержание гормонов в плазме крови определяли с помощью наборов «СтероидИФА-ДГЭА-сульфат», «СтероидИФА-тестостерон» и «СтероидИФА-кортизол» (Россия), результаты считывали с помощью микропланшетного ридера Stat Fax-2100 (Awarenes Technology Inc., USA). Группу сравнения составили 14 мужчин аналогичного возраста, жители г. Новосибирска.

Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica v.10. Для сравнения двух групп применяли критерий Манна-Уитни, для нескольких групп - Краскела-Уоллиса, при нормальном распределении - t-критерий Стьюдента или ANOVA соответственно. Множественные сравнения между возрастными группами проводили с использованием поправки Бонферрони. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводили по Спирмену или по Пирсону.

Результаты исследования. Содержание тестостерона и дегидроэпиандростерон сульфата у горняков не отличалось от данных, полученных в группе сравнения, и соответствовало референсным значениям. Содержание кортизола у северян соответствовало верхней границе референсной величины, и оно оказалось существенно выше по сравнению с его концентрацией в группе сравнения ($p = 0,01$), при этом возрастные колебания были незначительными. Максимальное содержание тестостерона ($28,63 \pm 2,79$ нмоль/л) и дегидроэпиандростерон сульфата ($3,46 \pm 0,21$ мкг/мл) отмечалось в группе до 29-и лет, с увеличением возраста эти показатели снижались. В возрастной группе 60-69 лет содержание дегидроэпиандростерон сульфата снижено почти в 3 раза и составило всего 33,5% и тестостерона - в 1,5 раза (65,5%) от их содержания в группе до 29 лет.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие значимых связей между содержанием тестостерона и индексом массы тела ($r = -0,51$), биологическим возрастом ($r = -0,36$), северным стажем ($r = -0,27$), показателем самооценки здоровья ($r = -0,27$) и коэффициентом скорости старения.

Статистически значимые корреляции отмечены между содержанием дегидроэпиандростерон сульфата и возрастом горняков ($r = -0,57$), северным стажем ($r = -0,58$), биологическим возрастом

($r=-0,52$), патологическим индексом ($r=-0,51$), показателем самооценки здоровья ($r=-0,23$). Содержание кортизола коррелировало только с биологическим возрастом ($r=0,27$).

Выводы.

Возрастное снижение андрогенной функции у северян в большей степени обусловлено изменением содержания дегидроэпиандростерон сульфата, чем тестостерона. Оба гормона способны оказывать влияние на процессы старения организма, протекающие на фоне повышенного содержания кортизола.

Ким Л.Б., Белишева Н.К., Путьгина А.Н., Цыпышева О.Б., Кожин П.М.

ФГБНУ НИИ экспериментальной и клинической и медицин
г.Новосибирск

ГБУН Научный отдел медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике КНЦ РАН г.Апатиты
ГБОУЗ «Ловозерская центральная районная больница»
г.Мурманск, Россия

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ

Изучение качества жизни позволит получить информацию о доклинических изменениях в организме человека. Необходимость его оценки у рабочих горнорудной промышленности обусловлена не только профессиональным, физическим, психологическим, социальным функционированием, но и неременным влиянием специфических условий жизни и труда жителей на Севере, которые опосредуют все виды их функционирования в этом регионе. Существующие методики оценки качества жизни выявляют психологические и социальные проблемы, которые очень часто могут быть причиной развития психосоматических заболеваний, индуцированных стрессом.

Цель исследования. Дать характеристику качества жизни рабочих горнорудной промышленности на Европейском Севере по результатам общего опросника SF-36.

Методы исследования. Исследование выполнено в период полярной ночи (ноябрь-декабрь) в Мурманской области (67° с.ш.). В нем приняли участие 86 мужчин, горняков трудоспособного возраста (средний возраст $44,44 \pm 1,4$ года, полярный стаж - $20 \pm 1,4$ года). Подписав информированное согласие, участники исследования заполнили анкеты и ответили на вопросы известного опросника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form). Группу сравнения составили 14 мужчин аналогичного возраста (средний возраст $42,86 \pm 3,4$ года), проживающие в городе Новосибирске.

Результаты исследования. Сравнение показателей качества жизни обследованных горняков с аналогичными показателями, полученными у мужчин группы сравнения, оказалось не в пользу рабочих горнорудной промышленности. У них были ниже показатели по шкале физическое функционирование ($p=0,05$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($p=0,02$), социальное функционирование ($p=0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p=0,001$), психическое здоровье ($p=0,05$). При этом по общим показателям «Физический компонент здоровья» и «Психологический компонент здоровья» различий между группами не было отмечено.

Важно отметить, что показатель общее состояние здоровья коррелировал статистически значимо с календарным ($r=-0,48$) и биологическим возрастом ($r=-0,47$), северным и общим стажем ($r=-0,50$), патологическим индексом ($r=-0,58$) и самооценкой здоровья ($r=-0,54$). Одновременно этот показатель положительно коррелировал с психологическим возрастом ($r=0,47$), психическим здоровьем ($r=0,45$), физическим функционированием ($r=0,61$) и жизненной активностью ($r=0,54$).

Выводы.

Оценка качества жизни как интегрального показателя физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии, выявила снижение ролевого функционирования, обусловленного низким физическим функционированием и эмоциональным состоянием горняков. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки мер, направленных на улучшение психоэмоционального состояния

рабочих, социального климата и оптимизации физического функционирования горняков.

Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С.

ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ГЕПСИДИН-25 ПРИ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Несмотря на то, что результаты исследований отечественных и зарубежных ученых последних лет позволили ответить на многие вопросы патогенеза, этиологии и диагностики анемии хронических заболеваний (АХЗ), при длительной сохранности воспалительного процесса эта анемия представляет трудности в плане дифференциальной диагностики с железодефицитной анемией (ЖДА) (Сухачева Е.А., Киселева А.Ф., 2006 г.).

За последние 5-10 лет существенно изменились представления о регуляции гомеостаза железа в связи с открытием и изучением новых белковых молекул, участвующих в процессах абсорбции железа энтероцитами тонкого кишечника, поступления железа в циркуляцию, его хранения и реутилизации. Имеются публикации, что основным регулятором работы ферропортина и, следовательно, поступления железа в циркуляцию является гепсидин.

Гепсидин-25 - малый пептид. Его предшественник - препропептид (84 аминокислоты) преобразуется в прогормон прогепсидин (60 аминокислот), который протеолитически расщепляется до биоактивного гепсидина. Гепсидин-25 является 25-аминокислотным пептидом, богатым цистеином, с 4 дисульфидными мостиками, синтезируется в печени. Впервые гепсидин был выделен из мочи и описан Park и соавторами в 2001 году как антибактериальный пептид, способный повреждать мембрану бактерий. В дальнейшем этот пептид был выделен также и из плазмы. Имеются данные, что гепсидин является одним из регуляторов гомеостаза железа. При анемии воспаления увеличивается продукция гепсидина, индуцированная действием провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, TNF α , ИЛ-6).

Цель исследования. Оценка содержания гепсидина-25 в сыворотке крови при гипохромных анемиях различного генеза.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 368 женщин в возрасте от 16 до 60 лет. 83 из них были практически здоровыми и составили контрольную группу, у 285 пациенток выявлен анемический синдром, из них 95 женщины страдали железодефицитной анемией, 190 - анемией хронических заболеваний. Среди женщин с АХЗ у 97 женщин диагностирована анемия, развившаяся на фоне аутоиммунных заболеваний соединительной ткани (ревматоидный артрит), у 93 женщин анемия хронических заболеваний при бактериальных инфекциях (хронический тонзиллит, бактериальный эндокардит, хронический пиелонефрит).

Характер анемии устанавливали на основании полученных результатов исследования показателей метаболизма железа с учетом клинических и гематологических данных. Определение уровня гепсидина-25 проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-систем фирмы Peninsula Laboratories, LLC.

Результаты исследования. Анемия у женщин с выявленной железодефицитной анемией имела гипохромный и микроцитарный характер. Нами выявлено снижение сывороточного железа до $8,44 \pm 0,32$ мкмоль/л против $20,4 \pm 1,02$ мкмоль/л у здоровых лиц, повышение уровня ОЖСС и ЛЖСС до $80,96 \pm 1,25$ и $71,41 \pm 1,45$ мкмоль/л против $65,65 \pm 1,83$ мкмоль/л и $44,53 \pm 1,87$ мкмоль/л у здоровых женщин соответственно. ОЖСС и ЛЖСС сыворотки крови были повышены у всех женщин с железодефицитной анемией в отличие от других гипохромных анемий, обусловленных не дефицитом железа, а связанными с нарушением его включения в молекулу гемоглобина и с перераспределением железа с удержанием его в клетках макрофагальной системы.

Содержание ферритина сыворотки у женщин с ЖДА было резко сниженным и составило в среднем $4,91 \pm 0,66$ нг/мл. Поскольку истощение запасов железа является этапом формирования ЖДА, то снижение уровня ферритина является одним из значимых признаков железодефицитного

характера гипохромных анемий. В то же время наличие сопутствующего активного воспалительного процесса инфекционного или неинфекционного характера у больных с ЖДА может маскировать гипоферритинемию.

При исследовании концентрации растворимых трансферриновых рецепторов при ЖДА отмечается повышенный их уровень до $3,39 \pm 0,08$ мкг/мл против $1,14 \pm 0,12$ мкг/л у здоровых лиц, что отражает компенсаторное увеличение экспрессии трансферриновых рецепторов на клеточных мембранах эритроидных клеток при уменьшении внутриклеточного железа.

У женщин с АХЗ при инфекционно-воспалительных процессах анемия носила гипохромный, реже нормохромный характер и характеризовалась следующими показателями гемограммы: число эритроцитов $3,29 \pm 0,28 \times 10^{12}$ /л, уровень гемоглобина $91,00 \pm 7,55$ г/л, средний объем эритроцитов $76,00 \pm 3,88$ фл, МСН $26,80 \pm 1,97$ пг, МСНС $34,10 \pm 0,89$ г/дл, RDW $16,53 \pm 0,92\%$.

При исследовании биохимических маркеров метаболизма железа сывороточное железо, ОЖСС, КНТ были сниженными, в то время как концентрация ферритина сыворотки была повышенной и варьировала у больных от $130,21$ нг/мл до $182,12$ нг/мл, со средним уровнем ферритина $155,81 \pm 24,56$ нг/мл. Содержание растворимых трансферриновых рецепторов при этом существенно не отличалось от такового у здоровых женщин и было значимо ниже уровня растворимых трансферриновых рецепторов при ЖДА.

Анемия у больных с ревматоидным артритом носила характер АХЗ и была гипохромной и микроцитарной. Показатели феррокинетики - сывороточное железо, ОЖСС и КНТ - были значимо снижены на фоне высокого содержания ферритина сыворотки. Ферритин сыворотки в среднем по группе составил $210,64 \pm 30,1$ нг/мл, что свидетельствует при наличии гипохромной анемии о снижении содержания доступного для эритропоэза сывороточного железа при значимом увеличении депонированного железа. Содержание растворимых трансферриновых рецепторов было в пределах нормы и существенно ниже такового по сравнению с ЖДА.

При исследовании гепсидина-25 у больных с ЖДА выявлено значительное снижение уровня гепсидина. Содержание гепсидина-25 в сыворотке крови больных ЖДА в среднем составило $0,46 \pm 0,03$ нг/мл против такового $8,7 \pm 0,31$ нг/мл у здоровых лиц, в то время как у больных с АХЗ уровень гепсидина-25 был значимо высоким по сравнению с его уровнем у здоровых лиц и у пациентов с ЖДА ($p=0,000$), в среднем составил $45,05 \pm 0,38$ и $39,33 \pm 0,39$ нг/мл при АХЗ на фоне РА и АХЗ при инфекционно-воспалительных процессах соответственно, причем повышение уровня гепсидина-25 у пациентов с АХЗ не зависело от этиологии и локализации воспалительного процесса.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о высокой диагностической эффективности определения уровня гепсидина-25 в сыворотке крови для дифференциальной диагностики ЖДА и АХЗ. При увеличении гепсидина-25 свыше 13 нг/мл можно думать об анемии хронических заболеваний, а при значениях менее $4,5$ нг/мл - о железодефицитной анемии.

Повышение уровня гепсидина способствует формированию функционального дефицита железа при анемиях хронических заболеваний, в результате чего увеличивается секвестрация железа и происходит блокирование железа в макрофагах, о чем свидетельствуют высокие цифры ферритина сыворотки. Снижение мобилизации железа из клеток макрофагальной системы приводит к низкому уровню транспортного железа, железодефицитному эритропоэзу и развитию анемического синдрома.

Колмыкова Е.В., Казачек Т.М., Дуда Е.Е., Марцияш А.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ФИЗИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Актуальность. На современном этапе развития ангионеврологии медико-социальное значение проблемы церебрального инсульта определяется высокими показателями заболеваемости и инвалидизации среди наиболее трудоспособной и профессионально активной части населения.

Наблюдения за людьми, перенесшими инсульт, нередко дают парадоксальные результаты. Врачи проанализировали: кто лучше восстанавливается больные, рядом с которыми всегда есть заботливые родственники или люди одинокие, которым не на кого рассчитывать. Оказалось, что те, кто остается без поддержки, часто восстанавливаются гораздо быстрее.

Цель исследования. Изучить динамику физических показателей в динамике у больных, перенесших мозговой инсульт, в зависимости от семейного положения.

Материалы и методы исследования. В неврологическом отделении больницы восстановительного лечения им. М.Н. Горбуновой нами обследовано 160 пациентов. Женатые/замужние составили 64,4% обследованных пациентов, проживающие с детьми - 17%, проживающие одни - 18,6%. Пациенты прошли курс реабилитации в раннем восстановительном периоде после перенесенного инсульта, затем осмотрены в динамике через 9 месяцев после выписки из стационара. Группы пациентов были сопоставимы по тяжести и течению заболевания.

Для исследования физических показателей использовались: шкала оценки самообслуживания (Демиденко Т.Д., 1989 г.), шкала оценки двигательного дефицита (Zacharia) объема активных и пассивных движений (НИИ неврологии РАМН), шкала оценки тонуса мышц, шкала оценки мышечной силы (Белова А.Н., 2000 г.; Braddom R., 1996 г.), кистевая динамометрия, тест баланса Берга, индекс мобильности Ривермид.

Результаты и обсуждения. Силовые характеристики, такие как тонус мышц, сила мышц и объем движений во всех группах увеличиваются после курса реабилитации, но через 9 месяцев мы видим ухудшение этих показателей в группах семейных и проживающих с детьми, в то время как в группе одиноких показатели силы мышц и объема движений продолжают увеличиваться.

Самообслуживание к выписке улучшается в группах семейных и проживающих с детьми, в отличие от одиноких, но через 9 месяцев мы наблюдаем резкое увеличение показателей самообслуживания в группе одиноких, в то время как в группе проживающих с детьми оно остается на одном уровне, а в группе семейных даже снижается.

Двигательные возможности пациента по индексу мобильности Ривермид к выписке увеличиваются во всех группах, через 9 месяцев они продолжают увеличиваться в группах одиноких и семейных, а в группе проживающих с детьми эти показатели ухудшаются.

Вестибулярные нарушения (по тесту баланса Берга) уменьшаются во всех группах к выписке, через 9 месяцев: в группе одиноких они остаются на одном и том же уровне, в группе семейных мы наблюдаем небольшое ухудшение, более значительное ухудшение отмечается в группе проживающие с детьми.

Выводы.

Таким образом, пациенты, которые проживают одни, адаптируются после инсульта лучше, чем те, возле которых постоянно есть родственники, которые помогают больному. Одинокие пациенты вынуждены ежедневно выполнять движения (независимо от того, получают они у них или нет), которые являются для них тренировочными.

Следовательно, они адаптируются к своему состоянию и повышают свое качество жизни. Те пациенты, которым помогают близкие, активно двигаются значительно меньше, а следовательно, адаптация у них хуже и они в большей степени остаются зависимы от окружающих.

Колмыкова Ю.А., Прозорова Н.В., Петров Ю.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИЛЕПСИИ У СТУДЕНТОВ

Цель исследования. Оценить распространенность эпилепсии у студентов высших и средних учебных заведений.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка пациентов состоящих на диспансерном учете с диагнозом эпилепсия в межвузовской поликлинике г.Кемерово. Проведена оценка распространенности пациентов по полу; по типу учебного заведения (ВУЗ, техникум), форме эпилепсии, получаемой терапии. Статистическая обработка данных произведена с помощью программы StatSoft 6.0. Различия считались достоверными при $p < 0,050$.

Результаты исследования. Всего на диспансерном учете с диагнозом эпилепсия стоит 154 человека. Ранее у детского невролога/эпилептолога наблюдалось 145 человек (94,1%). Девушек было 75 человека (48,7%), юношей 79 человек (51,3%). Среди всех больных эпилепсией в ВУЗах обучалось 51,2% пациентов, в техникумах 48,8%.

Идиопатическая форма эпилепсии установлена у 82 пациентов (53,2%), симптоматическая форма эпилепсии выявлена у 72 человек (46,8%). Диагноз был подтвержден анамнестическими данными, описанием самих приступов, электроэнцефалографическим исследованием (ЭЭГ), магнитно-резонансным исследованием (МРТ) головного мозга.

Получают антиэпилептические препараты (АЭП) 146 пациентов (94,8%). Препараты вальпроевой кислоты получают 116 человека (79,4%), препараты карбамазепинового ряда - 17 человек (11,6%), другие АЭП - 13 человек (9%). Оставшиеся 5,2% пациентов не получают АЭП в связи с наличием стойкой клинико-энцефалографической ремиссии более 5 лет и проходят лишь диспансерное наблюдение у невролога.

В 42,3% случаев у пациентов с эпилепсией выявлены когнитивные нарушения в виде жалоб на снижение памяти, внимания, трудность в усвоении материала, тревога.

Выводы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что большинство пациентов 94,1% переходят во взрослую сеть из детской сети. Среди студентов преобладает идиопатическая форма эпилепсии. Все пациенты, обучающиеся в ВУЗах и техникумах, имеют высокую комплаентность к лечению.

Колотов Е.Б., Кузьмич М.П., Елагин С.В., Колотова Е.В., Бимурзин А.А.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ДУГООТРОСТЧАТЫХ СУСТАВОВ

Хроническая боль в спине до сих пор остается одной из ведущих причин нетрудоспособности в мире. Одной из причин болевого синдрома является формирование у больных рефлекторных синдромов остеохондроза, спондилоартроза либо их сочетания. В наших предыдущих работах мы доказали, что рефлекторные синдромы спондилоартроза идентичны встречающимся при остеохондрозе. Но практикующие врачи мало уделяют внимания проблеме спондилоартроза и часто ограничиваются лечением только рефлекторных проявлений остеохондроза, что, естественно, сказывается на результатах лечения.

А в последнее время в некоторых клиниках ситуация сменилась на противоположную: стали чаще проводить лечение «фасеточного синдрома», особенно на поясничном уровне, что, безусловно, связано с появлением нового оборудования. Одним из ярких примеров подобных технологий служит радиочастотная абляция (РЧА) дугоотростчатых суставов (ДС).

Цель исследования. Изучить ближайшие результаты лечения больных после проведения РЧА

Клинические аспекты терапии и педиатрии

на поясничном уровне.

Материалы и методы исследования. В 2014 году в отделении появилась установка для проведения радиочастотной абляции дугоотростчатых суставов фирмы Страйкер, США. В исследование вошли 129 больных (76 женщин и 53 мужчин) с рефлекторными болевыми синдромами на поясничном уровне. Результаты оценивали до начала лечения и перед выпиской из стационара. Использовали визуально-аналоговую шкалу и шкалу приспособительной активности, предложенную И.Р. Шмидт в 1992 г., для оценки степени выраженности клинических проявлений остеохондроза. Болевой синдром в спине согласно ВАШ, перед началом лечения составил $6,8 \pm 1,6$ балла.

Методика проведения процедуры РЧА стандартная и детально описана в соответствующих руководствах. Воздействие на ДС осуществляли на 3-х уровнях, чаще со стороны наиболее выраженного болевого синдрома. Для определения уровня воздействия пользовались схемами Кловарда и Кигана, а также собственными ранее проведенными исследованиями.

Результаты и обсуждение. Отличные результаты (приспособительная активность полностью восстановлена) получены у 19 (14,7%) больных, хорошие - у 35 (27,1%), удовлетворительные (болевого синдром уменьшился, но трудоспособность и взаимообслуживание нарушены) - у 68 (52,7%), неудовлетворительные (лечение без эффекта либо с ухудшением) - у 7 (5,4%). Осложнений после проведения РЧА не было. Болевой синдром, согласно ВАШ, перед выпиской составил $3,6 \pm 1,2$ балла.

Таким образом, полученные результаты в принципе совпадают с результатами многочисленных отечественных и зарубежных исследований. Тем не менее, разброс отличных и хороших результатов после проведения РЧА в публикациях составляет от 20% до 80%. Даже с учетом того факта, что в разных клиниках применяли разные методы оценки результатов лечения подобное соотношение не может не обращать на себя внимание. На наш взгляд, такая разница в результатах может быть обусловлена следующим: в отличие от стандартной дерцепции ДС, этот метод не позволяет точно воспроизвести болевой синдром, который больной может «узнать», а значит нет возможности доказать его зависимость от раздражения той или иной структуры. Следовательно, часть этих процедур будет проходить на заведомо «здоровых» дугоотростчатых суставах.

Выводы.

РЧА является достаточно эффективным и безопасным способом лечения хронической боли в спине. Одним из способов повысить эффективность РЧА ДС может являться предварительное введение 4% раствора соды в область ДС для доказательства зависимости болевого синдрома от определенного ДС.

В дальнейшем необходимо сравнить результаты лечения больных после проведения РЧА и стандартной денервации дугоотростчатых суставов.

Кондрацкая О.В. Онищенко Е.Г.
МБЛПУ «ГКБ N 1», ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ЭФФЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Пациентка Г. 44 года, замужем, образование высшее, инженер, направлена на консультацию психотерапевта кардиологом. В 2012 г. перенесла геморрагический инсульт на фоне умеренной артериальной гипертензии.

При обследовании выявлены множественные мешотчатые аневризмы сосудов головного мозга, проведена успешная нейрохирургическая операция. На приеме - спустя два месяца от начала заболевания, в сопровождении матери, симбиотические отношения. Мать отвечает на вопросы, обращенные к дочери, дочь, прежде чем ответить, смотрит на мать, обе употребляют местоимение «мы», когда речь идет о поведении и состоянии дочери. Поза пациентки закрытая, лицо опущено, прикрыто челкой, короткие испуганные взгляды, небрежность в одежде, речь односложная, лексика подростковая. Контакт - формальный, дистанцируется.

Главная жалоба - нарушение дыхания, «останавливается дыхание, нет вдоха, а так все хорошо». Консультирована пульмонологом, назначено лечение по поводу бронхиальной астмы. Со стороны матери - страдальческая маска на лице, усталость. Все время проводят вместе. Мать готовит, везде сопровождает дочь, следит за приемом препаратов. Выраженный эгоцентризм со стороны дочери, снижение критики, равнодушие к любимому мужу, не замечает состояние матери.

Причину своего состояния, нарушенного дыхания - не знает, не замечает других проблем. «Со мной все хорошо, вот только не могу дышать». Для определения удельного веса в когнитивном дефиците органических и функциональных проблем была переключена на темы, связанные с профессией, после чего сразу изменилась поза, мимика, речь стала сложной, развернутой, повысился уровень обобщения, совершился переход к взрослому состоянию, имеющимся в опыте личностным ресурсам. Появилась перспектива для дальнейшей психотерапевтической интервенции.

Объективно у пациентки не наблюдалось признаков дыхательной недостаточности. В то же время при рассказе о перенесенном инсульте, операции проявлялась эмоциональная реакция с задержкой вдоха, как при сильном испуге. Пациентке было сказано, что она сумела выжить, преодолеть тяжелое страдание и теперь может помогать другим людям, у нее есть бесценный опыт. Также было сконцентрировано внимание на состоянии здоровья матери, необходимости заботиться о ней, следить за артериальным давлением, режимом, отдыхом.

В дальнейшем, с использованием микро- и макротехник была проведена работа с эмоциональной травмой. Пациентка определила пережитое как «застывший ужас» на телесном уровне - тяжесть, камень в груди, невозможность вдохнуть. Посредством рисуночной техники пациентка сформировала образ «серого мохнатого кома», который в серии рисунков трансформировался в облачко, пролившееся благодатным дождем, после которого выросли цветы. Пациентка прекратила прием препаратов, назначенных пульмонологом. Курс психотерапии состоял из 5 сессий. В дальнейшем, в течение шести месяцев, проводилась терапия вальдоксаном в дозе 25 мг в сутки. Пациентка вернулась к своему труду, продолжает наблюдение у невролога и кардиолога, проходит дважды в год курсы нейрометаболической терапии.

Выводы.

1. Приведенный клинический пример демонстрирует важность своевременного включения в реабилитационный процесс врача психотерапевта или психолога. Обращает на себя внимание, что при успешной медицинской реабилитации пациентка оставалась полностью деморализованной, в состоянии психологического шока. Регресс психики как защитная реакция лишил ее доступа к личностному опыту, социальным навыкам, при усилении деструктивных процессов в психике пациентка могла глубоко инвалидизироваться. Ошибочный диагноз бронхиальной астмы в данной клинической ситуации также был отягощающим фактором.

2. Успешная реабилитация больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, повышение качества жизни, личностной активности, возврат к любимой работе, восстановление удовлетворяющих семейных и дружеских связей является важной составляющей в работе врача.

Конюх Е.А., Наумов А.В.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
г.Гродно, Беларусь

СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Одним из факторов, которые оказывают повреждающее действие на структуру стенок сосудов и функцию эндотелия, нарушая сосудодвигательную регуляцию, является гипергомоцистеинемия (M.H. Shishehbor (et al.), 2008 г.; K.S.McCully, 2009 г.). Вовлечение

Клинические аспекты терапии и педиатрии

сосудистого компонента в патологический процесс при гломерулярных заболеваниях обуславливает актуальность изучения роли гомоцистеина (ГЦ) в функционировании кардиоренального континуума и развитии гломерулонефрита (ГН).

Цель исследования. Изучить уровень ГЦ при остром и хроническом течении гломерулонефрита у детей, определить корреляционные взаимосвязи его уровня с лабораторными проявлениями заболевания.

Объект и материалы исследования. 78 детей с гломерулонефритом, проходивших обследование и лечение в соматическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», составили основную группу. Пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы.

Подгруппа I (n=41) - дети с острым гломерулонефритом (ОГН), возраст - 13,88 (11,8-15,4) лет.

Подгруппа II (n=37) - с хроническим гломерулонефритом (ХГН), возраст - 14,08 (11,32-15,56) лет.

Уровень ГЦ определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с флуоресцентной детекцией (А.В. Наумов, Е.М. Дорошенко, 2010 г.). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета STATISTICA 6.0 для Windows (StatSoft, Inc., США). Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При сравнительном анализе установлено, что содержание ГЦ при ОГН составляло 9,5 (8,0-16,9) мкмоль/л, что значительно превышало его уровень у детей из группы сравнения, где он был 5,8 (5,2-6,7) мкмоль/л ($p = 0,006$). При ХГН концентрация ГЦ также была достоверно выше, чем у условно здоровых детей и составляла 8,9 (6,9-13,3) мкмоль/л ($p = 0,01$).

Не выявлено статистически значимых различий в уровне ГЦ при остром и хроническом течении заболевания ($p = 0,5$). Повышение концентрации ГЦ в плазме крови при ГН может свидетельствовать об изменении его клеточного метаболизма и/или нарушении выведения при снижении почечных функций. Анализ концентрации ГЦ в плазме крови в зависимости от клинического варианта и периода заболевания не выявил статистически значимых различий как при ОГН, так и при ХГН ($p = 0,6$ и $p = 0,5$ соответственно).

Проведена оценка корреляционных взаимосвязей концентрации ГЦ в плазме крови с некоторыми лабораторными показателями в исследуемых подгруппах. При остром течении заболевания установлена положительная корреляционная взаимосвязь содержания ГЦ с уровнями креатинина крови ($r = 0,43$, $p = 0,04$), СРБ ($r = 0,66$, $p = 0,01$), цистеина ($r = 0,57$, $p = 0,006$), показателями гемостазиограммы: АЧТВ ($r = 0,52$, $p = 0,01$) и МНО ($r = 0,56$, $p = 0,007$). Обратная зависимость определена между концентрацией ГЦ и иммуноглобулина М крови ($r = -0,70$, $p = 0,01$), ГЦ и стабильных метаболитов оксида азота ($r = -0,52$, $p = 0,01$). У пациентов при ХГН выявлена прямая корреляционная зависимость уровня ГЦ и длительности АЧТВ ($r = 0,58$, $p = 0,02$), а также положительная связь с уровнем цистеина крови ($r = 0,79$, $p = 0,00003$).

Таким образом, при ОГН и ХГН содержание гомоцистеина в плазме крови выше, чем в группе условно здоровых детей ($p = 0,006$ и $p = 0,01$ соответственно); его уровень не зависит от клинического варианта и периода заболевания как при остром, так и при хроническом процессе ($p > 0,05$).

Выявленная корреляционная взаимосвязь уровня ГЦ и некоторых лабораторных показателей указывает на необходимость контроля их уровня в динамике на фоне проводимой терапии и/или необходимость поиска новых средств для коррекции выявляемых нарушений.

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Леонова В.О., Барбараш О.Л.

НИИ КППСЗ
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ВЫПОЛНЯЕМОСТЬ ПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования. Оценить частоту использования, доступность и сроки ожидания этапной реваскуляризации миокарда у пациентов различного возраста с многососудистым поражением коронарного русла после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и первичного чрескожного коронарного вмешательства.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование включены данные о 110 пациентах с ИМ с многососудистым поражением коронарного русла. Средний возраст больных - $61,75 \pm 10,46$ лет. Всем было выполнено «успешное» чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием инфаркт связанной коронарной артерии, рекомендован второй этап плановой реваскуляризации коронарного бассейна.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: до 70 лет ($n=79$, 71,8%) и от 70 лет и старше ($n=31$, 29,2%). Группы больных ИМ сравнивались по клинικο-демографическим данным, тяжести поражения коронарного русла, исходам и осложнениям госпитального периода, типу рекомендованной плановой реваскуляризации миокарда (ЧКВ, коронарное шунтирование (КШ)), срокам ожидания, частоте и причинам невыполнения таких вмешательств. Проанализированы случаи «неявки» пациента на второй этап реваскуляризации коронарного бассейна в зависимости от возраста.

Результаты исследования. Пациенты в возрасте 70-и лет и старше характеризовались более тяжелым поражением коронарного русла, оцененным по шкале Syntax, чаще были коморбидны и имели признаки миокардиальной и почечной дисфункций, что определило в этой группе пациентов ивысокие показатели летальности по сравнению с пациентами более молодого возраста (16,12% vs 0%; $p=0,0004$). Для них в качестве второго этапа реваскуляризации чаще, чем пациентам в возрасте до 70 лет, рекомендовали КШ (38,7% vs 16,66%, $p=0,148$). Вместе с тем, второй этап плановой реваскуляризации выполнялся у пожилых пациентов существенно реже (до 39%), чем у молодых (81%) ($p=0,0002$).

«Пожилым» больным после ИМ чаще рекомендовалось КШ в качестве методики этапной плановой коронарной реваскуляризации (12 (38,7%) vs 19 (16,7%)), однако в группе «пожилых» пациентов КШ выполнено в 3 случаях (25%), а у молодых - у 15 (78,9%) пациентов. Подверглись второму этапу в общей группе больных инфарктом миокарда 76 (69,09%) пациентов, большинство из них - 64 пациента, были в возрасте до 70 лет. При анализе продолжительности ожидания второго этапа было обнаружено, что он вне зависимости от возраста составляет не более четырех месяцев.

Главная причина невыполнения вмешательства - отказ пациента.

Выводы.

Основной причиной непроведения этапного вмешательства на коронарном бассейне после ИМ среди пожилых пациентов является отказ больного. Данный факт, с одной стороны, является поводом к повышению мотивированности пациентов к выполнению мер, направленных на вторичную профилактику, с другой, обоснованием более широкого применения множественного стентирования коронарных артерий в первые сутки инфаркта миокарда.

Кочергина А.М., Леонова В.О., Барбараш О.Л.

НИИ КППСЗ

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

г.Кемерово, Россия

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST

Кровотечения являются одними из осложнений острого коронарного синдрома (ОКС) и, зачастую, могут лимитировать применение чрескожных коронарных вмешательств. Частота геморрагических осложнений при ОКС по разным данным варьирует от 1 до 10%.

Прогнозирование возможного риска геморрагических осложнений позволит предпринять меры по профилактике кровотечений. К сожалению, в рутинной практике шкалы для оценки риска кровотечений не нашли широкого применения. Вышесказанное делает актуальным поиск наиболее валидной шкалы для прогнозирования геморрагических осложнений у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST.

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте возможность использования известных шкал оценки риска кровотечений CRUSADE, REACH и ACTION для прогнозирования геморрагических осложнений при ОКСпST.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование включено 407 пациентов с ОКСпST. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $61,75 \pm 10,46$ лет, преобладали мужчины (72,75%). Среднее время от начала заболевания до госпитализации составило $9,42 \pm 6,74$ часа, неосложненный инфаркт миокарда имел место у 84,29% пациентов, снижение фракции выброса левого желудочка регистрировалось в 37 (10,39%) случаях.

Ранее переносили инфаркт миокарда 44 (12,35%) пациента, подвергались реваскуляризации миокарда 20 (5,61%). Большинство ($n=309$, 86,79%) госпитализированных имели артериальную гипертензию (АГ) и дислипидемию ($n=295$, 82,86%), около трети ($n=97$, 27,24%) - снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73м² (формула СКД-EPI), мультифокальный атеросклероз, некоронарные артериальные стенозы 30 и более %, (МФА) - у 96 - 26,96% пациентов. Сахарный диабет 2-го типа (СД) на момент госпитализации имели 23,87% ($n=85$) пациентов, 29,21% ($n=104$) были активными курильщиками.

Сформированы две группы в зависимости от факта зарегистрированного геморрагического осложнения на госпитальном этапе: с возникшим кровотечением ($n=40$) и без геморрагических осложнений ($n=367$). Всем пациентам был рассчитан риск кровотечений по шкалам оценки риска кровотечений CRUSADE, REACH и ACTION.

Результаты исследования. По шкалам CRUSADE и REACH выявлены статистически недостоверные различия риска кровотечений. По шкале ACTION различия оказались достоверными (табл. 1).

Таблица 1

Баллы по шкалам CRUSADE, REACH и ACTION

Типы геморрагических осложнений	Нет кровотечения	Любое кровотечение	p
CRUSADE, средний балл	$9,41 \pm 4,79$	$9,08 \pm 4,07$	0,6751
ACTION, средний балл	$40,2 \pm 3,39$	$44,02 \pm 5,8$	0,0000
REACH, средний балл	$3,45 \pm 1,63$	$5,22 \pm 7,1$	0,11

Выводы.

Для прогнозирования риска кровотечений у пациентов с ОКСпST предпочтительнее использовать шкалу ACTION как наиболее информативную у данной категории пациентов.

Кривошапова К.Е., Алтарев С.С., Груздева О.В., Барбараш О.А.
ФГБНУ НИИ КПССЗ
г. Кемерово, Россия

ОЦЕНКА РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ VerifyNow ARU® У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Цель исследования. В предоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ) определить диагностическую значимость оценки функциональной активности тромбоцитов с помощью системы VerifyNow ARU® в выявлении пациентов высокого геморрагического риска на фоне пролонгированной аспириротерапии.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 32 пациента, которые готовились к проведению плановых первичных операций коронарного шунтирования. В периоперационном периоде все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-100 мг в сутки. Функция тромбоцитов оценивалась за 1-2 суток до хирургического вмешательства с помощью системы VerifyNow ARU® (Accumetrics, США). Объем отделяемого по дренажам рассчитывался в миллилитрах в течение первых 6, 12 и 24 часов послеоперационного периода.

Результаты исследования. В зависимости от уровня ARU все пациенты были разделены на две группы. В первую группу (1), которая составила 11 человек, вошли пациенты с самым высоким уровнем антиагрегантного эффекта от аспирина, во вторую группу (2) вошли все остальные пациенты. Среднее значение теста VerifyNow по всей выборке в группах 1 и 2 составило, соответственно, $505,9 \pm 87,3$, $425,2 \pm 21,7$ и $548,2 \pm 78,2$ ARU.

Группы сравнения были сопоставимы по клинко-анамнестическим данным. Длительность операции и искусственного кровообращения, продолжительность искусственной вентиляции легких и пребывания в отделении реанимации в группах сравнения статистически значимо не отличались. У пяти пациентов (15,6%) послеоперационный период осложнился нестабильностью коронарного кровотока и развитием инфаркта миокарда, подтвержденного динамикой маркеров повреждения миокарда. Все пять пациентов относились к группе второго и третьего терциля VerifyNow, в группе нижнего терциля VerifyNow периоперационных коронарных событий зафиксировано не было ($p=0,14$).

По показателям интраоперационной кровопотери ($509,1 \pm 30,2$ мл в первой группе против $515,8 \pm 50,1$ мл во второй группе, $p=0,30$) и послеоперационной кровопотери (отделяемое по дренажам в течение 6 часов составило $115,9 \pm 42,2$ мл в первой группе, против $111,8 \pm 38,5$ мл во второй группе, $p=0,87$; отделяемое по дренажам в течение 12 часов $188,6 \pm 83,9$ мл в первой группе, против $187,4 \pm 93,0$ мл соответственно, $p=0,89$; отделяемое по дренажам в течение 24 часов - $218,2 \pm 110,2$ мл против $253,6 \pm 142,6$ мл, соответственно, $p=0,70$) группы сравнения не отличались.

При проведении корреляционного анализа была получена тенденция связи уровня реактивности тромбоцитов с кровопотерей в течение первых шести часов после операции ($p=0,09$). Эти данные были подтверждены результатами линейного регрессионного анализа, показавшего наличие отрицательной связи между объемом кровопотери и результатами VerifyNow-теста. В то же время группы сравнения отличались по объему и качеству проведенных гемотрансфузий. Суммарная потребность в переливании компонентов крови была выше в первой группе, что во многом было обусловлено потребностью в трансфузиях тромбоцитарного концентрата в этой группе.

Выводы.

Таким образом, данные, полученные в настоящем исследовании, позволяют

Клинические аспекты терапии и педиатрии

предположить возможность использования методов оценки функции тромбоцитов в качестве предикторов объема послеоперационной кровопотери и потребности в гемотрансфузиях у пациентов, получавших аспирин в периоперационном периоде операций коронарного шунтирования.

Поскольку наше исследование является пилотным, его результаты должны рассматриваться с позиции формирования гипотезы, а не с точки зрения ее подтверждения. Требуется проведение более масштабных исследований для подтверждения полученных нами результатов.

Крючков Д.В., Артамонова Г.В.

ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний
г. Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Цель исследования. Изучить отдаленную выживаемость пациентов после инфаркта миокарда (ИМ), определить основные медико-социальные факторы, влияющие на выживаемость.

Материалы и методы исследования. В исследование включены пациенты (зарегистрированные в г. Кемерово), пролеченные в Кемеровском кардиологическом диспансере в 2006 году. Объем исследования - 791 пациент с ИМ. Для относительных величин значения представлены в виде процентного соотношения, для количественных - средней и стандартного отклонения.

Для изучения выживаемости применялся метод множительных оценок Каплана-Мейера. Критическое значение уровня значимости (p) принималось $< 0,05$. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты исследования. В изучаемой группе пациентов удельный вес мужчин составил 58,3%. Средний возраст пациентов - $66,0 \pm 12,0$ лет. По социальному статусу преобладали неработающие пациенты (85,1%), доля работающих составила 14,9%. В целом по группе удельный вес повторного ИМ равен 28,6%, частота развития кардиогенного шока - 9,5%. Лечебные эндоваскулярные вмешательства проведены в 14,2% случаев, тромболизис - 3,2%, следовательно, частота реперфузионной терапии составила 17,3%.

Отдаленная выживаемость у женщин оказалась меньше, чем у мужчин ($p=0,0065$). ОШ равно 1,42 (1,07-1,90). Пятилетняя выживаемость у мужчин составила 56%, а у женщин - 50%. Однако при изучении смертности в возрастно-половых группах значимые отличия выявлены лишь среди работоспособных пациентов, и у мужчин отдаленная выживаемость меньше, чем у женщин ($p=0,0009$). ОШ=4,57 (1,34-15,54). Так, пятилетняя выживаемость у мужчин работоспособного возраста составила 73%, у женщин - 89%.

Фактор наличия работы влияет на выживаемость: у работающих пациентов выживаемость значимо выше, чем у неработающих ($p=0,00001$). ОШ = 5,25 (3,34-8,25). Пятилетняя выживаемость у работающих пациентов составила 82%, а у неработающих - 49%.

Отдаленная выживаемость зависит от возраста пациентов. Так, лучшую выживаемость имеют пациенты работоспособного возраста, худшую - старческого ($p=0,000001$). Так, пятилетняя выживаемость у пациентов работоспособного возраста составила 76%, пенсионного - 55%, старческого - 27%.

Развитие кардиогенного шока определило смертельный исход у пациентов, так как на госпитальном этапе умерли все пациенты с кардиогенным шоком. Среди пациентов без кардиогенного шока пятилетняя выживаемость равна 60%. Тип ИМ оказывает влияние на выживаемость ($p=0,00001$). В частности, пятилетняя выживаемость при первичном ИМ составила 60,0%, при повторном - 39,0%. ОШ равно 2,18 (1,57-3,02).

Тактика ведения пациента на госпитальном этапе оказывает влияние на отдаленную выживаемость пациентов ($p=0,00006$). Пятилетняя выживаемость после чрескожного коронарного вмешательства составила 72,0%, при консервативной тактике - 51,0%, после тромболизиса - 42,0%. ОШ смертельного исхода при проведении/не проведении эндоваскулярной реперфузии миокарда равно 2,55 (1,68-3,86).

Выводы.

Основными медико-социальными факторами, снижающими отдаленную выживаемость, являются: старческий возраст, отсутствие работы, непроведение чрескожного коронарного вмешательства в госпитальный период, повторный инфаркт миокарда, а среди пациентов работоспособного возраста - мужской пол.

Кузьмина О.К., Кондюкова Н.В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ
г. Кемерово, Россия

ВОПРОСЫ КОМПЛАЙНСА ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

К основным причинам структурных дисфункций биологических протезов (БП) относят первичную тканевую несостоятельность (ПТН) с кальцификацией ксеногенной ткани протеза или без таковой и вторичную дегенерацию, связанную с развитием протезного эндокардита. Многолетний опыт имплантации БП клапанов сердца, накопленный в клинике НИИ КПССЗ, позволяет сформулировать собственные выводы об эффективности их использования у различных категорий.

Цель исследования. Сравнительная оценка комплайнса реципиентов с дисфункциями и нормальным морфофункциональным состоянием ксеноаортальных БП клапанов сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 116 реципиентов ксеноаортальных БП в митральной позиции, реоперированных по поводу дисфункций имплантированных клапанов. I группа (n = 63) - ПТН с кальцификацией биоматериала, II группа (n=19) - ПТН без кальцификации, III группа (n=34) - протезный эндокардит (ПЭ). Контрольную группу составили (n=109) реципиенты с сохранной функцией БП и отсутствием морфологических изменений створок при сопоставимых сроках наблюдения.

Результаты и обсуждение. Анализ использования медикаментозной терапии показал, что, несмотря на большую распространенность ФП (постоянной и пароксизмальной форм) при ПТН без кальцификации БП, пациенты данной группы в два раза реже принимали непрямые антикоагулянты и в три раза реже контролировали их эффективность, в сравнении с больными, имеющими признаки кальциноза имплантированных клапанов. Еще более низкий комплайнс к антикоагулянтной терапии отмечен в группе ПЭ, однако в данном случае наблюдали оптимальный контроль показателей медикаментозной гипокоагуляции. Пациенты с ПЭ относительно редко регулярно принимали и другие кардиотропные препараты (иАПФ, β -блокаторы, диуретики), при этом тяжесть их состояния на момент определения показаний к репротезированию клапанов была далеко не самой худшей.

Наибольшую приверженность к рекомендованной лекарственной терапии продемонстрировали обе группы больных со структурными дисфункциями БП вследствие ПТН, однако клиническая эффективность используемых препаратов, по всей вероятности, была несколько выше у лиц с отсутствием кальцификации ксеногенной ткани протеза, среди которых при определении показаний к повторным хирургическим вмешательствам IV ФК ХСН по NYHA определяли в минимальном проценте случаев. Следует отметить, что терапию статинами лица с кальцификацией БП получали в три раза реже, чем пациенты с ПТН без отложений кальция. Этот факт может представлять интерес с позиций оценки влияния препаратов данной группы на темпы развития кальциевой дегенерации БП.

Выводы.

Высокая приверженность пациентов к рекомендованной терапии и адекватное их ведение на амбулаторном этапе наблюдения позволит рассчитывать на увеличение сроков функционирования БП и улучшение отдаленного прогноза.

Кроме того, на наш взгляд весьма перспективны исследования влияния медикаментозных препаратов, обладающих системными плейотропными эффектами (иАПФ, статины), на темпы развития дисфункций БП, связанных с кальцификацией ксеноткани.

Курнапегова Н.В.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница» N 5
г.Кемерово, Россия

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ СИНЕХИИ И ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-НЕФРОЛОГА

Актуальность данной проблемы в том, что синехии у девочек - частое явление, благоприятно разрешаемое при наблюдении гинеколога. Рецидивирующие синехии - требуют поиска причин, вызывающих раздражение в области вульвы. Причинами могут быть инфекции или кристаллы солей. Иногда данная ситуация вызывает трудности у педиатра.

За период 2013 года с приема детского гинеколога ДГКБ N 5 было направлено 38 девочек в возрасте с 2-х до 5-и лет. Это составило 1,52% от всех нозологических единиц и 1,4% от количества принятых детей.

У 22-х девочек, что составило 58%, была обнаружена ИМВП, подтвержденная лейкоцитурией и бактериурией. В том числе, в 9-и случаях, что составило 23,6%, была выявлена микоплазма гениталиус и/или хоминис. У 18-и девочек, что составило 42%, была обнаружена кристаллурия, подтвержденная биохимическим анализом мочи (в 2-х случаях, это 5% - сочетание кристаллурии с ИМВП).

Все дети получили соответствующее лечение и более не были на нефрологическом приеме по поводу данной пограничной патологии. У 11-и девочек с ИМВП, что составило 29%, до обследования была пограничная лейкоцитурия, и у 6-и детей с кристаллурией - это 15%, она была эпизодической. Можно думать, что без должного внимания эти дети остались бы в группе риска на нефропатию.

Преемственность консультативных приемов детского гинеколога и нефролога, позволяет повысить уровень выявления, лечения и профилактики нефропатологии у детей.

Девочки с рецидивирующими синехиями должны проходить обследование у нефролога и получать лечение по поводу выявленной патологии.

Курнапегова Н.В., Чибрякова Т.М.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница» N 5
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ НЕФРОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ПРИЕМЕ ПЕДИАТРА-НЕФРОЛОГА ЗА ПЕРИОД 2013 ГОДА

За период 2013 года прием педиатра-нефролога посетило 2782 ребенка. Из них первично 1817. Интерес представляют те заболевания, которые могут привести к хронической болезни почек (ХБП) или уже являются таковыми. Всего подобных заболеваний на приеме зафиксировано 949 случаев. Структура заболеваемости представлена позициями, перечисленными далее: врожденные anomalies мочевой системы (621 человек, или 63,1%), хронический пиелонефрит вторичный (241 ребенок, или 25,1%), мочекаменная болезнь (37 случаев, или 4,7%), поликистозные и кистозные дисплазии (28 обращений или 3,8%), хронический гломерулонефрит (19 детей, или 2,9%), хронический интерстициальный нефрит (3 пациента, что составило 0,4%).

В рубрику «Врожденные anomalies мочевой системы» помещены следующие патологические состояния: пиелозктазии и гидрокаликоз (246 пациентов или 39,78%), гидронефроз (105 пациентов (16,87%), удвоение почек (57 случаев, что составляет 9,18%), anomaly расположения почек (дистопия, ротация, нефроптоз) (56 детей, от общего количества 8,96%), пузырноуретеральный рефлюкс (41 случай, или 6,48%), аплазия почки (27 обращениями и 4,32%), солитарная киста почки (21 случай, что составило 3,36%), гипоплазия почки (20 человек или 3,28%), поликистоз (15 обращений, что от общего числа составило 2,49%), кистозные дисплазии (14 пациентов, или 2,24%), сосудистые anomalies почек (12 детей, что составило 1,92%), anomalies мочеточников (7 случаев, или 1,12%).

Возникновение хронического вторичного пиелонефрита было замечено на фоне следующих состояний: гидронефроз (36 детей, или 15,8%), дисметаболическая нефропатия (34 пациента, что составило 14,6%), пиелозктазии и гидрокаликоз (33 пациента и в пересчете 14,2%), пузырноренальный рефлюкс (29 человек, или 11,6%), нефрэктомия (14 обращений, или 5,6%), гипоплазия почек (14 случаев, или 5,6%), удвоение почек (12 обращений, что составляет 4,8%), вторично сморщенная почка (10 детей, или 4%, пузырноренальный рефлюкс с эндоскопической коррекцией (10 пациентов, то есть 4%), кистозные дисплазии (9 случаев и в пересчете 3,6%), аномалия положения почек (9 человек, или 3,6%), после пластики врожденных пороков развития мочевыделительной системы (6 пациентов, или 2,4%), аплазия почки (6 детей, или 2,4%), нейромышечная дисплазия и иные пороки нервной системы (6 человек, что составило 2,4%), мочекаменная болезнь (6 пациентов и в пересчете 2,4%), рефлюкснефропатия (5 обращений или 2%), экстрофия мочевого пузыря (2 эпизода и 0,8%).

В структуре мочекаменной болезни можно отметить следующее: камни только с одной стороны 25 пациентов (62,5%) и с двух сторон 12 случаев (37,5%). Дистанционная литотрипсия была применена 9 раз (14,3%), рецидив камнеобразования у 3 детей (8,1%). По составу это струвит и оксалат 1:6 случаев. Консервативная терапия достигла результата у 11-и детей (29,7%).

Среди кистозных поражений почек: солитарные кисты (21 ребенок и 75%), аутосомно доминантный вариант (4 пациента и 14,29%), аутосомно рецессивный вариант (2 человека и 7,14%) и губчатая почка (1 случай и 3,57%).

Таким образом, в структуре хронической заболеваемости дети до 1 года составляют 167 пациентов - это 17,9%, пациенты с 1 до 3-х лет жизни 183 ребенка, что составляет 19,5%, дети 3-7 лет жизни представлены в количестве 189 человек, то есть 19,9% и в возрасте 7-17 лет 410 случаев, это 42,7%.

Гендерное разделение всего количества случаев представлено как 463 мальчика и 486 девочек, то есть 48,4% и 50,6% соответственно.

На основании полученных данных можно сделать следующий вывод: количество детей, прошедших за год через кабинет педиатра-нефролога и по характеру заболевания угрожаемых по ХБП, составило 52,2%. Преобладание пациентов женского пола обусловлено такой патологией, как хронический пиелонефрит, а в структуре врожденных аномалий, как всегда, лидируют мальчики.

В перечне заболеваний основным (по количеству) диагнозом являются врожденные аномалии развития мочевой системы, из них преобладают обструктивные и иные случаи, ведущие к гидронефрозу. Дети с данной проблемой наблюдаются как на приеме нефролога, так и на урологическом приеме. При необходимости они проходят лечение и обследование в отделении детской урологии, с которым осуществляется полная преемственность в дальнейшем наблюдении.

Таким образом, более половины детей на приеме нефролога наблюдаются с хронической патологией почек и нуждаются в специализированной медицинской помощи педиатра-нефролога для своевременной коррекции при прогрессировании заболевания и в профилактике обострений.

Лукоянычева Е.Б., Вавин Г.В., Савилов В.С.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

КРОВЯНАЯ ХИМЕРА ПО АНТИГЕНАМ ЭРИТРОЦИТОВ КАК ПРОБЛЕМА ПРИ ПОДБОРЕ СОВМЕСТИМОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Предупреждение посттрансфузионных осложнений в первую очередь зависят от тщательного подбора компонентов донорской крови, что регламентировано в действующих нормативных документах. Самым опасным для реципиента являются посттрансфузионные осложнения (ПТО) гемолитического типа, именно поэтому совместимость по антигенам эритроцитов имеет

Клинические аспекты терапии и педиатрии

особое значение. На сегодняшний день необходимо тестировать образцы крови по системе ABO и резус-принадлежности, а также проводить фенотипирование по антигенам - C, c, E, e, Sw, K, k и определять антиэритроцитарные антитела (приказ МЗ РФ от 02 апреля 2013 года N 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»).

Проводя необходимый перечень исследований крови реципиентов перед гемотрансфузией, мы периодически сталкиваемся с проблемой, которая иной раз существенно осложняет подбор донорской крови по фенотипу. При определении фенотипа в некоторых случаях нами выявляется «химера», то есть в образцах крови одного больного выявляются эритроциты с различным антигенным составом.

Для данного исследования используется гелевая технология ID-Card. Принцип метода основан на комбинации агглютинации и гель-фильтрации. Все тесты проводятся в пластиковых диагностических карточках DiaClon Rh-Subgroups+K, которые содержат микропробирки, заполненные полиакриловым гелем с определенными моноклональными антителами. Данный метод является единственным, который позволяет четко выявить посттрансфузионную и посттрансплантационную «химеру» в течение 15 минут.

В 2014 году в иммунологической лаборатории ГАУЗ КОКБ было определено 1902 фенотипов по системе Резус и Келл, из них в 81 случае выявлена «химера». Чаще всего это пациенты отделения гематологии и реанимации, у которых в анамнезе была гемотрансфузия эритроцит-содержащих компонентов донорской крови в течение ближайших 3-4 месяцев.

Частота встречаемости «химер» по определенным антигенам выглядит следующим образом:

- 42 случая - по антигену «с»;
- 36 случаев - по антигену «E»;
- 27 случаев - по антигену «C»;
- 12 случаев - по антигену «K»;
- 1 случай - по антигену «e»;
- 1 случай - по антигену «D» (ребенок в возрасте 3х месяцев, имеет в анамнезе ГБН).

Необходимо отметить, что в 38-и случаях определялась «химера» по антигенам 2-3-х специфичностей в одном образце.

Истинный фенотип эритроцитов данных больных определить невозможно, все реципиенты с кровяной «химерой» по антигенам эритроцитов относятся к группе риска по ПТО. При выявлении кровяной «химеры» необходимо исключить из фенотипа донорских эритроцитов тот антиген, по которому она выявлена, если это возможно. Данная проблема существенно ограничивает выбор донорской крови с подходящим фенотипом.

Мальцева Н.В., Лапутенко Т.А., Горбатовский Я.А., Лыкова О.Ф.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России
г.Новокузнецк, Россия

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА П05V ГЕНА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ-p1 С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

В настоящее время инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжелым заболеванием с неблагоприятным прогнозом более чем в 80% случаев. Заболевание может возникнуть в любом возрасте как у детей, так и у пожилых пациентов. Ежегодная заболеваемость ИЭ составляет 3,8 случая на 100 тысяч населения.

Факторами повышенного риска развития ИЭ являются врожденные и приобретенные пороки сердца, операции на сердце, коронарных артериях, иммунодефицитные состояния, внутривенная наркомания, с угрозой развития тяжелой инфекции. Поиск прогностических маркеров ИЭ актуален в связи с увеличением частоты заболеваемости ИЭ, поздней диагностики и распространением оперативных вмешательств и диагностических манипуляций на сердце, а также существенное влияние на заболеваемость оказывает рост наркомании. У лиц, употребляющих наркотики внутривенно, риск развития ИЭ в 1000 раз выше, чем у населения в целом. Нередки случаи возникновения ИЭ у ослабленных возрастных пациентов.

Целью исследования явилось определение генетической предрасположенности к ИЭ и оценка риска его развития на основе выявления нового патологического для ИЭ варианта гена.

Проведено генотипирование лиц с ИЭ (32 пациента), развившимся на почве внутривенной наркомании, имеющих врожденные и приобретенные пороки сердца, после протезирования клапанов, у пожилых пациентов с иммунодефицитными состояниями и практически здоровых лиц (55 человек, контроль) по следующим полиморфным локусам генов: C-174G гена *IL6*, G-1082A гена *IL10*, I105V (A/G) и A114V (C/T) гена глутатион-S-трансферазы-*p1* (*GSTP1*). У обследуемых забирали образцы венозной крови, выделяли геномную ДНК, проводили полимеразную цепную реакцию и детекцию ПЦР-продуктов с помощью горизонтального электрофореза. Использовали коммерческие реагенты и наборы для определения полиморфизмов в геноме человека (НПФ «ЛИТЕХ», г.Москва).

Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакетов статистических программ InStatII, Microsoft Excel. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимался равным 0,05. Соответствие распределения частот генотипов равновесию Харди-Вайнберга определяли по стандартным формулам. Достоверность различий в распределении частот аллелей и генотипов между группами больных и здоровых индивидов оценивали двусторонним точным критерием Фишера. Относительный риск заболевания по конкретному признаку вычисляли как соотношение шансов OR (odds ratio) $= (a \cdot d) / (b \cdot c)$, где a и b - количество больных, имеющих и не имеющих мутантный аллель (генотип) соответственно; c и d - количество человек в группе контроля, имеющих и не имеющих мутантный аллель (генотип) соответственно.

Значительная ассоциация с ИЭ выявлена для гетерозиготного варианта *GSTP1* I105V (коэффициент корреляции Спирмена равен 0,42, $p < 0,0001$; достоверность разницы частот генотипа I105V в сравнении с контролем $< 0,0001$; $OR = 13,3$, $p < 0,0001$). 88% больных ИЭ являлись носителями *GSTP1* I105V, 3% больных ИЭ - носители *GSTP1* V105V, и только 9% больных имели нормальный гомозиготный генотип *GSTP1* I105I. Частота гомозиготных носителей *GSTP1* I105I среди практически здоровых лиц превышала в 5 раз таковую у больных ИЭ. Напротив, частота мутантного аллеля I05V у больных ИЭ почти в 1,5 раза превысила таковую в контроле. Связи остальных тестируемых полиморфизмов с ИЭ не обнаружено.

Таким образом, среди лиц с врожденными и приобретенными пороками сердца, протезированными клапанами сердца, пожилых пациентов с иммунодефицитными состояниями, а также внутривенных наркоманов гетерозиготы по локусу I105V гена *GSTP1* имеют наиболее высокий риск заболевания ИЭ, а гомозиготы *GSTP1* I105I - минимальный риск.

Марковская А.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ РОТОГЛОТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ДЕТЕЙ

Развитие вторичных грибковых осложнений нередко является клинической манифестацией ранней ВИЧ-инфекции, что предопределяет необходимость в разработке новых подходов в предупреждении развития осложнений или поиске возможностей для их отсроченного наступления.

Цель исследования. Разработка патогенетически обоснованных методов профилактики оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Исследование было построено по типу «случай-контроль». В опытную группу вошли 59 детей с ВИЧ-инфекцией (II-III стадия), средний возраст которых составил $2,3 \pm 0,2$ года. Группа сравнения включала 45 ВИЧ-негативных относительно здоровых детей. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Исследование микрофлоры ротоглотки проводили согласно приказу N 535 от 22.4.1985 г. "Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений".

Результаты и обсуждение. Анализ состава групп микроорганизмов по индексу постоянства

Клинические аспекты терапии и педиатрии

(С) позволил установить различия спектра бактерий, входящих в состав микрофлоры ротоглотки у ВИЧ-позитивных детей по отношению к группе сравнения.

У ВИЧ-позитивных детей отмечается расширение спектра и значительное увеличение в составе микрофлоры ротоглотки условно-патогенных микроорганизмов с высокой экспрессией факторов вирулентности, способствующих развитию оппортунистических инфекций на фоне сниженной иммунологической реактивности организма. Так ДНКазной, липазной и гемолитической активностью среди стафилококков обладали 27,8%; 80,6% и 88,9% культур соответственно. Если стафилококки были выделены от детей группы сравнения, то ДНКазной и липазной активностью обладали только 10,3% и 35,6% культур соответственно, а гемолитической - 28,6% штаммов ($p=0,02$).

Среди грибов рода *Candida*, выделенных у детей основной группы 39,3% обладали гемолитической и 71,4% липазной активностью. Часто регистрировались ассоциации, в состав которых входили *Candida albicans*. Было установлено, что микроорганизмы, составляющие ассоциации как у ВИЧ-инфицированных детей, так и у относительно здоровых детей не проявляют друг к другу антагонистических взаимоотношений: более того, дрожжевые грибы рода *Candida* потенцируют рост клебсиелл.

Среди часто встречающихся штаммов: *Candida albicans*, *C. ciferii*, *C. dubliensis*, *C. guillirmondii*, *C. zeylanoides* выделенных из ротоглотки ВИЧ-позитивных детей наибольшая чувствительность отмечалась по отношению к нистатину (100%) и клотримазолу (90-100%). К амфотерицину В были чувствительны только *Candida albicans* и *C. ciferii* (89 и 100% соответственно), к кетоканозолу и итраконазолу - *Candida albicans* (18,5 и 14,8% соответственно). Самая низкая чувствительность у всех штаммов отмечена по отношению к флюконазолу, составившая 39,3% - *Candida albicans*, 50% - *C. ciferii*, по 3,7% - *C. guillirmondii*, *C. zeylanoides*, *C. dubliensis*.

Выводы.

1. Для снижения риска развития эндогенных бактериально-грибковых инфекций у ВИЧ-инфицированных детей необходимо проводить своевременную коррекцию микробиоценоза ротоглотки, которую следует вести в двух направлениях: устранение ассоциативных микробных сообществ и в первую очередь - с грибами рода *Candida*, а также нормализация количества и функций доминантных микросимбионтов.

2. Для эффективного лечения кандидозной инфекции полости рта у ВИЧ-позитивных детей необходимо проводить идентификацию выделенных микромицетов и определять их чувствительность к антимикотикам.

Марцияш А.А., Казачек Т.М., Колмыкова Е.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кузбасс - крупный промышленный регион России с высоким экономическим потенциалом. Базовыми отраслями промышленности региона являются угольная промышленность и металлургия. Кроме того, в регионе развита химическая промышленность, энергетика и машиностроительная отрасль. На долю угольной промышленности приходится более 50% валового регионального продукта. Сильному техногенному воздействию подвергается все большая часть территории Кузбасса. Производственная деятельность является неотъемлемой частью жизни взрослого трудоспособного человека. При этом производственный процесс и факторы производственной среды оказывают на организм человека многостороннее, зачастую негативное действие.

Показатель профессиональной заболеваемости в Кемеровской области на 10 тыс. занятого населения в 2014 г. составил 13,0, что превышает аналогичный показатель по Российской Федерации более чем в 7 раз, и связано это с высокой распространенностью профессиональных заболеваний на предприятиях угольной промышленности.

В структуре нозологических форм профессиональных заболеваний 100% составляет хроническая профпатология, в частности: болезни суставов, сухожилий и мышц - более

40%, вибрационная болезнь - более 20%, нейросенсорная тугоухость - более 19%, пылевые заболевания органов дыхания - более 12%.

В наибольшей мере подвержены профессиональным заболеваниям рабочие основных профессий в угольной промышленности.

На шахтах: - у проходчиков, - горнорабочих очистного забоя, - машинистов горных выемочных машин, - электрослесарей подземных, - горнорабочих подземных.

На угольных разрезах: - у водителей, занятых на транспортировании горной массы в технологическом процессе, - машинистов экскаватора, - машинистов бульдозера, - машинистов буровой установки.

Кафедра восстановительной медицины КемГМА совместно с санаторием «Танай», Томским НИИ курортологии разработала и утвердила в ФМБА России инновационные технологии реабилитации лиц, работающих на промышленных предприятиях Кузбасса. Эти технологии успешно применяются в комплексной санаторной реабилитации сотрудников ХК СДС.

Своевременность, качество и комплексность предоставления реабилитационных услуг больным с профессиональными заболеваниями оказывают существенное влияние на качество их жизни, мониторинг которого проводится в условиях санатория. Так, в результате реализации технологий реабилитации восстанавливаются нарушенные функции организма и ограничения жизнедеятельности предотвращается прогрессирование патологии, в итоге достигается экономическая независимость пациента.

Практически качество реабилитации пациентов с профессиональными заболеваниями далеко от совершенства, что проявляется в достаточно низких показателях полной реабилитации для данного контингента. Это связано в первую очередь, с тем, что современная модель предоставления реабилитационных услуг имеет существенные недостатки.

И в первую очередь, по нашему мнению, необходимо выявлять пациентов «из групп риска» и активно заниматься сохранением и укреплением их здоровья (при активном, мотивированном, участии самих пациентов) в условиях регионального санатория с использованием природных факторов.

Таким образом, система оказания реабилитационной помощи пациентам с профессиональными заболеваниями должна претерпеть значимые изменения, что позволит повысить эффективность системы реабилитации и будет способствовать улучшению качества жизни данных пациентов.

Марченко И.В.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
г. Кемерово, Россия

К ВОПРОСУ О ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) - это группа заболеваний, которая характеризуется неспецифическим иммунным воспалением стенок кишечника. Выделяют 3 вида поражений кишечника - неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и недифференцированный колит.

В течение последних 10 лет увеличивается число заболеваний ВЗК у детей.

Актуальность проблемы определяется омоложением болезни, разнообразием клинической картины. Растет число случаев заболеваний у детей раннего возраста, которые носят стертую клиническую картину.

По литературным данным особенностью ВЗК в России является преобладание тяжелых осложнений (кровотечения, малигнизация) с высокой летальностью, что связано с поздней диагностикой. Диагноз ставится в среднем через 3-7 дней с момента появления первых симптомов. В течение первого года правильный диагноз устанавливается в 25% процентов случаев.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Причины заболевания до конца не выяснены. Имеют значение следующие факторы: генетическая, алергологическая предрасположенность, психоэмоциональные факторы, инфекция, нарушение местного иммунитета, погрешности в питании.

Клинические проявления болезни не имеют специфической картины. Это боли в животе, диарея или запоры. Дети в течение нескольких лет наблюдаются диагнозом хронический гастроэнтерит, кишечная инфекция, функциональные заболевания кишечника и желудка.

Часто дебют заболевания начинается с внекишечных проявлений - поражения суставов, кожи, полости рта. Позднее присоединяются субфебрилитет, снижение массы тела, примесь крови в кале, в дебюте не характерен неустойчивый стул.

Приведу пример из практики. Ребенок 2000 г.р. от беременности, протекавшей физиологично. Родился с весом 3500 гр. На естественном вскармливании находился до года. Психомоторное развитие соответствовало возрасту. До 6 лет в весе прибавлял по норме, затем недостаток веса 1 ст. В анамнезе ангины 2-3 раза в год, инфекционный мононуклеоз.

В 3 года выявлен селективный дефицит иммуноглобулина А. Периодически беспокоили боли в животе, суставах, запоры, подъемы температуры до 39°C. По УЗИ органов брюшной полости документирована дисфункция билиарного тракта. В биохимическом анализе крови диспротеинемия за счет белков острой фракции, в общем анализе крови - лейкоцитоз до 12 тыс. со сдвигом влево, повышением СОЭ до 40 мм час, повышение СРБ в 3 раза. Данная ситуация расценивалась как обострение хронического тонзиллита на фоне селективного иммунодефицита иммуноглобулина А.

В 2010 г. на фоне болей в животе, суставах, стойкой лихорадки в течение месяца появился жидкий стул с примесью крови. Кал на кальпротектин отрицательный. При проведении колоноскопии - отек слизистой. Сглаженность сосудистого рисунка. Выраженная контактная кровоточивость, геморрагии, множественные мелкие эрозии, язвы, пленки фибрина. Проведена биопсия слизистой кишечника, которая подтвердила диагноз неспецифический язвенный колит.

Ребенок получал преднизолон в течение 3-х месяцев, азотиарин в течение 2-х лет, пентасу в течение 3-х лет. В 2013 г. переведен на поддерживающую дозу салофалком 250 мг, соблюдает строгую диету. В течение последнего года отмечается клинко-лабораторная ремиссия.

В другом случае диагноз неспецифический язвенный колит был поставлен в течение месяца. Ребенок заболел остро. Появился жидкий стул, повысилась температура до 39°C. В инфекционной больнице был бактериологически подтвержден диагноз дизентерия Зоне. Девочка пролечена антибиотиками, но сохранялась примесь крови в кале. Был заподозрен диагноз неспецифический язвенный колит, который верифицирован колоноскопией. Получала салофальк в лечебной дозе 250 мг x 3 раза в день в течение года. Затем поддерживающую дозу 250 мг 1 раз в день в течение 1 года. В настоящее время у девочки в течение года стойкая клинко-лабораторная ремиссия. Получает салофальк в дозе 250 мг в осенний и весенний период в течение 3-х месяцев.

Педиатрам необходимо помнить о воспалительных заболеваниях кишечника. Знать, что они встречаются чаще, чем диагностируются. Помните, что дебют заболевания может начаться в любом возрасте, начиная с грудного.

Ранняя диагностика позволяет своевременно назначить лечение и снизить риск осложнений. Наличие крови в кале у ребенка, особенно в раннем возрасте требует проведение комплексного обследования.

В общем анализе крови выявляется лейкоцитоз с нейтрофилизом.

В биохимическом анализе крови - диспротеинемия, повышение СРБ, фибриногена. В копрограмме - слизь, лейкоциты, эритроциты.

В настоящее время установлены маркеры воспалительных заболеваний кишечника. К ним относится фекальный кальпротектин - это неинвазивный метод исследования, который является нередко альтернативой колоноскопии. Он позволяет оценить тяжесть заболевания и эффективность лечения. Специальной подготовки не требуется. Кал забирается в пластиковый контейнер. Может храниться в холодильнике при температуре +4 - +8 до 2-х дней.

Золотым стандартом диагностики ВЗК является колоноскопия с биопсией. Она позволяет поставить диагноз, определить протяженность патологического процесса и оценить

тяжесть заболевания. После выявления заболевания пациент находится на диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога пожизненно, соблюдает рекомендуемую диету и получает противорецидивное лечение.

Милюневская Н.А., Челкак Е.В., Завразина М.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

АУДИТОРНЫЕ НЕЙРОПАТИИ

Социальная значимость проблемы тугоухости и глухоты в детском возрасте обусловлена влиянием нарушения слуховой функции на речевое развитие ребенка, формирование интеллекта и личности в целом. (Таварткиладзе Г.А., Загорянская М.Е., 2009 г.).

На 2-м этапе аудиологического скрининга в областном центре реабилитации слуха за период с 2009-2014 г. проведено 3380 обследований, в 593 (17,5%) случаях выявлены нарушения слуховой функции. Только в 2014 г. по результатам обследований 455 детей установлено нарушение слуховой функции нейросенсорного характера у 118 (26%) человек, из них у 52 детей (из них 28-и детей в возрасте до года) диагностирована двусторонняя выраженная и тяжелая степень тугоухости. Среди детей раннего возраста в 3% случаев при аудиологическом обследовании определяется аудиторная нейропатия.

Аудиторные нейропатии - это функциональные нарушения или патологические изменения в периферическом отделе слухового анализатора (в функциональном комплексе, сформированном внутренними волосковыми клетками, нейронами спирального ганглия и синапсами 1 порядка между ВВК и улитковым нервом).

Этиологическими факторами, лежащими в основе развития аудиторной нейропатии являются генетическая и митохондриальная патология, недоношенность, вес при рождении менее 1500 гр, неонатальная гипербилирубинемия (более 350 мкмоль/л), врожденные пороки развития, асфиксия при родах (Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А., 2003 г.).

При аудиологическом обследовании во всех случаях регистрируется отоакустическая эмиссия и микрофонный потенциал (МП), свидетельствующие о сохранности наружных волосковых клеток (НВК). Пороги визуализации КСВП значительно снижены или отсутствуют, удлинены латентный период, регистрируется 1 пик. При импедансометрии не регистрируются рефлексы стремени мышцы. У части детей со временем исчезает ОАЭ, что свидетельствует о подавлении мотильности НВК.

Аудиометрические пороги слуха у данной группы детей варьируют от нормы до тугоухости тяжелой степени, характерна флюктуация тугоухости, реакции на речевые звуки и неречевые сигналы неустойчивые, нарушено понимание обращенной речи. С возрастом (к 12-36-48 мес.) поведенческие реакции ребенка на звук и речь могут улучшаться, аудиологические показатели стабилизируются, в том числе могут соответствовать норме. В тех случаях, когда положительная динамика не прослеживается, рекомендуется слухопротезирование.

При подборе слуховых аппаратов возникают сложности в связи с тем, что при аудиторной нейропатии нарушается временная обработка и кодирование временных характеристик речи, что приводит к диссоциации результатов тональной и речевой аудиометрии. Дети с отсутствием прогресса в восприятии и продукции речи рассматриваются как кандидаты на кохлеарную имплантацию, вне зависимости от порогов слышимости.

Клинический пример, ребенок К. Обратились впервые к сурдологу в возрасте 5,5 месяцев с жалобами на отсутствие реакции на звук игрушек. Анамнез жизни: Беременность протекала на фоне ОАГА, носительства ЦМВ, ВПГ, микоплазмы и хламидий. Роды в 34-35 нед. Масса при рождении 2800 гр. Оценка по Апгар 5/6 баллов. ИВЛ 1 нед. Диагноз: Внутриутробная пневмония 2-х сторонняя, тяжелая. ДН 2. Тяжелое перинатальное поражение ЦНС, перенесенный отек мозга. Кефалогематома правой теменной области. Анамнез заболевания: Тест на ОАЭ проводился в родильном доме - результат: «прошел» с 2-х сторон. Повторно обследован в поликлинике - тест ОАЭ - «прошел» с 2-х сторон. Аудиологический скрининг в КОКБ (проводился неоднократно) - ЗВОАЭ при обращении - регистрируется с 2-х сторон, в 6 мес. - сомнительная с 2-х сторон. По тимпанометрии - тип «А» с 2-х сторон,

Клинические аспекты терапии и педиатрии

рефлексы со стремениной мышцы не регистрируются. КСВП: С 2-х сторон определяются I, III пики при стимуляции на уровне 98 дБ НПС, I пик - на уровне 90 дБ НПС, V пик не определяется при стимуляции вплоть до 98 дБ НПС. Установлен диагноз: Тугоухость 4 степени по типу Аудиторной нейропатии. В возрасте 1 года ребенок слухопротезирован бинаурально цифровыми программируемыми сверхмощными с/а, к 2 годам в речи появились отдельные слова - «мама, папа, дай, на, пока».

Выводы.

1. В связи с тем, что аудиторная нейропатия не выявляется по результатам I этапа аудиологического скрининга, основанного на регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ), необходимо оценивать этиологические факторы и направлять детей на обследование - 2 этап аудиологического скрининга с целью регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов, импедансометрии с акустической рефлексометрией.

2. Дети с диагностированной аудиторной нейропатией подлежат динамическому наблюдению, неоднократному аудиологическому обследованию для принятия решений о видах реабилитации.

МиLINEвский И.В., ЗавраЗИна М.В.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Проблема лечения хронического тонзиллита (ХТ) должна быть под пристальным вниманием не только отоларингологов, но и врачей других специальностей в связи с широким распространением и развитием осложнений.

Основным этиологическим фактором в развитии ХТ и его осложнений остается β -гемолитический стрептококк группы А (пиогенный), а также золотистый стафилококк, гемолитические стафилококки. Важную роль играет дисбиоз глотки.

При проведении бактериологического обследования у пациентов ГАУЗ КОКБ с ХТ гемолитические формы стрептококков выявлены у 27% обследованных, золотистый стафилококк - у 19%, пневмококки - у 3%, клебсиеллы - в 4%. Гораздо реже в бактериограммах присутствуют эпидермальный стафилококк, негемолитические формы стрептококков и стафилококков (около 4-5%). По антибиотикограммам, высеянных из небных миндалин гемолитических стрептококков, отмечено наличие резистентности к азитромицину в 69% случаев, а к кларитромицину только в 17%. В случаях, когда были обнаружены в посевах золотистый стафилококк, выявлено наличие бета - лактамазы в 64% исследований, из них у 23% пациентов определена резистентность к «незащищенным» полусинтетикам пенициллинового ряда, а резистентность к клавуланатам (in vitro) получена в 16% наблюдений.

В связи с выше указанным существует необходимость в использовании различных местных антисептиков и антибиотиков при лечении ХТ, т.к. использование системных антибиотиков вне обострения и для профилактики не актуально.

Задачей проведенных наблюдений явилось обработка результатов лечения препаратом «БИОПАРОКС» как по стандартно рекомендуемой схеме, так и по предлагаемой нами методике. Во всех описанных случаях проводилось лечение на аппарате «тонзиллор» с использованием медикаментозной терапии. Забор материала для бактериологического исследования проводился до начала лечения и через неделю после проведенной терапии.

Все пациенты были разделены на 3 группы.

- В первую группу внесены 32 пациента, которым проводилось лечение препаратом «БИОПАРОКС» (по стандартной схеме) (по инструкции для применения по 4 дозы x 4 р. в день = 7 дней).

- Во второй группе наблюдались 34 больных, которым проводилось лечение препаратом «БИОПАРОКС» по схеме: по 4 дозы x 1 р. в день, непосредственно после лечения на аппарате «тонзиллор» = 7 дней.

- В 3-й группе 30 человек получали лекарственную терапию без использования «БИОПАРОКСА». После сеанса лечения местно использовали другие препараты.

Результаты бактериологического исследования, проведенного во всех 3-х группах. В первой и второй группах наблюдения отмечено отсутствие в 100% патогенной микрофлоры в виде пиогенного стрептококка и золотистого стафилококка. По результатам бактериограмм наличие условно-патогенной микрофлоры резко сократилось в первой группе проходящих лечение фузофунгином по стандартной схеме лечения. Во второй группе пациентов наблюдалось наличие в мазках из глотки зеленящего стрептококка и непатогенных нейсерий в малых титрах. Все пациенты отмечали отсутствие болей и дискомфорта после лечения.

В 1/3 наблюдений лечения без использования биопарокса наблюдалось наличие патогенного стрептококка и стафилококка в меньших, чем до начала лечения титрах. В половине случаев наблюдений у третьей группы пациентов отмечалось наличие болезненности и дискомфорта в глотке после санации миндалин на «тонзиллоре».

Выводы.

1. Препарат «БИОПАРОКС» является мощным местным антибиотиком, оказывает выраженное противовоспалительное действие.

2. Препарат «БИОПАРОКС» может быть применен вне обострения по предложенной нами схеме для лечения хр. тонзиллита при отсутствии противопоказаний.

3. Субъективное состояние пациента не всегда является критерием элиминации очага инфекции.

4. Проведение бактериального контроля необходимо для оценки качества проведенного лечения на аппарате «тонзиллор».

5. Лечение на аппарате «тонзиллор» является методом выбора при отсутствии показаний для тонзиллоэктомии, должно проводиться комплексно, регулярно и полноценно.

Нахратова О.В., Сотникова Ю.М., Кравченко О.С., Квиткова Л.В., Зинчук С.Ф.

Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии
Центральная научно-исследовательская лаборатория
ГБОУ ВПО «Кемеровской государственной медицинской академии»
ГБУЗ КОКБ
г.Кемерово, Россия

ТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ

Цель исследования. Оценить характер и частоту нарушений пищевого поведения и сна, определить хронобиологические типы у мужчин с абдоминальным ожирением и инфарктом миокарда в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 мужчин с абдоминальным типом ожирением (ОТ > 94 см), перенесшие инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМ). Возраст обследованных составил - 59,6 (52,2-67) лет. У всех больных определяли антропометрические параметры: массу тела (кг), рост (см), ИМТ (кг/м²), ОТ (см).

Пищевое поведение оценивалось по итоговому баллу в соответствии с критериями голландского опросника DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire T. Van Strein T. Van Strein 1986 г.). Продолжительность сна, качество сна, время засыпания, количество ночных пробуждений, качество утреннего пробуждения оценивалось с помощью балльной оценки субъективных характеристик сна (Левин Я.И. с соавт., 1995 г.). По шкале сонливости (Epworth) уточнялось состояние дневной сонливости. Показатель ≤ 9 баллов расценивался как норма (Johns M., 1991 г.). Определение хронотипа проводилось по сокращенному варианту международной анкеты Остберга (Horne J.A., Ostberg O., 1976). Индивидуальные психологические особенности пациентов оценивались с помощью шкалы тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S; Snaitth R.P., 1983 г.).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с данными голландского опросника, большая часть обследованных - 90,0% (n=27) имели нарушение пищевого поведения. Превалировал эмоциогенный тип - 53,5% (n=16). У 36,6% пациентов установлен экстернальный тип нарушения

Клинические аспекты терапии и педиатрии

пищевого поведения (n=11). У 10,0% пациентов (n=3) отклонений в пищевом поведении не выявлено.

При анализе типов нарушения сна основной жалобой у 28-и опрошенных (93,3%) был прерывистый сон: частое пробуждение, поверхностный сон, трудности засыпания после ночного пробуждения. У большинства пациентов - 53,3% имелась тенденция к сокращению продолжительности сна: в среднем 6-7 часов. У 6,6% опрошенных (n=2) инсомические расстройства отсутствовали. Результаты анкетирования с использованием шкалы сонливости позволили выявить патологическую дневную сонливость у 8-и пациентов - 26,6%. При определении биоритмологического типа у 46,6% (n=14) определялся вечерний хронотип (сова), у 33,3% (n=10) - промежуточный тип, у 20% (n=6) - тип жаворонок-утренний. В соответствии со шкалой тревоги и депрессии у 53,3% (n=16) пациентов диагностирована выраженная тревога, у 10,0% (n=3) - субклинически выраженная тревога.

Выводы.

1. Большинство пациентов с ожирением и ИМ имеют нарушение пищевого поведения - 90,0%: эмоциогенный тип - 53,5%, экстернальный тип - 36,6%.

2. 93,3% пациентов с ожирением и ИМ жалуются на нарушение сна.

3. Для лиц с ожирением и ИМ характерны следующие биоритмологические типы: вечерний хронотип (сова) - 46,6%, промежуточный тип - 33,3%, 20,0% - тип жаворонок-утренний.

4. Вечерний хронотип («совы») часто сочетается с эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения и с основным приемом пищи в вечернее время.

Оленев Е.А., Эседов Ф.А.

Новосибирский государственный медицинский университет
МБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника N 27»
г.Новосибирск, Россия

УРОВЕНЬ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Актуальность. Организация внебольничной медицинской помощи является одной из приоритетных задач в системе здравоохранения. Несомненно, самой актуальной проблемой считается обеспечение доступности и качества медицинской помощи на амбулаторном уровне, и эффективность ее связана с необходимостью переноса объемов оказания медицинской помощи населению на уровень амбулаторно-поликлинического звена. Терапевтическая служба играет основную роль в организации амбулаторно-поликлинической помощи.

По данным литературы, терапевтические больные составляют 43,0% от всех посещающих поликлиники и 90,0% лиц, посещаемых врачами на дому. На сегодняшний день процесс амбулаторного лечения пациентов заключается в нескольких контактах с врачом-терапевтом участковым, включающих: первичный прием, 2-3 повторных приема, завершающий прием. Промежуток времени между приемами обычно составляет 2-3 дня, в которые участковый врач-терапевт не имеет возможности наблюдать выполнение пациентом назначенного лечения.

Цель исследования. Определение степени выполнения пациентами назначенного лечения и выявления основных причин их невыполнения по данным социологического опроса в ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника N 27».

Материалы и методы исследования. Материалом послужили данные социологического опроса 200 пациентов, обратившихся в амбулаторную медицинскую организацию (ГБУЗ НСО «Клиническая консультативно-диагностическая поликлиника N 27»). Расчет выражался в процентах на 100 опрошенных.

Результаты исследования. Основная доля пациентов (58,0%) обратилась в поликлинику на второй день заболевания; 23,0% - на третий день; 8,0% - на четвертый день; 5,0% - в первый день. Почти у половины из них (48,0%) часто возникают вопросы к своему участковому врачу-терапевту между посещениями поликлиники в процессе лечения. При этом рекомендации

родственников и знакомых являются причиной нарушения режима у 68,0% пациентов, нежелание изменять привычный режим - у 55,0%, утрата информации о назначенном лечении - у 1,0%. Рекомендации родственников и знакомых являются причиной нарушения назначенной диеты у 45,5% пациентов, нежелание или отсутствие возможности изменить привычное питание - у 48,0%.

Причины нарушения пациентами приема назначенных лекарственных средств следующие: информация из масс-медиа - 23,5%; рекомендации родственников и знакомых - 20,0%; информация из периодической печати - 8,5%; чтение литературы по народной медицине - 8,5%; утрата информации о назначенном лечении - 0,5%. Большинство опрошенных (48,0%) не связывают возникшие осложнения с нарушением назначенного лечения, 35,5% пациентов отмечают, что при нарушении назначенного лечения возникали осложнения, и лишь у 18,0% опрошенных осложнений при нарушении назначенного лечения не возникало.

Выводы.

Таким образом, основная часть пациентов обращается на второй день заболевания. Среди основных причин нарушения пациентами приема лекарственных средств преобладает получение ими информация из масс-медиа. Почти половина пациентов не связывает возникшие осложнения с нарушением курса лечения.

**Онищенко Е.Г., Вахрушев А.К., Позднякова О.А., Пахтусова Н.И. Грудцына И.В.,
Варфоломеева Е.П., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Котарова А.В.**

ГБОУ ДПО НГИУВ МЗ РФ
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДАБИГАТРАНОМ

Кардиоэмболические осложнения (ишемический инсульт и системные тромбоэмболии) являются тяжелыми последствиями фибрилляции предсердий (ФП). Средство их профилактики - постоянный прием антикоагулянтов, которые, согласно современным рекомендациям, показаны всем больным с ФП, имеющим дополнительные факторы риска сердечно-сосудистых осложнений.

В лечении пациентов с неклапанной ФП наряду с варфарином используются «новые» пероральные антикоагулянты (дабигатран, апиксабан, ривароксабан), которые характеризуются высокой эффективностью и безопасностью и не требуют лабораторного контроля. Дабигатран в лечении больных с неклапанной ФП зарегистрирован в России первым, и, соответственно, опыт его применения несколько больше, чем у других препаратов.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность дабигатрана в лечении больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 40 больных в возрасте от 52 до 88 лет, из них 19 женщин и 21 мужчина (средний возраст - $67,6 \pm 7,87$ лет) с неклапанной ФП, получавших лечение дабигатраном. С постоянной формой ФП было 23 пациента, с персистирующей - 8, с пароксизмальной - 9.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ФК (NYHA) была у 16 пациентов, II ФК - у 18, III ФК - у 4-х пациентов, 2-а пациента не имели признаков ХСН. У всех пациентов имелась артериальная гипертензия II-III степени, у 5-и пациентов в анамнезе был перенесенный ишемический инсульт, у 5-и пациентов был сахарный диабет 2 типа.

По шкале CHA₂DS₂-VASc все пациенты имели сумму 2 и более баллов, из них 13 человек - 2 балла, 8 - 3 балла, 9 - 4 балла, 6 - 5 баллов, 3 - 6 баллов, 1 - 7 баллов, по шкале HAS-BLED 6 пациентов имели высокий риск кровотечений - сумма баллов 3 и более, с низким риском кровотечений было 34 человека.

Длительность приема дабигатрана составила в среднем 1,5 года (от 1 до 2 лет).

Препарат был назначен в дозе 150 мг 2 раза/сут. у 34 пациентов, 6 человек получали дабигатран в дозе 110 мг 2р./сут.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

За период наблюдения у 2-х больных возникли геморрагические осложнения: у одного пациента - малое кровотечение из ЖКТ, у другого - подкожная гематома. Эти пациенты (женщины, 76 и 80 лет) имели высокий риск кровотечений - 6 баллов по шкале HAS-BLED и получали дабигатран в дозе 110 мг 2 р./сут.

Кроме того, при анализе случаев установлено, что до начала лечения антикоагулянтном было проведено недостаточное обследование - у данных пациенток исходно была анемия, генез которой не был уточнен. У одного больного (мужчина, 58 лет) развилась повторная тромбоэмболия легочной артерии). При тщательном анализе удалось выяснить, что у данного пациента до случившегося осложнения был недельный перерыв в приеме дабигатрана.

Выводы.

Ведение пациентов с ФП требует внимательного отношения к подбору адекватной антикоагулянтной терапии и регулярно приему препарата. В начале терапии антикоагулянтами необходимо тщательное обследование пациентов для уточнения степени риска возможных геморрагических осложнений и их предупреждения.

Большим преимуществом «новых» пероральных антикоагулянтов является отсутствие необходимости в лабораторном контроле, что, несомненно, повышает приверженность пациентов к лечению, сохраняя при этом его высокую эффективность.

Онищенко Е.Г., Попова Н.И., Мальцева И.А.

МБЛПУ «ГКБ N1»
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Больной Ч., 19 лет, госпитализирован в стационар с профосмотра, где при отсутствии жалоб были выявлены изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) - QS в отведениях V1-2 с положительным зубцом Т. В анамнезе в течение года эпизоды кратковременных колющих болей в левой половине грудной клетки, не связанных с физическими нагрузками.

Физическая активность высокая, занимается физической культурой и спортом - бег, лыжи, коньки. Вредных привычек нет, наследственность по сердечнососудистым заболеваниям не отягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное, нормального питания (масса тела - 60 кг, рост - 170 см, ИМТ-20 кг/м², окружность талии 72 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, частота дыхательных движений 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 74 удара в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови все показатели в пределах нормы - общий холестерин - 4,1 ммоль/л, ХС ЛНП - 2,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 0,68 ммоль/л, глюкоза - 5,4 ммоль/л, АСТ - 0,59 мккат/л, АЛТ - 0,50 мккат/л, КФК - 5,63 мккат/л, ЛДГ - 8,43 мккат/л, креатинин - 83 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, фибриноген - 3,5 г/л, билирубин - 8,0 ммоль/л, общий белок - 73,7 г/л.

По ЭКГ - синусовый ритм, с ЧСС - 70 в 1 минуту, вертикальное положение электрической оси сердца, QS V1-2 с переходом в положительный зубец Т, в последующем - без динамики. Суточное мониторирование ЭКГ - синусовый ритм, зарегистрирован 1 эпизод пароксизмальной наджелудочковой тахикардии в дневное время (2 сек). Велэргометрический тест - толерантность к физической нагрузке высокая, 150 Вт, в ходе нагрузки - депрессия ST II 1,3 мм, III - 2,4 мм, AVF - 1,9 мм, V5 - 1,0 мм, V6 - 1,2 мм, косовосходящая, критерии прекращения

пробы - достижение субмаксимальной ЧСС. Данные эхокардиографии (ЭХОКГ): ЛП - 2,8 см, КДР ЛЖ - 4,5 см, КСР ЛЖ - 3,0 см, МЖП - 0,83 см, ЗС ЛЖ - 0,87 см, ПЖ - 2,3 см, ФВ - 50%, гипокинез верхних 2/3 МЖП, заключение - размер полостей сердца, толщина миокарда в пределах нормы, систолическая функция миокарда удовлетворительная, гипокинез верхних 2/3 МЖП, регургитация на МК, ТК и ПК допустимая, давление в ЛА в пределах нормы, аномально расположенная хорда в ЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки - без патологических изменений.

Выписан из стационара с диагнозом ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ХСН 0.

Амбулаторно в кардиохирургическом центре проведены ЭХОКГ (повторно) и скинтиграфия миокарда. По ЭХОКГ: ЛП - 3,8 см, КДР ЛЖ - 5 см, КСР ЛЖ - 3 см, ПЖ - 1,8 см МЖП - 1 см, ЗС ЛЖ - 1 см, ФВ - 70%, отделы сердца не изменены, в полости ЛЖ в средней/3 МЖП крепится ложное сухожилие (хорда), атипичное движение МЖП, компенсаторная гиперкинезия ЗС ЛЖ, створки митрального клапана пролабируют на 0,5 см, регургитация 0-1 степени, трансмитральный кровоток - Е/А 1,3, АК, ТК, ПК - изменений не выявлено, давление в ЛА - 20 мм рт. ст, заключение - сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная, пролапс митрального клапана 1 степени, ложное сухожилие ЛЖ. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда с ^{99m}Tc - по результатам исследования с фармакологической нагрузкой (АТФ) достоверно дефектов перфузии миокарда ЛЖ не выявлено. Диагноз: Синдром дисплазии соединительной ткани, пролапс митрального клапана 1 степени (без гемодинамических нарушений), аномальная хорда ЛЖ.

Заключение.

Для постановки диагноза необходим, прежде всего, тщательный анализ жалоб и анамнеза пациента, при необходимости - дополнительное инструментальное обследование с целью уточнения диагноза и принятия решения о лечебной тактике.

Отдушкина Л.Ю.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ВИРУЛЕНТНОСТЬ ЭНТЕРОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Энтерококки, входящие в состав нормальной микрофлоры пищеварительного тракта человека, играют важную роль в обеспечении колонизационной резистентности слизистых. В то же время они являются представителями группы условно-патогенных бактерий, способных вызывать аутоинфекцию. Увеличение числа лиц с иммунодефицитными состояниями ведет к нарастанию случаев инфекционных процессов, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, в том числе и энтерококками. Учитывая усиливающие клиническое значение энтерококков как возбудителей оппортунистических и нозокомиальных инфекций, представляется важным изучение экспрессии факторов вирулентности у них при различных патологических состояниях макроорганизма.

Цель исследования. Изучение видового состава и факторов патогенности энтерококков, выделенных из кишечного биотопа детей с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 90 штаммов энтерококков, в том числе 68 культур, выделенных из содержимого толстой кишки ВИЧ-инфицированных детей (II-III иммунной категории) и 22 штаммов от ВИЧ-негативных детей. Исследование было построено по типу «случай-контроль».

В опытную группу вошли 73 ребенка с ВИЧ-инфекцией, средний возраст детей составил $2,3 \pm 0,2$ года. Группа сравнения включала 30 ВИЧ-негативных относительно здоровых детей. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Выделение энтерококков осуществляли общепринятыми методами. Идентификацию проводили на основании морфологических, тинкториальных, культуральных и биохимических свойств; биохимический профиль изучали с использованием коммерческих тест-систем ПБДС (г. Нижний Новгород). Адгезивные свойства микроорганизмов изучали согласно методике В.И. Брилиса. Липолитическую и ДНКазную активность стафилококков исследовали методом посева на Trybutthirit Base Agar

Клинические аспекты терапии и педиатрии

(HiMedia) и DNA Base Agar (HiMedia).

Для статистического анализа использовали пакет прикладных программ Statistica (версия 6.1 лицензионное соглашение ВХХР 006ВО92218 FAN 11). Сравнение контрольных и опытных частот проводили с помощью критерия Х². Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Видовая структура энтерококков у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-негативных детей характеризовалась отсутствием статистически значимых различий ($p > 0,05$). Среди энтерококков доминировали *E. faecalis*, доля которых составила 67% и 79% соответственно. Второе место у ВИЧ-инфицированных занимал *E. faecium*, составивший 32% случаев, в группе сравнения на долю *E. faecium* приходился 21%.

Изучение факторов вирулентности энтерококков, изолированных из кишечника ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных детей, позволило выявить значительные отличия в их адгезивной активности. Так, у ВИЧ-инфицированных детей 22% штамма оказались высокоадгезивными.

В группе сравнения высокой способностью к адгезии обладали только 4,4% штамма. В большинстве случаев энтерококки в сравниваемых группах были представлены среднеадгезивными штаммами (46% и 20% соответственно).

Доля штаммов с низкой способностью к адгезии у ВИЧ-позитивных детей не превышала 15%, в группе сравнения - 10%. Неадгезивные штаммы энтерококков в основной группе составили 16% и в группе сравнения - 3% штаммов.

Количество штаммов энтерококков, обладающих липазной активностью в основной группе было в 2,5 раза больше (22%), чем в группе сравнения (9%); а ДНКазная активность была присуща только энтерококкам, выделенным от ВИЧ-инфицированных детей (3%). В 6 раз чаще в кишечном содержимом ВИЧ-позитивных детей определялись гемолизин продуцирующие штаммы энтерококков (19% и 3% соответственно).

Выводы.

Энтерококки, выделенные из кишечника ВИЧ-инфицированных детей обладают более высокой способностью к адгезии к инвазии, что способствует развитию гнойно-воспалительных осложнений у данной категории лиц.

Пасиешвили Л.М., Коряк В.В.

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТЕОПОРОЗОМ

Неумолимая статистика ВОЗ констатирует, что в мире насчитывается более 300 млн. больных сахарным диабетом (СД). Начавшись в молодом или зрелом возрасте, заболевание имеет волнообразное течение, а также приводит к раннему развитию осложнений со стороны многих органов и систем.

Одной из таких систем является костно-суставная, метаболические изменения в которой сопровождаются развитием остеопороза (ОП). Участие остеолога в диагностике ОП и лечении таких больных обусловлено частым и ранним развитием данного осложнения, его влиянием на качество и продолжительность жизни пациентов.

Формированию ОП у больных СД способствуют: дефицит инсулина, который оказывает прямую стимуляцию на остеобласты и синтез активных метаболитов витамина D, в присутствии которого происходит всасывание кальция в кишечнике; повышение секреции и активности паратгормона: итог - отрицательный баланс неорганических элементов в организме и усиление резорбции костной ткани. Прямое влияние на костную ткань оказывает высокая концентрация глюкозы в крови; немаловажное значение придается развитию иммунного воспаления, нарушению всех видов обмена и ангионейропатии, что вызывает уменьшение костного кровотока.

Развитию ОП способствует снижение уровня половых гормонов, дефицит соматотропного гормона (приводит к образованию атипичных мукополисахаридов с нарушением костного матрикса); развитие гипоксии и преобладание анаэробного гликолиза (ранние изменения в

костной ткани). Таким образом, уже на ранних этапах развития СД создаются предпосылки к формированию остеопенических состояний.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости ОП и разработка реабилитационных мероприятий у лиц молодого возраста с СД 1 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных СД 1 типа в возрасте от 18 до 29 лет и длительностью заболевания от 2-х до 14-и лет. Среди больных преобладали женщины (56,25%). Общепринятые методы исследования при СД дополняли денситометрией, исследованием общего и ионизированного кальция в сыворотке крови, консультациями невролога и остеолога.

Результаты исследования. У 29 пациентов (90,6%) течение СД сопровождалось полинейропатией, причем у 7 (24,1%) из них она возникла в первые 2 года формирования заболевания. Проведенная денситометрия дала возможность определить нормальные показатели костной ткани в 4-х случаях (12,5%); в 9 (28,1%) - развитие остеопении и у 19 больных (59,4%) разной степени выраженности остеопороз.

Полученные результаты были подтверждены отрицательным кальциевым балансом с перераспределением общего и ионизированного кальция сыворотки крови между биологическими жидкостями - клеткой и межклеточным пространством. Совместно эндокринологом и остеологом был выработан план ведения таких больных.

При составлении диеты в рацион вводили продукты питания с повышенным содержанием кальция. Так, практически в неограниченном количестве рекомендовали прием капусты (белокачанной, в 100 г которой содержится 106 мг кальция, цветной - 123 мг или сушеной - 423 мг); укропа, петрушки (325 мг Са), листьев салата (77 мг Са), лука-пера (80 мг), гарбуза (245 мг). 100 г яблок покрывали в рационе 111 мг Са, абрикос - 160 мг, маслин - 122 мг, моркови - 43 мг. Молочные продукты, содержащие достаточное количество кальция, несколько ограничивали в диете из-за их высокой калорийности. Так, в 100 мл козьего молока содержится 147 мг Са, овечьего - 180 мг, коровьего - 120 мг; нежирных сортах сыра - 160 мг, йогурта - 200 мг. Наиболее калорийные продукты, содержащие кальций, вводили в рацион с пересчетом на хлебные единицы.

В качестве пищевых добавок назначали препараты кальция - кальцемин, кальцемин-аванс, кальций-Д3-никомед. При ОП в терапии дополнительно использовали бивалос по 2 г препарата в течение 2-3 месяцев; курсы лечения - 2-3 раза в год.

При этом повторный осмотр остеолога осуществляли 2 раза в год с контролем денситометрии 1 раз в год. Такое ведение больных позволило контролировать кальциевый гомеостаз и, следовательно, течение ОП.

Перевощикова Н.К., Виниченко С.Н., Бурмистрова Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА

Среди факторов, влияющих на формирование здоровья, немаловажное значение имеют здоровье родителей, условия среды проживания, питания, общий культурный уровень, течение беременности, родов, раннего периода адаптации новорожденных. Проведен анализ медико-социальных особенностей 126 семей детей, посещающих подготовительную группу ДООУ.

Подавляющее большинство родителей было в возрасте 19-30 лет (87,3% матерей и 77,78% отцов). Первородящими были 80 матерей (63,49%), при этом первая беременность была только у 48 женщин, у остальных предшествовали аборт. Каждая третья мать и практически все отцы (87,3%) курили. Злоупотребление алкоголем отмечалось у 4,76% отцов.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза только у 11 женщин (8,73%) беременность протекала без патологии. Хронические инфекции были выявлены у 11,9%

Клинические аспекты терапии и педиатрии

женщин, фетоплацентарная недостаточность - 53,18%, гестоз - 45,42%, угроза преждевременных родов - 26,99%. У большинства женщин роды были срочные (73,81%), преждевременные роды в 21% случаев и роды путем кесарева сечения в 16,67%.

При рождении масса тела новорожденных ниже 2500 г регистрировалась у 13,49% детей (n=17), от 2500 до 3000 - 36,51% (n=46), от 3000 до 4000 - 44,5% (n=57) и более 4000 у 4,76% (n=6). Подавляющее число новорожденных имели длину тела от 50 до 57 см (80,95%). Задержка внутриутробного развития встречалась у каждого восьмого ребенка (12,77%, n=16). Только половина детей (51,59%) при рождении были здоровы. У 46 новорожденных отмечалась легкая степень энцефалопатии (36,5%), у 11,91% детей - поражение ЦНС средней и тяжелой степени. С момента рождения на искусственном вскармливании находилось 10,5% детей (n=12). Грудное молоко получали до 6 месяцев 65,87% детей, до 12 месяцев - 49,21%. В подавляющем числе случаев проводилась профилактика рахита (88,1%) и анемии (75,4%).

Большинство детей воспитывались в полной семье (66,67%, n=86). Из 38 неполных семей в 36 случаях детей воспитывала только мать. Представители III поколения проживали в каждой пятой семье. Двое детей находили под опекой бабушек. Одно и более высших образований имели 53,18% (n=67) родителей, средне специальное - 44,45% (n=56) и среднее - 2,47% (n=3). Большинство семей оценивали свой доход как средний (52,97%), в 8% случаев средний доход на одного члена семьи был ниже прожиточного минимума.

Условия проживания практически у всех детей были удовлетворительными: 74,6% проживали в отдельной квартире, 22,22% в частных домах, четыре ребенка проживали в семейных общежитиях (площадь на одного человека менее 4 м²).

Важную роль в воспитании родители отводили занятиям спорта: 75,4% детей посещали бассейн, танцы, занимались гимнастикой, борьбой. Однако сами родители регулярно занимались спортом лишь в 20%. Анализ режимных моментов в выходные дни показал значительное ограничение пребывания детей на свежем воздухе - 40,48% находились менее 2 часов на прогулке и 42,86% 2-3 часа. В выходные дни мясо употребляли 41,27% детей, молочные продукты 83,13%. Ограничение употребление молочных продуктов, яиц, фруктов и овощей у 9% детей было связано с пищевой аллергией. Наиболее частый продукт, получаемый всеми детьми ежедневно - макароны.

При анализе состояния здоровья детей в возрасте 6-7 лет I группа здоровья была диагностирована у 14,29% детей. Большинство детей относились ко II группе здоровья (83,3%): заболевания костно-мышечной системы - 38%, патология нервной системы (ЗРР, ММД, СДВГ) - 34%, ЛОР патология - 23%, аллергические заболевания у 23% детей.

Наличие функциональных нарушений у большинства детей диктуют необходимость совершенствования оздоровительных мероприятий в дошкольных образовательных учреждениях.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
г.Барнаул, Россия

СВЯЗЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются глобальной проблемой современной медицины. Они составляют одну из наиболее частых причин инвалидизации и смертности населения в мире. Частота ВТЭО составляет 1-2 случая в общей популяции на 1000 населения в год, а фатальная ТЭЛА занимает третье место в структуре причин внезапной смерти.

Тромботическое поражение венозного русла является острым состоянием, развивающимся в результате комплексного действия ряда факторов. В настоящее время доказано, что в патогенезе венозных тромбозов ключевую роль играют эндотелиальная дисфункция и процессы

воспаления.

К одним из наиболее значимых маркеров воспалительного ответа, а также эндотелиальной дисфункции (ЭД) на сегодняшний день является высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ). Повышение в крови СРБ у пациентов с ВТЭО является важным маркером в проявлении патологического процесса в венозном русле, главным звеном которого является повреждение эндотелия, которое сопряжено с активацией системы гемостаза и повышенным тромбообразованием. Повышение СРБ в крови воздействует на сосудистый эндотелий, в результате чего он подвергается деструкции, утрачивает тромборезистентность, теряет способность противостоять агрегации тромбоцитов и фибринообразованию.

Нами было изучено содержание гомоцистеина (ГЦ) и С-реактивного белка в сыворотке крови у 112-и пациентов основной группы (66 мужчин и 46 женщин) с документально подтвержденными ВТЭО. Средний возраст больных составил $43,1 \pm 2,2$ лет, мужчин $44,7 \pm 3,0$ лет, женщин $40,7 \pm 3,1$ лет. Из них у 16 пациентов - тромбоз подкожных вен нижних конечностей (ТПВ), у 51-го пациента - тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ), у 13 пациентов - тромбоз глубоких вен сочетался с тромбозом в поверхностных венах (ТПВ+ТГВ), а у 32-х пациентов с тромбоз глубоких вен осложнялся тромбозом легочной артерии (ТЭЛА).

Для сравнения была сформирована группа контроля из 23-х практически здоровых лиц. У всех лиц основной группы и группы сравнения было изучено содержание С-реактивного белка и гомоцистеина в сыворотке крови. За верхнюю границу ГЦ у лиц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимали $11,0$ мкмоль/л ($\bar{x} = 9,6 + 2SD$).

В исследовании установлено патологическое влияние гипергомоцистеинемии (ГГЦ) на эндотелий с развитием эндотелиальной дисфункции и активацией воспалительного процесса, которые сопровождаются повышением содержания СРБ в сыворотке крови у больных ВТЭО. Эта тенденция наблюдается при всех рассмотренных клинических вариантах - тромбозе подкожных и глубоких вен, их сочетании, а также при ТЭЛА. Среднее содержание ГЦ у больных с ВТЭО - в 1,4 раза выше, а среднее содержание СРБ - в 1,3 раза выше, чем в группе контроля.

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

Установленная взаимосвязь между ГГЦ и выраженностью повреждения эндотелия, а также выраженностью воспалительного ответа при ВТЭО имеет, на наш взгляд, принципиальное значение, поскольку указывает на ассоциативное участие этих основных факторов риска в патогенезе венозного тромбоза и свидетельствует о необходимости их изучения и устранения у больных с ВТЭО.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
г.Барнаул, Россия

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Цель исследования. Изучить молекулярно-генетические основы для возникновения и развития тромбоза глубоких вен (ТГВ), осложненного тромбозом легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 106 пациентов (59 мужчин и 47 женщин) с документально подтвержденным ТГВ и ТЭЛА (основная группа) в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст - $41,2 \pm 2,2$ лет).

В обеих группах были исследованы генетических полиморфизмов ДНК: F1 (455 G/A), FII (20210 G/A), V_{Leiden} (1691 G/A).

Результаты и обсуждение. Изучение аллельного полиморфизма генов, кодирующих компоненты коагуляционного у больных с ТГВ и ТЭЛА установило статистически значимые различия в частоте встречаемости аллелей для носительства мутаций генов F1, FII и FV_{Leiden}.

Для определения прогностической значимости молекулярно-генетических изменений

Клинические аспекты терапии и педиатрии

проведен анализ результатов генотипирования пациентов и контрольной группы. Частоты встречаемости аллелей и генотипов определяли прямым подсчетом. Статистическая значимость различий встречаемости генотипов в анализируемых группах оценивалась по критерию z для долей.

Оценку отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга и анализ ассоциативных связей внутри генотипических сочетаний, а так же оценку степени различий в частоте встречаемости аллелей и генотипов проводили с помощью точного критерия Фишера.

Носительство патологического аллеля «455 А» гена F1 у больных с ТГВ и ТЭЛА наблюдалось в 3,1 раза чаще, чем в контроле (41,2% против 13,4%; $p=0,0008$). При этом ОШ развития ТГВ и ТЭЛА увеличилось в 4,5 раза (OR=4,5; 95% CI: 1,902-10,1; $p=0,00033$). Общее ОШ развития ТГВ и ТЭЛА при носительстве мутаций фактора F1 «455 G → A» возрастает в 7,5 раза (common OR=7,5; $p=0,00008$).

Частота встречаемости мутантного аллеля «20210 А» гена FII у больных основной группы наблюдалась в 3,8 раза чаще, чем в контроле (13,6% против 3,6%; $p<0,05$). При этом риск развития ТГВ и ТЭЛА увеличивался в 3,9 раза (OR=3,9; 95% CI: 1,333-11,569; $p=0,016$). Общее ОШ развития ТГВ и ТЭЛА при носительстве мутаций фактора FII «20210 G → A» возрастает в 4,2 раза (common OR=4,2; $p=0,006$).

Доля больных в основной группе с патологическим аллелем «1691 А» гена FV наблюдалась в 10,4 раза чаще, чем в группе контроля (25,0% против 2,4%; $p=0,0001$). При этом риск развития заболевания возрос в 13,4 раза (OR=13,4; 95% CI: 4,242-42,431; $p<0,0001$). Общее ОШ развития ТГВ при носительстве аллельного полиморфизма гена FV «1691 G → A» возрастает в 19,8 раза (common OR=19,8; $p<0,00001$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о полигенном характере молекулярных механизмов, оказывающих влияние на развитие ТГВ и ТЭЛА, а также о влиянии полиморфизма генов, вовлеченных в регуляцию функциональной активности системы гемостаза на риск развития венозного тромбоза.

Выводы.

На развитие ТЭЛА у больных с ТГВ оказывает влияние полигенный характер полиморфизмов ДНК, кодирующих компоненты коагуляционного. Носительство патологических аллелей гена F1 увеличивает риск развития ТГВ и ТЭЛА в 4,5 раза, гена FII - в 3,9 раза, гена FV - в 13,4 раза.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
г.Барнаул, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цель исследования. Изучить взаимосвязь, особенности распределения аллельного полиморфизма генов фолатного цикла и содержания гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 122 пациента (69 мужчин и 53 женщины) с подтвержденными ВТЭО в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст $43,3 \pm 2,0$ года). С тромбозом вен нижних конечностей (ТВНК) было обследовано 90 пациентов, а с тромбозом глубоких вен (ТГВ), осложненным тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), - 32 пациента.

Группу контроля составили 156 здоровых лиц и доноров (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет. У всех больных с ВТЭО был исследован аллельный полиморфизм трех генов фолатной группы (MTHFR 677 C → T, MTR 2756 A → G, MTRR 66 A → G), участвующих в метаболизме ГЦ, а также содержание ГЦ в сыворотке крови. Исследование содержания ГЦ и полиморфизмов ДНК проводилось в остром периоде.

Результаты исследования. Все больные с ВТЭО были разделены на 4 группы в зависимости

от особенностей распределения полиморфизма генов фолатной группы. Статистически значимых различий по возрасту в анализируемых подгруппах установлено не было ($p > 0,05$). Оказалось, что у 30 пациентов (24,6%) первой группы, несмотря на отсутствие патологических аллелей генов фолатной группы, содержание ГЦ было повышенным и составляло $12,7 \pm 1,1$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

У больных с ВТЭО во второй группе (41,8% случаев) носительство мутаций хотя бы одного гена фолатного цикла приводило к развитию «умеренной» ГЦ. Доля больных в этой группе имеющих патологические аллели гена MTHFR - в 18,9% случаев, что увеличивало у них среднее содержание ГЦ на 27,6% по сравнению с группой контроля ($12,7 \pm 0,8$ против $9,95 \pm 0,47$ мкмоль/л; $p < 0,001$).

Носительство мутаций гена MTR обнаружено у 9,0% больных, что способствовало увеличению содержания ГЦ на 26,6% ($12,6 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$), тогда как доля носителей патологических гомозигот и гетерозигот гена MTRR - у 13,9% больных, что приводило у носителей этой комбинации к повышению содержания ГЦ на 31,7% ($13,1 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$). Среднее содержание ГЦ в этой группе больных при носительстве мутации одного гена фолатной группы составило $12,8 \pm 0,5$ мкмоль/л ($p < 0,001$ по отношению к контролю).

Одновременное носительство мутаций двух генов фолатной группы у больных с ВТЭО (третья группа) приводило к развитию у них более высоких значений ГЦ в сыворотке крови. Доля носителей в этой группе двух патологических аллелей генов фолатного цикла наблюдалась в 25,4% случаев.

Наличие комбинаций патологических аллелей генов MTHFR и MTR сопровождалось увеличением среднего содержания ГЦ на 67,8% ($p < 0,001$). Комбинация патологических гомо- и гетерозигот генов MTHFR и MTRR приводила к повышению содержания ГЦ на 48,7% ($p < 0,001$). Комбинация полиморфизма генов MTR и MTRR приводила к увеличению содержания ГЦ на 72,9% ($p < 0,001$). При комбинации аллельного полиморфизма трех генов фолатной группы у больных с ВТЭО содержание ГЦ в сыворотке крови повышалось на 83,9% ($p < 0,001$).

Выводы.

У больных с ВТЭО причиной ГЦ в 75,4% случаев являются мутации генов фолатного цикла. Носительство патологических аллелей одного, двух или трех генов фолатного цикла приводит к последовательному увеличению содержания ГЦ в крови.

Петров А.Г., Одинцева О.В., Часовских Е.В., Хиль Е.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово

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

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Интенсивная механизация подземной добычи угля ведет к возникновению высоких уровней шума и вибрации, действию которых подвергаются горнорабочие при выполнении основных производственных операций, которые способствуют возникновению различных профессиональных заболеваний.

Профессиональные заболевания от воздействия физических факторов оказывают негативное воздействие на физический и психосоциальный статус пациентов, степень которого определяется субъективными особенностями пациентов.

Согласно определению ВОЗ, «качество жизни - это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для

Клинические аспекты терапии и педиатрии

достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются». Из этого определения следует, что сущность качества жизни имеет социально-психологическую природу и заключается в оценке индивидом собственной удовлетворенности различными аспектами своей жизни в социуме относительно тех своих психологических особенностей, которые связаны с уровнем запросов.

С целью исследования влияния социальных факторов на качество жизни работников угольной отрасли разработан новый метод оценки индивидуального качества жизни шахтеров, основанный на определении качества жизни, предложенном Всемирной организацией здравоохранения.

Предложенный метод оценки индивидуального КЖ апробирован в рамках исследования КЖ шахтеров. В исследование были включены 200 шахтеров, которые прошли лечение в профпатологическом отделении стационара областной больницы. Средний возраст респондентов составил 55 ± 4 года.

В рамках данного метода оценки показатель качества жизни изменяется в диапазоне от 4 до 100%.

Метод основан на использовании индексов типа отношений. Каждый индекс является отношением удовлетворенности определенным аспектом жизни к соответствующему уровню психологических притязаний. Сумма значений индексов является показателем КЖ.

Для обозначения уровней КЖ использовали следующую шкалу: менее 20% - очень низкий, 21-40% - низкий, 41-60% - средний, 61-80% - высокий, 81-100% - очень высокий уровень.

Средний показатель КЖ обследованных составил $27,74 \pm 2,1\%$. Согласно приведенной выше шкале, средний уровень КЖ шахтеров является низким. Среднее значение индекса удовлетворенности прошлым составило $12,94 \pm 3,7\%$, удовлетворенности настоящим $4,21 \pm 2,3\%$, удовлетворенности будущим $3,62 \pm 1,9\%$, социальной удовлетворенности $5,91 \pm 2,8\%$ и индекс оценки здоровья $4,25 \pm 2,4\%$.

Установлено, что ведущими факторами низкого качества жизни работников угольной отрасли являются обеспокоенность своим здоровьем и качество социализации.

Таким образом, одним из основных факторов, детерминирующих показатель КЖ, выступает субъективная оценка здоровья, что доказывает важность оценки качества жизни как интегрального показателя, тесно связанного со здоровьем, что позволяет использовать этот метод в профилактической медицине.

Петров А.Г., Одинцева О.В., Смальева Е.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В современных условиях в угольной отрасли важное значение имеет своевременное выявление профессиональных заболеваний, качество лечения и приверженности к лечению пациентов.

Исследования многих авторов показывают, что основной причиной неэффективности лечения при различных заболеваниях является несоблюдение пациентами врачебных назначений. Данная проблема признается в современных условиях одной из самых серьезных и распространенных трудностей в клинической практике и называется проблемой комплаентности.

Комплаенс - это точное выполнение пациентом всех врачебных рекомендаций и назначений в рамках профилактики, лечения заболевания и реабилитации.

Исследованиями установлено, что основные факторы, влияющие на пациентский комплаенс: социально - демографические и экономические характеристики, состояние здоровья, медицинская и фармацевтическая культура пациента, информированность о медицинских

и фармацевтических услугах, приверженность пациентов к врачебным рекомендациям и др.

Исследованы показатели состояния здоровья шахтеров на основе самооценки здоровья. С помощью информации, полученной по данному блоку вопросов установлено, что в среднем самооценка здоровья респондентов удовлетворительная - 66%, плохая - 30%, хорошая - 3% и очень плохая - 1%.

Выявлено, что даже при ухудшении здоровья обращались к врачу только 26,6% респондентов, остальные - 73,4% не обращались.

По результатам опроса установлено, что 80,7% респондентов удовлетворены информацией о правилах приема ЛС, 87,1% респондентов обращаются за дополнительной информацией к аптечному работнику, 67,1% респондентов советуются с врачом о лекарствах, о которых они узнали из рекламы, специальных журналов и книг.

Положительное отношение к здоровому образу жизни высказали 92,6%, но из них 54,3% не всегда выполняют правила здорового образа жизни.

Исследованиями установлено, что 82,9% респондентов выполняют предписания врачей, не выполняют - 17,1%. Из них из-за недоверия к своему лечащему врачу - 21,4%, предпочитают самолечение - 42,8% и по другим причинам - 8,5%. Обсуждают с врачом назначаемые лекарства, особенно нежелательные побочные эффекты 86,2% респондентов.

Наиболее распространенными причинами невыполнения предписаний по приему ЛС являются возникшее улучшение состояния и появление побочных эффектов ЛС.

Таким образом, приверженность пациентов к лечению при профессиональных заболеваниях может быть улучшена, если соблюдаются следующие условия: назначения ЛС хорошо продуманы, врач и провизор устанавливают доверительные отношения с пациентом, уважают его мнение и поддерживают желание вести диалог, что делает пациента партнером в проводимой терапии, так как внутреннее согласие пациента с предписаниями врача, т.е. назначенной схемой лечения, является одним из важнейших условий фармакотерапии.

Пикас О.Б.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
г.Киев, Украина

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Основным субстратом в процессах перекисного окисления липидов являются полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). ПНЖК влияют на ригидность и антиоксидантную устойчивость мембран, состав которых изменяется при патологических процессах.

Цель исследования. Изучить и оценить метаболизм липидов в плазме крови у больных казеозной пневмонией (за количеством жирных кислот (ЖК)) и определить их роль в развитии болезни.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 103 (62,42% из 165) здоровых лица, возраст которых 18-65 лет (I группа, контрольная) и 62 (37,58% из 165) больных казеозной пневмонией (II группа). Здоровые лица и больные фиброзно-кавернозным туберкулезом легких не курили сигареты и не участвовали в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Состав жирных кислот в плазме крови определяли биохимическим методом на газо-жидкостном хроматографе «Цвет - 500» с плазмой ионизационным детектором в изотермическом режиме. Ошибка определения показателей составила $\pm 10\%$.

Результаты и их обсуждение. Были установлены существенные изменения состава жирных кислот липидов в плазме крови у больных казеозной пневмонией, которые проявлялись достоверным повышением суммарного уровня насыщенных ЖК (до $77,6 \pm 2,3\%$) при $50,5 \pm 1,6\%$ у здоровых лиц, $p < 0,001$) на фоне снижения суммарного количества ненасыщенных (до $22,4 \pm 2,3\%$) при $49,5 \pm 1,6\%$ у здоровых лиц, $p < 0,001$) и полиненасыщенных ЖК (до $14,4 \pm 2,0\%$) при $33,3 \pm 1,5\%$ в группе контроля, $p < 0,001$).

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В плазме крови снижалось количество пальмитиновой (C16:0), стеариновой (C18:0), олеиновой (C18:1) и линолевой (C18:2) ЖК, установлено появление миристиновой (C14:0), пентадекановой (C15:0) и маргаритиновой (C17:0) ЖК. У больных казеозной пневмонией (II группа) уровень пальмитиновой ЖК (C16:0) уменьшался в 1,45 раза ($p < 0,001$), а стеариновой ЖК (C18:0) - в 2,48 раза ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля (I группа). В контрольной группе уровень пальмитиновой ЖК составил $(37,1 \pm 1,6\%)$, а уровень стеариновой ЖК - $(13,4 \pm 0,7\%)$.

У больных казеозной пневмонией в плазме крови появлялась миристиновая ЖК (C14:0) ($p < 0,001$), уровень которой составил $(39,0 \pm 3,0\%)$; у здоровых лиц миристиновая ЖК отсутствовала.

В плазме крови у больных казеозной пневмонией появилась эйкозотриеновая ЖК (C20:3) ($p < 0,001$) $(1,2 \pm 0,3\%)$, что было компенсаторной реакцией на дефицит ПНЖК. У здоровых лиц эйкозотриеновая ЖК (C20:3) отсутствует. Количество арахидоновой ЖК (C20:4) у больных казеозной пневмонией увеличивалось в 1,33 раза ($p < 0,05$), а уровень линолевой (C18:2) и олеиновой (C18:1) ЖК уменьшался - соответственно в 3,63 и 2,01 раза ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. У здоровых лиц уровень их в плазме крови составил соответственно $(3,9 \pm 0,4\%)$, $(29,1 \pm 0,5\%)$ и $(16,3 \pm 0,5\%)$. Такие изменения линолевой ЖК (C18:2) у больных казеозной пневмонией свидетельствуют о напряжении метаболических преобразований липидов, которые связаны с синтезом биологически-активных веществ.

Выводы.

Таким образом, состав жирных кислот у больных казеозной пневмонией изменяется по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствует об их участии в развитии заболевания.

Пикас П.Б.

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика
кафедра хирургии и трансплантологии
г.Киев, Украина

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Важным составным фактором в защите кишечного барьера является его микрофлора, которая участвует в пищеварении и всасывании питательных веществ в кровь, в регуляции газового состава кишечника и иммунной системы, физиологической моторики желудочно-кишечного тракта и метаболизма белков, углеводов, липидов и нуклеиновых кислот, в синтезе витаминов группы В и К, а также жирных кислот.

Цель исследования. Оценить качественный и количественный состав микрофлоры толстой кишки у больных с полипами желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 35 (35,4%) здоровых лиц (I группа, сравнения) и 64 (64,6%) больных с полипами толстого кишечника (II группа). Исследования проводились в клинике Государственного учреждения «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова» НАМН Украины.

Изучались клинико-анамнестические и лабораторные данные. Проводился проктологический осмотр больного, фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия и бактериологический метод изучения микробного состава толстой кишки (путем посева кала на специальную среду).

Результаты исследования и их обсуждение. У здоровых лиц (I группа) была обнаружена только облигатная микрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*), которой свойственно антагонистическое действие по отношению к условно-патогенным и патогенным микроорганизмам, препятствующее колонизации ими организма.

У больных с полипами толстого кишечника (II группа) изменялся качественный и количественный состав его микрофлоры. У лиц II группы выявлена облигатная (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia coli*) и условно-патогенная микрофлора (*Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli hemolitica*). Однако

у пациентов II группы общее количество бактерий облигатной микрофлоры и каждой из них в отдельности снижено, что может существенно уменьшать ее иммуногенные свойства.

Облигатная микрофлора кишечника является сорбентом токсических веществ, она сахаролитическая, ее метаболиты поддерживают гомеостаз организма человека, имеют важное значение в образовании жирных кислот с короткой цепью, что влияет на pH кишечного содержимого и состав микрофлоры. Уменьшение уровня облигатной микрофлоры у больных с полипами толстого кишечника (II группа) снижает резистентность кишечника, что приводит к появлению факультативных бактерий, которые отсутствуют у здоровых лиц.

Пониженное количество *Escherichia coli* у лиц II группы может тормозить рост энтеропатогенных кишечных палочек, снижать образование антител и гидролиз лактозы. При метаболизме *Escherichia coli hemolitica* образуются токсические вещества, способствующие развитию воспаления и новообразований в желудочно-кишечном тракте. *Enterobacter cloacae* принимают участие в метаболизме бродильного типа, что снижается pH кишечного содержимого. *Klebsiella oxytoca* в большинстве случаев после приема антибиотиков вызывают геморрагические колиты.

Выводы и перспективы исследований.

У больных с полипами толстого кишечника установлены дисбиотические изменения, которые могут быть причиной нарушений метаболических процессов и способствовать морфологическим изменениям в эпителии слизистой оболочки (в том числе развитие полипов).

Помыткина Т.Е.

ГБОУ ВПО «Кемеровской государственной медицинской академии» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

АДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Отравление алкоголем и его суррогатами в течение многих лет занимает ведущее место среди бытовых отравлений по абсолютному числу смертельных исходов. Около 98% смертельных исходов наступает до оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, а часто и без вызова скорой помощи.

Отравление метиловым спиртом является самым опасным, так как доза в 10-15 мл (до 30 мл) может оказаться смертельной (Бонитенко Ю.Ю., 2004 г.). Метиловый спирт - сильнейший нервно-сосудистый яд, вызывающий тяжелое общее состояние, сопровождающееся нарушением зрения и сосудистого тонуса, и требующее неотложных мероприятий по спасению жизни пострадавшего (Бонитенко Ю.Ю., 2004 г.).

Метанол по своим характеристикам схож с этанолом, поэтому чаще всего случаются отравления им. Иногда отравления происходят из-за того, что люди, страдающие алкогольной зависимостью, употребляют, например, антифриз.

Клинический случай. Пациент М. в 1995 году в возрасте 20 лет из-за случайного употребления разбавленного водой метилового спирта был госпитализирован в реанимационное отделение, где пробыл без сознания 3-е суток. На четвертые сутки пострадавший пришел в сознание. Была диагностирована полная потеря зрения.

С 1998 года пациент проходил реабилитацию и получил рабочую специальность в Центре реабилитации слепых г. Бийска. В 2003 году поступил в медицинский колледж, где получил специальность массажиста и до сегодняшнего дня М. работает по данной специальности, добирается до работы на общественном транспорте с помощью GPS-навигатора на своем смартфоне. С тех пор прошло почти 19 лет, и за это время он полностью адаптирован в социальной среде: создал семью, имеет двоих здоровых дочерей, любимую работу, купил в кредит квартиру.

Отметим, что в России на сегодняшний день существует всего два Центра реабилитации слепых: в Московской области (с. Волоколамское) и в Алтайском крае (г. Бийск).

Хотелось бы, чтобы данных реабилитационных центров в России было больше, т.к. пациентов

Клинические аспекты терапии и педиатрии

со сниженным зрением и его полной потерей в нашей стране достаточно много.

Помыткина Т.Е.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

ОХВАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ

Профилактические прививки - это введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Вакцинопрофилактика является одной из программ приоритетной национальной программы «Здоровье». Степень охвата проф. прививками населения - это один из показателей эффективности деятельности амбулаторно-поликлинической службы.

Цель исследования. Изучить охват профилактическими прививками против дифтерии, гепатита В и гриппа прикрепленного населения поликлиники МБУЗ ГКБ N4.

Материалы и методы исследования. Использованы статистические данные поликлиники МБУЗ ГКБ N 4 за период 2012-2014 г.

Результаты и их обсуждение. Общая численность прикрепленного населения поликлиники составляет 13535 человек, из них трудоспособного населения - 9473 человека.

Ревакцинации против дифтерии подлежит:

- взрослое население старше 18 лет, она проводится каждые 10 лет с момента последней ревакцинации;

- вакцинации против гепатита В - взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее;

- вакцинации против гриппа - взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений и др.), а также взрослые старше 60 лет ежегодно.

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний. Показатели охвата прививками в поликлинике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели полноты охвата профилактическими прививками

Проф. прививки	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Против дифтерии (АДС-М)	5%	3,8%	7,3%
Против гепатита В	1,1%	7,3%	7,3%
Против гриппа	23,3%	26,4%	45,3%

Выводы.

Анализируя представленные данные, можно сделать выводы, что за отчетный период с 2012 по 2014 г. увеличилась полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения поликлиники, однако она является недостаточной.

Для сохранения эпидемического благополучия и создания иммунной прослойки населения требуется охват прививками не менее 90% населения.

Помыткина Т.Е., Ретнев В.М., Поручикова Е.И.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова Минздрава России
г. Санкт-Петербург, Россия

ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАБОТНИКОВ В КОНТАКТЕ С АЗОТИСТЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ КАК ПРЕДВЕСТНИК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Изучение условий труда производства соединений азотной группы (САГ) выявило, что основными вредными производственными факторами (ВПФ) на нем являются в первую очередь разнообразие химических азотсодержащих соединений (аммиак, диоксид и оксид азота и др.) в сочетании с производственным шумом и «непостоянным (флюктуирующим)» микроклиматом.

Условия труда на подавляющем числе рабочих мест в соответствии с Руководством Р 2.2.2006 - 05 относятся к вредным 2 степени (класс 3.2). У отдельных работников выявлены такие профзаболевания (ПЗ), как аллергический дерматит, экзема, хронический бронхит, гепатит; имели место химические ожоги азотной кислотой, нейросенсорная тугоухость. Преимущественно диагностируемые профессиональные заболевания химической этиологии подтверждают, что ведущим ВПФ на производстве САГ является химический.

Распространенность язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) среди работников на изучаемом производстве в два раза выше, чем среди работающего населения нехимических производств г. Кемерово и составила соответственно: 41 и 19 случаев на 1000 работников ($p=0,0000$).

Число случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по ЯБЖ и ДПК ($1,11 \pm 0,12$ случаев), а также число дней ($23,22 \pm 2,83$ дней) нетрудоспособности со средней продолжительностью случая ($20,86 \pm 0,38$ дней) на 100 работников в среднем за 10 лет по данному заболеванию у работников производства САГ оказалось выше, чем среди работающего населения г. Кемерово ($0,47 \pm 0,03$ случаев; $p=0,0000$; $10,66 \pm 1,06$ дней; $p=0,0000$; со средней продолжительностью случая $22,57 \pm 0,78$ дней; $p=0,0026$ соответственно). При сравнении ЗВУТ в случаях и днях на 100 работников на изучаемом производстве было выявлено, что данная патология чаще встречается в цехах, где главным ВПФ являются САГ.

По критериям шкалы Э.И. Денисова (1999 г.) степень связи между ЯБЖ и ДПК и условиями труда работников химических производств САГ оценивается как средняя ($EF=45\%$ при критериальном значении 33-50%) и, следовательно, данное заболевание является предполагаемым производственно обусловленным.

Надо отметить, что ЗВУТ ЯБЖ и ДПК у работников, подвергавшихся комбинированному действию веществ азотной группы и органических растворителей (КДВАГ и ОР), несколько выше ($1,34 \pm 0,12$ случаев ($28,37 \pm 3,25$ дней) со средней продолжительностью случая $23,05 \pm 0,30$ дней на 100 работников в среднем за 10 лет) и с более тяжелым течением, чем среди работников, подвергавшихся изолированному действию веществ азотной группы ($1,18 \pm 0,11$ случаев ($24,12 \pm 3,16$ дней) со средней продолжительностью случая $21,52 \pm 0,46$ дней на 100 работников в среднем за 10 лет) и статистически значимо выше, чем среди работников нехимического производства ($0,83 \pm 0,13$ случаев; $p=0,018$; $18,9 \pm 2,23$ дней; $p=0,043$) со средней продолжительностью случая $18,76 \pm 0,41$ дней на 100 работников в среднем за 10 лет; $p=0,001$).

Наибольшие значения этиологической доли (EF) вклада факторов рабочей среды в развитие ЯБЖ и ДПК зафиксированы у работников производства САГ. Так, у работников, подвергавшихся КДВАГ и ОР, они составили 71%, у больных, подвергавшихся изолированному влиянию САГ 62%. С увеличением стажа работы число больных ЯБЖ и ДПК возросло в 3 раза (в основных группах с 14,4% при стаже от 0 до 6 лет, до 51,2% при стаже 7 лет и более ($p=0,01$), в контрольных группах - с 9,1% до 25,3% ($p=0,01$). У 40,5% больных ЯБ, имевших при работе контакт с САГ и у 10,6% больных, не имевших этого контакта, наблюдался отягощенный

Клинические аспекты терапии и педиатрии

соматический фон ($p=0,0000$). В структуре сопутствующих заболеваний преобладали патология верхних дыхательных путей ($p=0,0005$), воспалительные заболевания гепато-билиарной ($p=0,0005$) и нервной систем ($p=0,0000$).

Таким образом, с целью снижения заболеваемости ЯБ работников производства САГ должны быть предприняты меры по снижению концентраций и уровней ВПФ данного производства до допустимых нормативов.

При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работников, имеющих контакт с САГ, включить в список медицинских противопоказаний, препятствующих началу и продолжению работы, наличие у них ЯБЖ и ДПК. Назрел вопрос о включении в официальный Перечень профессиональных заболеваний ЯБЖ и ДПК у работников, имеющих контакт с САГ.

Помыткина Т.Е., Селедцов А.М., Поручикова Е.И.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово, Россия

МНЕНИЕ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ О КАЧЕСТВЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ЛПП)

Актуальность. В настоящее время существенно возрастает роль социологических исследований в изучении и оценке удовлетворенности населения медицинским обслуживанием. Удовлетворенность медицинской помощью представляет собой содержание поиска, возможность адекватной оценки конечного результата и является неременной составной частью комплекса оценки качества медицинских услуг.

Опрос работников, направленный на изучение состояния здоровья и оценку организации медицинской помощи на химических производствах нередко показывает, что в большинстве случаев мнение работающих сосредоточено не на роли человека или коллектива в охране и укреплении здоровья, а на высоких критических требованиях, предъявляемых к работе медицинских работников, их квалификации.

Результаты исследования. Обращает на себя внимание низкая информированность в вопросах здорового питания (29,4%) и самосохранительного поведения. Так 29,3±1,6% работников предприятия ответили, что в случае болезни занимаются самолечением, лишь 71,6±4,9% респондентов выполняют рекомендации врача.

Нежелание обращаться за медицинской помощью связано у 26,7±3,6% респондентов с халатностью медицинских работников и недобросовестным выполнением своих профессиональных обязанностей. Так, 18,5±1,7% опрошенным было отказано в оформлении больничного листа, 16,2±2,8% работников ответили, что ожидание приема, диагностики и лечения отнимают много времени и не всегда результативны, 11,4±1,9% испытывают недостаток материальных средств на лечение, 5,2±1,3% ответили, что не доверяют врачам, а 4,8±0,8% - отметили низкий уровень медицинских периодических осмотров. Только 65,7±4,2% работников предприятия, обращавшихся за ЛПП, остались удовлетворены ею.

Наиболее популярными среди ответов на вопрос «Что необходимо предпринять с целью улучшения оказания ЛПП?» были: повышение квалификации медицинских работников, расширение штата медицинских работников за счет узких специальностей, повышение качества проведения периодических медицинских осмотров, отсутствие очередей, улучшение материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений, заинтересованность врачей в достижении положительного результата лечения.

Среди прочих ответов (2,2%) имеются такие пожелания, как усовершенствование мероприятий по санитарно-просветительной работе и пропаганде здорового образа жизни, представление санаторно-курортного лечения, проведение физкультурных пауз в перерывах между работой.

Результаты опроса работников предприятия показали, что качество медицинского обслуживания на производстве соединений азотной группы за последние несколько лет улучшилось

(так считают 56,7% опрошенных), не отметили каких-либо изменений 31,8% респондентов.

Выводы.

В заключение необходимо отметить, что работники производства соединений азотной группы дают достаточно низкую оценку медицинской помощи, предоставляемую медицинским персоналом.

Пути усовершенствования медицинского обслуживания они видят в улучшении материально-технического оснащения, расширении штата лечебного учреждения за счет врачей узких специальностей, в повышении профессиональных навыков и культуры обслуживания и эффективности проведения медицинских периодических осмотров.

Именно последние при неблагоприятных условиях труда являются тем инструментом, с помощью которого медицинский персонал должен вовремя заподозрить развитие профессионального заболевания, дать предписание об отстранении работника от контакта с вредными производственными факторами и назначить соответствующее лечение.

Отмечено, что необходимо уделять должное внимание санитарно-просветительной работе по вопросам рационального и лечебно-профилактического питания на предприятии, здорового образа жизни, своевременного обращения за медицинской помощью и организации рационального режима труда и активного отдыха.

Помыткина Т.Е., Селедцов А.М., Поручикова Е.И.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА КРУПНОМ ХИМИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Актуальность. Условия труда работников определяются количественной характеристикой вредных производственных факторов, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие. Одним из таких распространенных факторов является химический, с которым имеют контакт сотни тысяч работников.

Материалы и методы исследования. В качестве главного объекта исследования было выбрано КОО «Азот» как крупнейшее предприятие г. Кемерово по численности работников (12 тысяч) и количеству выпускаемой продукции (аммиака 1200 т в год, слабой азотной кислоты 760 тысяч т, аммиачной селитры 900 тысяч т, капролактама более половины общероссийского выпуска). Исторически сложилось так, что из-за социальных благ и льгот, предоставляемых на предприятиях химической отрасли, наиболее активная, здоровая и достаточно образованная часть населения идет работать именно туда.

Результаты исследования. При изучении условий труда на данном производстве за последние четыре года выяснилось, что основными вредными веществами являются аммиак, диоксид и оксид азота, анилин, трихлорэтилен и др. Так, концентрации метанола, анилина, трихлорэтилена, хрома, превышающие ПДК, составляют более $\frac{1}{3}$ от общего количества проведенных анализов за последние 4 года. Это касается и других вредных веществ, таких как аммиак, диоксид и оксид азота, формальдегид, пыль карбамида, циклогексан, цанон, бензол, сероуглерод, циклогексиламин, концентрации которых в воздушной среде предприятия иногда превышали ПДК в несколько раз.

Если же проанализировать замеры всех химических соединений в воздушной среде то лишь в 9,49% пробах их количество превышали ПДК. Это указывает на то, что на предприятии проводятся мероприятия по улучшению условий труда, особенно в отношении основного вредного химического фактора.

Метеорологические условия: из 249 измерений температуры на рабочих местах - 123 (55%) не соответствовали ПДУ. А из 123 измерений - 88 (71%) характерны для нагревающего микроклимата и 37 (29%) для охлаждающего. Влажность воздуха в большинстве измерений соответствовала ПДУ.

Параметры общего уровня шума примерно в половине замеров, сделанных

Клинические аспекты терапии и педиатрии

санэпидслужбой, превышали допустимые величины, доходя иногда до 80-85 дБА. По частоте шум был широкополосным и импульсным. Работники подвергались его воздействию практически всю рабочую смену.

У отдельных работников на предприятии выявлены такие профессиональные заболевания, как аллергический дерматит, экзема, хронический бронхит, гепатит; имеют место химические ожоги, сенсоневральная тугоухость. Преимущественно диагностируемые профессиональные заболевания химической этиологии подтверждают, что ведущим вредным производственным фактором на производстве азотистых соединений является химический в сочетании с производственным шумом.

Выводы.

Таким образом, на изучаемом производстве условия труда пока еще не полностью соответствуют требованиям гигиены труда.

Для снижения неблагоприятного влияния условий труда на состояние здоровья работников на химических производствах необходимо продолжать проводить комплекс профилактических мероприятий в рабочее и вне рабочее время.

Вид и объем планируемых профилактических мероприятий целесообразно определять с учетом численности и удельного веса работников во вредных условиях труда, степени вредности условий труда, величин индивидуальных и популяционных рисков профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний, длительности безопасного стажа работы в основных профессиях, случаев профессиональных заболеваний и отравлений, уровней заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

**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 был включен 71 больной (мужчин - 51, женщин - 14) в возрасте от 36 до 77-и лет (средний возраст - 56,98 лет). Диагноз острый инфаркт миокарда был подтвержден клинико-anamnestическими 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-и пациентам (14%). Параллельно медикаментозной терапии проводилась поэтапная реабилитация пациентов. Средние сроки пребывания в кардиологическом отделении терапевтического профиля составили 17 суток \pm 2 дня.

Больных в стабильном состоянии а реанимобиле в сопровождении кардиолога и реаниматолога доставляли в региональный сосудистый центр, отдаленностью от города 80 км, где 68 (95,7%) проводилась коронароангиография. При этом 28-и пациентам (39,43%) установлены стенты в гемодинамически значимую коронарную артерию, 20-и больным (28,16%) приведено аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование.

Всем пациентам при выписке из кардиохирургического стационара была рекомендована консервативная терапия. Контрольное обследование проводилось в сроки после оперативного вмешательства (в среднем 12-16 месяцев): оно 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 течение 12 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 течение исследуемого периода составила 0%.

Выводы.

В средне-отдаленные сроки, после комплексного лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда, наблюдается высокая клиническая эффективность, подтверждаемая данными ЭХО-кардиограммы, ВЭМ, тестом 6-ти минутной ходьбы, субъективным самочувствием больного, снижением повторных госпитализаций.

Поспелова Т.И., Филипенко М.А., Овчинников В.С.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН
г.Новосибирск,Россия

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ FcγRIIIa И FcγRIIIa И ИХ СВЯЗЬ С ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Актуальность темы. Неходжкинские злокачественные лимфомы (НХЛ) - гетерогенная группа лимфопролиферативных заболеваний, отличающихся по морфологическим вариантам, молекулярно биологическим характеристикам (цитогенетике, экспрессии генов и онкопротеинов), иммунофенотипу, степени агрессивности и другим особенностям клинического течения.

В настоящее время одним из наиболее эффективных видов лечения НХЛ является таргетная терапия в сочетании с полихимиотерапией. Препарат ритуксимаб - химерное моноклональное антитело, которое специфически связывается с трансмембранным антигеном CD20 на В-лимфоцитах и инициирует иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток. Механизмом развития резистентности может являться нарушение антителозависимой клеточной цитотоксичности вследствие полиморфизма генов FcγIIIRa и FcγIIIRa, которые кодируют белки CD16 и CD32 - низкоафинные рецепторы к Fc компоненту IgG.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости полиморфизмов генов FcγIIIRa и FcγIIIRa у больных В-клеточными неходжкинскими злокачественными лимфомами и оценить их влияние на эффективность таргетной химиотерапии ритуксимабом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 200 пациентов с неходжкинскими злокачественными лимфомами. Производился забор периферической крови и костного мозга в одноразовые пробирки с напылением КЗЭДТА. ДНК выделялась методом фенол-хлороформной экстракции из замороженных образцов. Анализ проводился методом ПЦР в реальном времени по технологии TaqMan.

Результаты и обсуждение. При сравнении частоты встречаемости полиморфизмов в группах индолентных и агрессивных лимфом показано, что встречаемость низкоафинного генотипа (R/R и F/F) выше в группе агрессивных лимфом, 72% против 65% в группе индолентных лимфом.

Анализ эффективности терапии больных НХЛ в зависимости от имеющегося

Клинические аспекты терапии и педиатрии

полиморфизма генов показал: для полиморфизма гена FcγIIIRa эффективность лечения для генотипа H/H - 79%, для генотипа H/R - 75,5%, для генотипа R/R - 70,5%, для полиморфизма FcγIIIRa эффективность лечения для генотипа V/V-76,5%, для генотипа V/F- 76,5%, для генотипа F/F- 68%.

Анализ показал, что нет достоверной разницы между наличием полиморфизмами генов FcγIIIRa или FcγIIIRa в развитии резистентности, однако наличие низкоаффинного генотипа (R/R или F/F) характеризуется достоверно худшим ответом на терапию.

Выводы.

Определение наличия полиморфизма генов FcγIIIRa и FcγIIIRa у пациентов с нехлджкиными лимфомами позволяет прогнозировать течение и исход заболевания.

Данные о резистентности к таргетной терапии дают основание планировать курсы лечения, в зависимости от факторов риска и резистентности, что может увеличить вероятность достижения ремиссии.

**Притчина С.С., Игишева Л.Н., Цуканова А.В., Быкова Ю.А., Бунина Е.Г.
Матвеева Н.В.**

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»

г.Кемерово

МБЛПУ «Городская детская клиническая больница N 4»

г.Новокузнецк, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В КУЗБАССЕ

Персистирование воспаления у детей с ювенильным артрит (ЮА) приводит к постепенному разрушению структур суставов и периартикулярных тканей. Основой патогенетического подхода к лечению различных форм ЮА является раннее назначение иммуносупрессивной терапии, занимающей ведущее место в лечении ЮА.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности иммуносупрессивной терапии у пациентов с ЮА.

Материалы и методы исследования. Комплексная ретроспективная сравнительная оценка эффективности и безопасности иммуносупрессивных препаратов у 92 пациентов в возрасте от 2-х лет до 17-и лет (средний возраст - $10,5 \pm 4,2$ лет) с различными вариантами ЮА, находившихся на лечении в детском отделении г.Кемерово и г.Новокузнецк за 2011-2014 годы.

Результаты исследования. Заболевание чаще поражало девочек - 64,8%, мальчиков - 35,2%. У 43 (46,7%) детей имел место пауциартикулярный артрит, у 14 (15,2%) - серонегативный полиартрит, у 6 (6,5%) - серопозитивный полиартрит, на долю артрита с системным началом приходилось 22 (23,9%) детей, анкилозирующий спондилоартрит - у 7 детей (7,7%). В детской ревматологической практике препаратом выбора I ряда среди иммуносупрессивных средств является метотрексат (МТ).

За последние 4 года доля монотерапии МТ возросла с 74% до 81%. Оценка динамики состава периферической крови проводилась до начала терапии и через 3 мес. Анализ лабораторной картины при адекватно назначенной дозе выявил снижение активности крови в 2 раз. Отмечается тенденция к увеличению доли парентеральных форм МТ почти в 3 раза.

К самым частым побочным эффектам относятся диспептические расстройства, одинаково часто встречающиеся при пероральной (5,8%) и парентеральной форме (6,5%). Значимая гиперферментемия, требующим временной отмены МТ, чаще наблюдается при приеме парентеральных форм (22% и 12,6% соответственно).

Сочетание НПВП и МТ достоверно чаще сопровождалось повышением уровня трансаминаз (в 62% случаев) по сравнению с пациентами без НПВС (28%, $p=0,015$). Такое сочетание также ассоциировалось с более высокой частотой гастроинтестинальных явлений (18,7%; $p=0,03$).

В группе детей на комбинированной терапии (МТ и циклоспоринаА) показатели

активности крови уменьшились незначительно - в 1,1 раз. 70% улучшение по критериям АКР достигнута всего у 18% детей. С учетом такой клинко-лабораторной картины в 3,5 раза снизилась схема назначения комбинированной терапии (6% вместо 21%). При неэффективности терапии назначались биологические препараты. Доля генно-инженерной терапии (ГИБТ) возросла с 5 до 19,5%.

Опыт применения ГИБТ у 18-и детей показал достоверное снижение лабораторных показателей в 1,5-2 раза в первые 6 недель. При оценке эффективности по критериям АКР 70% улучшение было достигнуто у 88% пациентов. Трансфузионные (тошнота, рвота, аллергическая сыпь) реакции наблюдались у 11,1% детей во время первого курса терапии ГИБТ. Отдаленные побочные реакции зарегистрированы у 33% пациентов. В их структуре лидирует инфекционные осложнения ЛОР-органов - 16,6%, нейтропения - 11,1%, обострение герпетической инфекции - 5,5%, туберкулез - 5,5%.

Выводы.

МТ остается основным эффективным препаратом в лечении детей с ЮА. При парентеральном приеме отмечается более выраженное гепатотоксическое действие, особенно в сочетании с НПВС.

Эффективность комбинированной терапии не оказалась выше. ГИБТ в комбинации с МТ позволяет быстро добиться клинко-лабораторной ремиссии.

Прозорова Н.В., Колмыкова Ю.А., Петров Ю.В.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г. Кемерово, Россия

ВЕСТИБУЛОПАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕБЮТА ЭПИЛЕПСИИ

Головокружение - одна из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу. В различных возрастных группах частота их составляет от 5 до 30%. Нередко вестибулярные пароксизмы эпилептического происхождения диагностируются как болезнь Меньера, лабиринтит, поражения ствола головного мозга различной этиологии. Ошибочная диагностика вызывает жалобы пациентов на неудовлетворительное качество лечения.

В областном эпилептологическом центре под нашим наблюдением в течение года находились 24 больных височной эпилепсией: мужчин - 10 (41,6%), женщин - 14 (58,4%). Средний возраст больных - $30 \pm 8,5$ лет. Клиника височной эпилепсии сопровождается приступами несистемного головокружения, и они часто сочетаются с нарушением координации тела в пространстве (падение), ощущением «подвешивания» в пространстве, затем кратковременным нарушением сознания. Больные наблюдались неврологом, терапевтом и отоневрологом с диагнозом: нейронит, доброкачественное позиционное головокружение, шейный остеохондроз. Эффекта от проводимой терапии (вазоактивная, метаболическая, ноотропная) не было.

По нашим данным, в 15% случаев у больных по данным рутинной ЭЭГ были выявлены общемозговые изменения, в 45% (10 больных) только проведение ЭЭГ мониторинга выявляло типичные для эпилепсии патологические изменения в виде острой волны, комплексов острая - медленная волна.

При исследовании МРТ у 14 больных (60%) обнаружены структурные изменения в височной доле, среди которых наиболее чаще медиальный височный склероз (26%), кортикальные дисплазии (10%), сосудистые мальформации (12%).

При отоневрологическом обследовании у 80% пациентов (19 человек) диагностировано повышение возбудимости вестибулярного аппарата. Терапия антиконвульсантами давала значительный положительный эффект.

Выводы.

Клиническая диагностика височной эпилепсии с основным проявлением в виде синдрома вертиго представляет особую сложность.

Комплексное обследование, включающее клинические, электрофизиологические методы исследования, особенно ЭЭГ мониторинг, нейровизуализацию, позволяет уточнить клинический диагноз и подобрать правильную антиэпилептическую терапию.

Ремнев А.Г.

Санаторий Барнаульский
г.Барнаул, Россия

НОВЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗЕРВА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ЕГО ПОРАЖЕНИИ

Лицевой нерв контролирует мышцы лица. Мимика - движения лицевой мускулатуры в координированных комплексах, отражающие разнообразные психические состояния человека (Сухаревский Л.М., 1966 г.). Движения мышц лица формируют эмоции - информационный процесс средней продолжительности, отражающий субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям (Леонтьев А.Н., 1971 г.). Травма лицевого нерва может привести к физическому дефекту, который выражается, в том числе, социальными и психологически проблемами для человека.

Для определения резерва функционального состояния лицевого нерва при его поражении был предложен новый способ определения резерва функционального состояния лицевого нерва при поражении лицевого нерва с выпадением мигательного рефлекса (мигательной арефлексией) (Ремнев А.Г., 2000 г.).

При выполнении этого способа производили транскраниальную магнитную стимуляцию (ТМС) двигательной коры головного мозга. Регистрировали и анализировали моторный ответ круговой мышцы глаза справа и слева (*m. orbicularis oculi*). По отсутствию вызванного ответа при ТМС судили о наличии выпадения мигательного рефлекса - мигательной арефлексии. Затем дополнительно производили ТМС и регистрировали вызванные ответы круговых мышц глаза при произвольном напряжении этих мышц, то есть при зажмуривании глаза.

Было исследовано 23 больных с поражением лицевого нерва тяжелой степени с мигательной арефлексией в возрасте от 16 до 42 лет. Все больные были исследованы дважды. Продолжительность заболевания на момент первого исследования от 2 до 12 дней. На момент второго исследования продолжительность заболевания у больных составила от 40 до 64 дней от начала заболевания. Сроки проведения второго исследования были выбраны с учетом сроков начала развития осложнений.

Для удобства анализа полученных данных больные были разделены на две группы.

Первую группу составили больные с поражением лицевого нерва, у которых были признаки клинического восстановления: появление возможности прикрыть глаз на пораженной стороне, осуществление движений мимической мускулатуры, прекращение слезотечения на пораженной стороне появлялись до 8-10-й недели заболевания (16 человек).

Вторая группа состояла из больных, у которых на момент второго исследования сохранялись выраженные признаки заболевания (значительная слабость мимических мышц, признаки контрактуры мимических мышц, гемиспазм) - 7 человек. У больных этой группы первые признаки клинического восстановления появлялись лишь спустя 10 недель после начала заболевания.

Исследование первой группы больных показало, что при проведении пробы с напряжением круговых мышц глаза во время первого исследования у 7 больных (44%) были зарегистрированы вызванные ответы. Во время второго исследования проведение пробы позволило зарегистрировать вызванные ответы у всех больных.

При исследовании второй группы больных регистрация вызванных ответов была возможна только при проведении пробы с напряжением круговых мышц глаза при втором исследовании у 1 больного (14%).

Проведенные исследования демонстрируют возможности применения способа определения резерва функционального состояния лицевого нерва при поражении лицевого нерва с выпадением мигательного рефлекса (мигательной арефлексией).

Этот способ позволяет количественно оценить резерв функционального состояния лицевого

нерва, осуществить количественный контроль эффективности проводимого лечения, составить объективное представление о прогнозе патологического состояния.

Ремнев А.Г.

Санаторий Барнаульский
г.Барнаул, Россия

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Невралгия тройничного нерва (НТН) может характеризоваться существенными динамическими изменениями не только стадии патологического процесса и степени его выраженности но и локализации уровня развития патологического процесса. Эти факты были установлены нами при проведении предварительных исследований (Ремнев А.Г., Ливинцева Ж.Ю., 2001 г.).

Распространенность этого патологического состояния от 2-3 случаев на 10000 населения до 1 из 15000 или 20000 населения.

С целью определения динамики развития патологического процесса на уровне системы тройничного нерва была исследована группа больных НТН, состоящая из 22 человек в возрасте от 28 до 43 лет. При клиническом обследовании при первом обращении у 5 больных были определены признаки НТН I ветви (первая группа), у 17 больных - клинические признаки НТН II ветви (вторая группа). Помимо клинического определения признаков поражения системы тройничного нерва оценивали функциональное состояние дуги мигательного рефлекса при помощи комплексного нейрофизиологического метода диагностики функционального состояния I ветви тройничного нерва, лицевого нерва и кортиконуклеарных путей лицевого нерва (Ремнев А.Г., 1997 г.).

При осуществлении этого метода проводили комплексное исследование дуги мигательного рефлекса при электрической стимуляции ипсилатерального супраорбитального нерва в надбровной области и транскраниальной магнитной стимуляции двигательной коры головного мозга (Ремнев А.Г., 1997 г., Ремнев А.Г., 2000 г.).

Все больные были исследованы дважды. Первое исследование было осуществлено при первом обращении (через 2-11 месяцев от начала заболевания), второе исследование - через 3-5 месяцев после первого (5-15 месяцев от начала заболевания).

При первом исследовании функционального состояния дуги мигательного рефлекса у 3 больных НТН первой группы было зарегистрировано увеличение латентности раннего компонента мигательного рефлекса (R1) до 14,5-15,7 мс при электрической стимуляции на стороне клинических проявлений НТН, что свидетельствовало о нарушении проведения возбуждения на уровне системы I ветви тройничного нерва.

При втором исследовании нейрофизиологические признаки поражения I ветви тройничного нерва (нарушение проведения возбуждения) были зарегистрированы у 5 больных (все больные первой группы). При исследовании больных второй группы при первом исследовании у 10 больных было зарегистрировано увеличение латентности R1 до 15,0-15,6 мс при электрической стимуляции на стороне клинических проявлений НТН. При втором исследовании у 14 больных было зарегистрировано увеличение латентности R1 до 15,4-16,0 мс, что свидетельствовало о нарушении проведения возбуждения по системе I ветви тройничного нерва на стороне увеличения латентности.

Таким образом, полученные результаты свидетельствовали о том, что в процессе развития НТН у исследованных больных наблюдалось увеличение области поражения системы тройничного нерва (I и II ветви тройничного нерва).

Полученные изменения могли произойти на фоне развития ирритативного синдрома при НТН, формирования генератора патологически усиленного возбуждения на уровне системы тройничного нерва, способствующего увеличению площади поражения системы тройничного нерва.

Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л.

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

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Общеизвестно, что в качестве сопутствующей патологии у больных общехирургического профиля достаточно часто встречается артериальная гипертензия (АГ). Роль стресса в повышении артериального давления (АД) в настоящее время активно обсуждается с использованием последних данных физиологии, биохимии и генетики.

В последние годы проведены исследования, свидетельствующие о том, что одним из важных звеньев в патогенезе АГ является воспалительная реакция сосудистой стенки с развитием дисфункции эндотелия. Провоспалительным цитокином (интерлейкином) - ИЛ-1 α , ИЛ-6, ИЛ-8 отводится особая роль в индукции сосудистого повреждения. Эти маркеры воспаления могут выступать в качестве предиктора развития инфаркта миокарда и неблагоприятного прогноза.

Цель исследования. Оценить динамику цитокинового профиля у пациентов с наличием синдрома АГ, подвергшихся плановой лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 52 пациента с артериальной гипертензией, поступивших в хирургический стационар для проведения плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни.

Критериями включения явились: наличие артериальной гипертензии, возраст от 45 до 59 лет (средний возраст по классификации ВОЗ), плановая госпитализация.

Критерии исключения из исследования: симптоматическая АГ, ожирение, наличие тяжелой сопутствующей патологии. Артериальная гипертензия установлена согласно Национальным клиническим рекомендациями 2008 года Всероссийского научного общества кардиологов.

Полученные результаты. Анализ цитокинового профиля у пациентов с синдромом АГ исходно за 2 недели и перед операцией выявил повышение концентраций провоспалительных цитокинов. Так, по сравнению с исходными данными в день операции регистрировалось достоверное увеличение концентрации в сыворотке крови интерлейкинов: ИЛ-6 - на 26,30% (исходно за 2 недели - 1,160 (0,550;1,910) пг/мл, перед операцией - 1,470 (1,010; 1,960) пг/мл, $p=0,048$) и ИЛ-8 - на 50,59% (исходно за 2 недели - 6,740 (5,018; 31,320) пг/мл, перед операцией - 10,150 (4,162;36,270) пг/мл, $p=0,009$). Известно, что ИЛ-6 является основным активатором синтеза большинства острофазовых белков, а биологическое свойство хемокинов - ИЛ-8 - связано, прежде всего, с регуляцией миграции различных видов клеток в зону воспаления.

Согласно данным литературы, ИЛ-1 α относится к главным медиаторам развития местной воспалительной реакции. Однако в данной работе отмечено отсутствие значительных колебаний ИЛ-1 α у обследованных больных (исходно за 2 недели - 0,819 (0,776;0,886) пг/мл, перед операцией - 0,806 (0,761;0,895) пг/мл, $p=0,210$).

Одновременно с нарастанием уровня провоспалительных цитокинов перед операцией по сравнению с исходными значениями отмечено уменьшение на 25,3% (исходно за 2 недели - 1,241 (0,936;2,040) пг/мл, перед операцией - 0,927 (0,753;1,651) пг/мл, $p=0,017$) концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-10. Поскольку ИЛ-10 является супрессором синтеза провоспалительных цитокинов, можно предположить, что его снижение связано с риском развития в послеоперационном периоде инфекционных осложнений.

Выводы.

Таким образом, пациенты с АГ перед оперативным вмешательством имеют проявления классического стресс-синдрома, характеризующегося дисбалансом про- и противовоспалительного цитокинового профиля.

Рытик Л.А., Лехнер К.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКТА КЛЮКВЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Цель исследования. Изучение эффективности применения экстракта клюквы в комплексной терапии рецидивирующего цистита у женщин.

Материалы и методы исследования. Лечение проводилось женщинам пожилого возраста в возрасте от 72 до 80 лет: 12 женщин - с рецидивирующим циститом, 4 - с сахарным диабетом 2-го типа и циститом, как проявление автономной полинейропатии. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинико-лабораторных данных после лечения в стационаре и через 3 месяца после выписки.

В России распространенность инфекций нижних мочевых путей составляет 1000 на 100000 населения, при этом женщины страдают в 30-50 раз чаще мужчин. Одна из причин высокой распространенности этого заболевания - это тесная анатомическая связь мочевого пузыря и резервуара патогенной флоры в прямой кишке.

Провоцирующим фактором является пожилой возраст и недостаток эстрогенов, а отсутствие лактобактерий в условиях гипоэстрогении способствует заселению урогенитальной области патогенной флорой. Терапевтическая схема лечения включала применение цiproфлoксацина 1,0 в сутки в течение 5 дней и экстракта клюквы («Журавит» 1 капсула 3 раза в день в течение 3 дней, затем 1 капсула в день длительно до 3 месяцев).

Признаки заболевания укладывались в классические проявления цистита: поллакиурия до 8-9 раз в сутки, никтурия 2-3 раза, недержание мочи, периодически боли над лоном. Всем больным до начала лечения проведено обследование, включающее УЗИ почек и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, обзорную и экскреторную урографию, биохимические и клинические исследования крови и мочи. Препятствий оттоку мочи выявлено не было. Мочевой синдром воспалительного характера регистрировался у всех пациенток: гипостенурия утренней порции мочи 1010-1014, лейкоцитурия от 8-9 в поле зрения до 40-60 в поле зрения. Бактериурия выявлялась у 80% (13 больных), была представлена кишечной палочкой 103 - 104 КОЕ в 1 мл. У всех пациентов отмечалось коморбидность состояния, поэтому лечение проводилось несколькими препаратами с включением антибактериального средства из группы фторхинолонов (ципрофлoксацин) и экстракта клюквы.

Данная схема лечения использовалась с учетом Российских национальных рекомендаций, 2014 г. В большинстве случаев (90%) клинические и лабораторные симптомы инфекции мочевых путей купировались, лейкоцитурия исчезла, количество мочеиспусканий за сутки уменьшилось. Контрольное исследование бактериурии не проводилось.

После выписки из стационара рекомендован прием экстракта клюквы длительно, до 3 месяцев. При этом ожидалось положительное влияние препарата на уринацию, изменение pH мочи на более кислую, а также усиление элиминации кишечной палочки (благодаря действию проантоцианидов) из мочевых путей.

При амбулаторном наблюдении (больные являлись через 3 месяца с результатами анализов мочи) эффект лечения отмечался в виде нормализации анализа мочи и только у 4 больных (25%) сохранялся мочевой синдром и клинические симптомы, такие как рези и жжение при мочеиспускании. Этим пациентам подключался иммуномодулятор.

Выводы.

Длительное лечение экстрактом клюквы при рецидивирующих циститах оказывает положительный эффект благодаря действию проантоцианидов на кишечную палочку. При рецидивировании заболевания в амбулаторных условиях добавлялся иммуномодулятор (уро-факс) в сочетании с нитрофураном.

Семенихин В.А., Петров А.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г.Кемерово
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск- Кузнецкий, Россия

РОЛЬ ЦИТОФЛАВИНА В ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В условиях ускорения темпов технического прогресса, механизации и автоматизации угольной промышленности профессиональная патология является одной из важнейших медико-социальных проблем, и разрешение ее имеет общегосударственное значение.

Установлено, что в структуре профессиональных заболеваний первое место (42,5%) занимают заболевания, связанные с воздействием физических факторов, включающие вибрационные болезни и болезни, вызываемые воздействием шума. Для подготовки базового информационного массива для исследований качества жизни проведено анкетирование больных с вибрационной болезнью, которые лечились цитофлавином в условиях стационара. Необходимое количество анкет определяли на основе случайной бесповторной выборки.

Профессиональные заболевания от воздействия физических факторов оказывают негативное воздействие на физический и психосоциальный статус пациентов. Целью лечения рассматриваемой категории пациентов должно стать не только устранение симптомов, но и обучение их более конструктивному адаптивному поведению в совладении с болезнью и трудными жизненными ситуациями, влияющими на качество жизни.

При вибрационной болезни с учетом различных нарушений используются средства, уменьшающие периферическую вазоконстрикцию и улучшающие микроциркуляцию, улучшающие мозговую кровоток и стимулирующие метаболические процессы, регулирующие передачу возбуждения в ЦНС и т.д.

Фармакологическое действие препарата обусловлено суммарным действием составляющих активных компонентов. Активизирует энергообразование и дыхание в клетках, он восстанавливает активность факторов антиоксидантной защиты организма, повышает способность клеток утилизировать глюкозу и кислород, стимулирует синтез белка внутри клеток, способствует ресинтезу в нейронах гамма-аминомасляной кислоты, участвует в процессе быстрой утилизации жирных кислот.

Благодаря этим эффектам происходит восстановление интеллектуально-мнестических способностей головного мозга, восстановление сознания, улучшение коронарного и мозгового кровотока, купируются расстройства чувствительности и нарушения рефлекторной деятельности, стабилизируется метаболическая активность центральной нервной системы, а также облегчается течение расстройств эмоционально-волевой сферы деятельности (уменьшает уровень тревоги, купирует депрессивное настроение). За счет усиления когнитивно-мнестических функций мозга повышает общее качество жизни пациента.

Установлено, что после лечения вибрационной болезни цитофлавином наблюдалось улучшение всех параметров, характеризующих качество жизни пациентов, в частности значительное снижение уровня тревожности, увеличение объема оперативной памяти, нейротизма и депрессии.

Таким образом, у пациентов которым было назначено внутривенное введение цитофлавина, наблюдалась тенденция улучшения основных параметров, характеризующих качество жизни шахтеров при вибрационной болезни.

Серегина О.Б., Долгушина Ю.В., Поспелова Т.И.

ГБОУ ВПО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
г.Новосибирск, Россия

МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ НА ЭТАПАХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Актуальность проблемы. Причинами эндотелиальной дисфункции (ЭД) при неходжкинских злокачественных лимфомах высокой степени злокачественности (НХЗЛ ВСЗ) является вызванный опухолью цитокиновый дисбаланс с преобладанием провоспалительных цитокинов, действие полихимиотерапии на эндотелиальные клетки, развитие инфекционных осложнений.

Одним из чувствительных маркеров ЭД является Д-димер, повышенный уровень которого в крови свидетельствует об активации фибринолиза, чему предшествуют тромбинемия и усиленное образование нерастворимого фибрина (Папаян Л. П., Князева Е. С., 2002 г.; Righini M., Perrier A., 2008 г.).

Тромбомодулин (ТМ) является ключевым звеном в осуществлении антикоагулянтных свойств неповрежденного эндотелия. В норме ТМ связан с мембраной эндотелиоцитов и практически отсутствует в циркуляции (Долгов В.В., Свирин П.В., 2005 г.). Повреждение эндотелия и его дисфункция проявляются повышением уровня растворимого ТМ (Grey S.T., Csizmadia V., 1998; Matsuyama T., Tokuda M., 2008 г.; Ogawa S., Shreeniwas R., 1990 г.; Redl H., Schlag G., 1995 г.).

Повышенная экспрессия фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) опухолевыми клетками может играть важную роль в патогенезе злокачественных новообразований, поскольку кровоснабжение является одним из определяющих факторов роста опухоли (Чехонин В.П., Шеин С.А, 2012 г.). VEGF разрушает эндотелиальный матрикс, что повышает способность эндотелиальных клеток к миграции, а опухолевых к инвазии и метастазированию (Ferrara N., Keyt B., 1997 г.).

Существует прямая зависимость между высоким уровнем VEGF в сыворотке крови у больных неходжкинскими лимфомами и плохим исходом заболевания. (Salven P, Teerenhovi L, 1997 г.). Развитие ЭД у больных НХЗЛ вносит значительный вклад в развитие тромбгеморрагических осложнений в процессе терапии, что отягощает течение заболевания, ухудшает прогноз и является одной из причин летальности.

Цель исследования. Изучение уровня маркеров эндотелиальной дисфункции в сыворотке крови больных НХЗЛ ВСЗ на различных этапах полихимиотерапии (ПХТ) и в отдаленный период клинко-гематологической ремиссии (КГР).

Материалы и методы исследования. На базе городского гематологического центра г.Новосибирска было обследовано 83 больных НХЗЛ ВСЗ, средний возраст - $59,9 \pm 12,62$ лет.

Исследование проводилось в 4 этапа: до начала терапии; после 1-2-х курсов, после 6-8-го курса ПХТ и в периоде отдаленной клинко-гематологической ремиссии (КГР) через 1-2 года после окончания лечения. В сыворотке крови определяли уровень маркеров ЭД-тромбомодулина, VEGF, фактора Виллебранда и Д-димера. Контрольную группу составили 18 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту с основной группой.

Результаты исследования. Средний уровень тромбомодулина был стойко повышенным в течение всех курсов ПХТ и в отдаленном периоде КГР. Уровень фактора Виллебранда, напротив же, был достоверно повышен только после 6-8-го курса, на остальных же этапах его уровень не отличался от значений контрольной группы. Уровень VEGF был в 7-15 раз выше, чем в контрольной группе в течение всего курса ПХТ и в периоде отдаленной КГР, достигая максимальных значений после 6-8-го курса. Д-димер был повышен в 1,3-2,9 раза по сравнению с группой контроля в течение курсов ПХТ. При этом максимальные его значения были в группе больных после 6-8-го курса. В периоде отдаленной КГР наблюдалась нормализация уровня Д-димера.

Выводы.

У больных НХЗЛ ВСЗ на всех этапах ПХТ отмечалось повышение в сыворотке крови маркеров ЭД. При этом особенно яркие изменения наблюдались у больных после 6-8-го курса

Клинические аспекты терапии и педиатрии

ПХТ, что можно объяснить кумулятивным эффектом химиотерапевтических агентов.

На всех этапах ПХТ отмечалось увеличение уровня специфического маркера ЭД - тромбомодулина. Эти изменения говорят о повреждении эндотелия, о потере его естественных антикоагулянтных свойств, что является предпосылкой для развития тромбозных осложнений.

Солдатенко М.В., Соколов А.А.

ФГБНУ НИИ кардиологии
г.Томск Россия

РОЛЬ СПИРОЭРГОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС

Актуальность. Согласно многочисленным исследованиям и мета-анализам, чувствительность и специфичность депрессии сегмента ST в качестве критерия положительной пробы наиболее широко используемой в диагностике ишемии, достигают в среднем 68 и 77% соответственно. Эти данные не позволяют назвать решенным вопрос неинвазивной диагностики ишемии.

Цель исследования. Оценить динамику показателей потребления кислорода в ходе проведения нагрузочного тестирования с газовым анализом у больных ИБС в качестве маркеров ишемии.

Материалы и методы исследования. Включено в исследование 19 больных ИБС с ангиографически подтвержденными значимыми (>50%) стенозами коронарных артерий. Всем пациентам проведено кардиопульмональное тестирование с нарастающей нагрузкой. Определяли потребление кислорода и отношение потребления кислорода к ЧСС - кислородный пульс, характеризующий количество кислорода, потребляемое организмом с каждым сердечным сокращением.

Результаты исследования. По итогам нагрузочного тестирования у 12 пациентов выявлены ишемические изменения ЭКГ в виде диагностической депрессии ST.

При анализе кислородного пульса выявили следующее. В 9 случаях нарастание показателя прерывалось или происходило внезапное его снижение, несмотря на продолжающееся увеличение выполняемой нагрузки, частоты сердечных сокращений и потребления кислорода, что особенно четко выражалось при графическом представлении изменением линейного характера отношения «кислородный пульс/мощность нагрузки». Причем у 6 пациентов из описанных 9-и появились ишемические изменения ЭКГ, у других больных изменений конечной части желудочкового комплекса не было.

Необходимо отметить, что у большинства пациентов (4 из 6) прекращение нарастания кислородного пульса предшествовало появлению ишемических изменений ЭКГ, в других случаях изменения появлялись одновременно.

Потребление кислорода при нагрузке - наиболее строгий количественно измеряемый воспроизводимый параметр. Потребление кислорода определяется величиной сердечного выброса, ограничение коронарного кровообращения в условиях возрастающей нагрузки ведет к дисбалансу между кислородным запросом и доставкой. Кислородный пульс определяется величиной ударного объема, исключая влияние ЧСС, что позволяет его использовать в качестве альтернативы при мониторинговании нарушений локальной и глобальной сократимости левого желудочка.

Выводы.

Прекращение нарастания или снижение при нарастающей нагрузке кислородного пульса, рассчитываемого при проведении нагрузочного тестирования с газовым анализом, можно рассматривать как дополнительный, а в ряде случаев ранний критерий манифестации ишемии миокарда.

Показатель может использоваться в прогнозировании у больных ИБС, оценке эффективности лечебных мероприятий.

Солдатенко М.В., Соколов А.А.
ФГБНУ НИИ кардиологии
г.Томск, Россия

ТРЕНИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Актуальность. Несмотря на серьезный прогресс в реабилитации пациентов с сердечной недостаточностью, включающий терапевтические и инвазивные воздействия, необходимы дальнейшие усилия. Так, в ряде случаев коррекция измененного коронарного русла, восстановление геометрии ремоделированного левого желудочка не достигают конечной цели - не происходит увеличения функциональной способности и качества жизни.

Широко известно, что пациенты с СН детренированы в большей степени, чем существующие функциональные индивидуальные лимиты по основному заболеванию. Причин этому множество: больные малоподвижны, берегут себя, большинство врачей резко ограничивают любую нагрузку у таких пациентов, незаслуженно мало внимания уделяется физической реабилитации при сердечной недостаточности. Указанные причины приводят к тому, что более трети больных с СН не достигают анаэробного порога при выполнении нагрузочных проб.

При этом прогноз (в т.ч. и операционные риски) определяется величиной пикового потребления кислорода и представляет собой способность организма транспортировать кислород тканям и использовать его во время нагрузки. Потребление кислорода признано одним из наиболее значимых и воспроизводимых показателей толерантности к физической нагрузке. Увеличение времени нагрузки при тестировании на 70 секунд приводит к увеличению использования кислорода на 1 мл/мин/кг.

Материал исследования. Включено 13 пациентов в возрасте 46-68 лет (средний возраст $54,7 \pm 5,1$), с 2-3 ФК NYHA.

Результаты исследования. При исходном нагрузочном тестировании (протокол непрерывно-нарастающий, начинался с 20 Вт, каждую минуту нагрузка увеличивалась на 6-10 Вт), только 6 человек сумели выполнить упражнение до достижения критериев прекращения нагрузки и анаэробного порога. Средняя выполненная нагрузка составила $71,6 \pm 5,4$ Вт, потребление кислорода $9,1 \pm 2,5$ мл/мин/кг, продолжительность $8,4 \pm 1,8$ мин. Внимание акцентировалось не только на показателях потребления кислорода, уделялась важная роль уровням анаэробного порога, респираторного обмена, значимость которых особенно возрастает при динамических оценках.

Часть пациентов в качестве тренировок выполняли нагрузку на велоэргометре, другие использовали интенсивную ходьбу или легкий бег, которые дозировались контролем частоты пульса и уровнем одышки по шкале Борга. Рекомендуемый уровень нагрузки - на 10-20% меньше анаэробного порога (или пикового уровня усилия), достигнутого в исходном измерении, продолжительностью 30-40 минут, с частотой 3-4 раза в неделю.

Через 2-3 недели выполняли контрольное нагрузочное тестирование по результатам тренировок. Протокол нагрузки был скорректирован с учетом исходного теста. До критериев прекращения нагрузка выполнена 12 больными, анаэробный порог достигли 11 пациентов из 13. Средняя выполненная нагрузка $87,2 \pm 6,1$ Вт, потребление кислорода $10,4 \pm 2,2$ мл/мин/кг, продолжительность $10,1 \pm 2,3$ мин.

Выводы.

Таким образом, по результатам нескольких тренировок достигнуто увеличение функциональной способности у больных СН высоких ФК. Объективно зарегистрировано, помимо увеличения времени выполняемой нагрузки, нарастание наиболее важного в прогностическом плане показателя - потребления кислорода, который интегрально отражает состояние кислородтранспортной и кислородутилизирующей систем.

Солдатенко М.В., Соколов А.А.

ФГБНУ НИИ кардиологии
г.Томск, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР НАГРУЗКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ

Актуальность. Активное распространение метода нагрузочного тестирования с газоанализом акцентирует некоторые недостаточно изученные моменты в его использовании. Так, не разработаны четкие критерии протокола выполняемой нагрузки, который позволяет наиболее полно и однозначно характеризовать получаемые данные.

Достигнут консенсус в определении оптимальной продолжительности нагрузки, которая должна быть подобрана с таким расчетом, чтобы совпали по времени утомление пациента и момент достижения субмаксимальной нагрузки. Большинство исследователей этот временной период определен 8-12 минут, идеально 10 минут. При выполнении упражнения продолжительнее указанного времени возникает утомление, что ведет к отказу от продолжения. Напротив, в случае выбора интенсивного нагрузочного протокола при очень быстром достижении субмаксимального предела пациент не успевает продемонстрировать свои функциональные возможности в полной мере. Оба варианта приводят к недооценке функциональных возможностей пациента, отсутствию линейной взаимосвязи между выполненной работой и показателями транспорта кислорода. Вместе с тем существуют различные, зачастую полярные мнения об уровне начальной нагрузки и продолжительности каждой ступени.

Материалы и методы исследования. Изучили 11 пациентов в возрасте от 25 лет до 61 года, из которых 2 были здоровыми, 8 страдали ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом, 1 - дилатационной кардиомиопатией.

Всем пациентам на основании предварительно оцененной индивидуальной субмаксимальной нагрузки рассчитывали протокол прирастания усилия из расчета, чтобы они достигали своих пределов на 10-11-й минуте исследования. Первый протокол включал продолжительность каждой ступени нагрузки 3 минуты, второй - 1 минуту, третий - непрерывно-нарастающий.

При выполнении плавно-градиентного протокола пациент педалировал около одной минуты до включения нагрузки. У всех пациентов последовательность выполнения протоколов выбиралась случайным образом для исключения влияния тренировочного эффекта с интервалами 1-5 дней между исследованиями.

Результаты исследования. Все 11 пациентов показали наибольшую величину пикового потребления кислорода в случае выполнения непрерывного нагрузочного протокола с плавным линейным нарастанием показателей. Потребление кислорода составило 15,4, 15,8 и 17,1 мл/мин*кг соответственно при выполнении первого, второго и третьего нагрузочного протоколов.

При сравнении результатов выполнения первого и второго нагрузочного протокола только у одного пациента (здоровый) потребление кислорода было несколько выше в случае большего времени ступени (29,5 и 28,1 мл/мин*кг соответственно).

Выводы.

Таким образом, оптимальный протокол кардиопульмонального тестирования должен быть минимально дискретным и состоять из малых по продолжительности ступеней нагрузки, вплоть до непрерывно-возрастающего.

Такой характер нагрузки ведет к плавно-градиентному, сглаженному характеру изменений интересующих показателей, сводит к минимальным значениям количество выскальзывающих, скачкообразных цифр потребления кислорода и др. переменных, что обеспечивается быстрым возвращением функциональных систем исследуемого организма пациента к устойчивому состоянию равновесия при небольших моментальных приростах нагрузки.

А это, в свою очередь, позволяет получить не только адекватные показатели в конкретный момент времени, но и точную объективную характеристику затрачиваемых усилий (достижение анаэробного порога, состояние респираторного обмена).

Солодовник А.Г., Брежнев А.В., Мозес К.Б.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
МКУЗ «Городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
г. Кемерово, Россия

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ

Экстренная медицинская помощь (ЭМП), согласно Федеральному закону N 323 от 2011 г. - это помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Вне медицинской организации ЭМП оказывает бригада скорой медицинской помощи.

Болезни органов дыхания в структуре общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации занимают второе место после болезней системы кровообращения. Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) лидируют среди хронической патологии нижних дыхательных путей как причины инвалидности и смертности. Случаи смерти от ХОБЛ составляют 91,9% среди умерших от хронических болезней нижних дыхательных путей. Выраженность бронхообструктивного синдрома и его полноценный контроль у пациентов с БА и ХОБЛ определяют тяжесть течения и прогноз болезни.

Цель исследования. Оценить особенности оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе при бронхообструктивном синдроме.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов мониторинга вызовов СМП главной подстанции к больным бронхообструктивным синдромом.

Результаты исследования. На главной подстанции г.Кемерово за 2014 год произведено 42461 выездов линейной бригадой СМП, из них 1062 (2,5%) по поводу бронхообструктивного синдрома. Пациенты с БА вызвали СП чаще (85,1% случаев), максимальная нагрузка приходилась на сентябрь и октябрь. Только 14,6% вызвавших были госпитализированы, большинству помощь оказывалась на месте. Лица, страдающие ХОБЛ, вызвали СП реже, при этом были доставлены в стационар 34,6%. Рост частоты вызовов в данной группе отмечался с сентября (в 4 раза по сравнению с августом) и достиг максимума в ноябре.

Выводы.

Отмечается высокая востребованность экстренной помощи на догоспитальном этапе при бронхообструктивном синдроме, особенно среди лиц, страдающих бронхиальной астмой. Тяжесть бронхообструктивного синдрома у пациентов с ХОБЛ выше.

Рост вызовов в осенний период связан с особенностями течения БА и ХОБЛ. Только полноценная базисная терапия и качественное диспансерное наблюдение по месту прикрепления пациентов снизят нагрузку на линейные бригады СП.

Старцева И.В., Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В.

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Важнейшим условием выполнения гематологического анализа является стандартизация преаналитического, аналитического и постаналитического этапов работы.

Контроль преаналитических факторов в гематологических исследованиях является ключевым для обеспечения качественных результатов тестов. Соблюдение правил подготовки пациентов к обследованию, стандартов при взятии пробы, транспортировки и хранении образца позволяет снизить до 70% лабораторных погрешностей, связанных с преаналитическим этапом.

Аналитический этап проводится непосредственно в лаборатории и включает в себя пробоподготовку и исследование образца крови на гематологическом анализаторе.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Основными методами, позволяющими обеспечить качество лабораторных исследований на этом этапе, являются внутрिलाбораторный и межлабораторный (внешний) контроли качества.

Внутрिलाбораторный контроль качества направлен на выявление и устранение недопустимых аналитических ошибок, позволяет контролировать стабильность выполнения методики.

В современных гематологических анализаторах заложена программа внутреннего контроля качества. Она имеет обширную память, с ее помощью автоматически строятся контрольные карты и рассчитываются статистические показатели по всем измеряемым и расчетным параметрам.

Программа позволяет оперативно выявлять ошибки, возникающие при измерении контрольного материала, анализировать весь процесс исследования и своевременно устранять погрешности для обеспечения качества гематологического исследования.

На постаналитическом этапе с участием врача клинической лабораторной диагностики проводится оценка полученных результатов исследования с учетом морфологических и количественных флагов (предупреждений) низкого и высокого уровня, предоставленных аналитической системой анализатора. Это позволяет получить окончательный клинически достоверный результат, который заканчивается подписью бланка отчета и передачей его клиницисту.

Дополнительной оценкой качества исследований является участие во внешнем контроле качества. Внешний контроль качества осуществляется Федеральной системой внешней оценки качества (ФСВОК) на основе обработки результатов проведенных клинико-диагностическими лабораториями исследований образцов контрольных материалов, рассылаемых Центром внешнего контроля качества.

Целью внешней оценки качества исследований является оценка степени сопоставимости результатов исследований, выполняемых в различных учреждениях здравоохранения, и соответствия их установленным нормам аналитической точности. Внешняя оценка качества производится в соответствии с нормативными документами Минздрава России. Согласно приказу N 45 МЗ РФ участие в мероприятиях ФСВОК является обязательным для всех лабораторий учреждений здравоохранения.

Таким образом, стандартизация гематологического исследования на всех этапах лабораторного анализа и применение внутреннего и внешнего контроля качества с участием специалистов клинической лабораторной диагностики позволяет получать аналитически достоверные результаты.

Субботин А.В., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Лебедева Л.Г., Ивкин А.А.

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

ПАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 человек на 100000. В большинстве случаев заболевание начинается в детском и юношеском возрасте. Распространенность эпилепсии в детской популяции составляет 0,5-0,75%. Фокальные приступы встречаются чаще, чем генерализованные, доля фокальных форм эпилепсии достигает 60% (O'Brien T.J., 2008 г.). В группе фокальных эпилепсий преобладают симптоматические.

Цель исследования. Выявить влияние различных факторов на формирование симптоматической фокальной эпилепсии у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни пациентов с фокальной симптоматической эпилепсией в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в отделении для детей с поражением ЦНС, нарушением психики и опорно-двигательного аппарата Кемеровской областной клинической больницы. Средний возраст больных составил $6,6 \pm 0,5$ года. Критериями включения в исследование служили наличие у больных симптоматической фокальной эпилепсии и возраст до 16 лет. Среди больных преобладали

мальчики - 51 человек (56,7%). Исследованы анамнестические данные, неврологический статус, результаты электроэнцефалографии, МРТ и/или МСКТ головного мозга. Статистическую обработку осуществляли с использованием программы Excel и Biostat.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных выявил наличие осложнений антенатального периода у большинства больных - в 75 случаях (83,3%, $p < 0,01$).

В структуре неблагоприятных факторов антенатального периода преобладала хроническая гипоксия плода - в 36 случаях (40%, $p < 0,01$), хроническая фетоплацентарная недостаточность отмечена у 16 больных (17,8%), угроза прерывания беременности - в 23 случаях (25,6%, $p < 0,01$).

Наличие инфекций или их носительство во время беременности выявлено у 18-и матерей (23,45%). Хроническая алкогольная или никотиновая интоксикация у матери отмечалась в 9 случаях (12,25%). Сочетание нескольких патогенных факторов в антенатальном периоде имело место в большинстве случаев - у 55-и пациентов (61,1%, $p < 0,01$), из них сочетание 2 факторов - у 22 больных (28,9%), сочетание 3 факторов - в 12 случаях (15,9%), сочетание 4 и более факторов - у 21-го больного (27,6%). Интранатальный период был осложнен у 19 детей (21,1%). Нейроинфекции в анамнезе имели 3 ребенка (3,3%).

Черепно-мозговые травмы предшествовали эпилепсии в 5 случаях (5,5%). У 43 детей (47,8%) по результатам МРТ и МСКТ головного мозга обнаружены органические поражения ЦНС, преобладали кисты головного мозга - у 17 больных (18,9%) и открытая гидроцефалия - в 12 случаях (13,3%). У больных с выявленными органическими поражениями головного мозга в 38 случаях (88,4%, $p < 0,01$) был осложнен антенатальный период.

Выводы.

В развитии фокальной эпилепсии у детей основное значение имеют осложнения антенатального периода: хроническая гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность и угроза прерывания беременности. Менее значимы в развитии эпилепсии у детей особенности интранатального периода, нейроинфекции и черепно-мозговые травмы.

В структуре антенатальных осложнений доминирует хроническая гипоксия плода. В большинстве случаев выявлено воздействие нескольких патогенных факторов антенатального периода, приводящих к органическому поражению головного мозга.

**Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В., Тарасова И.Н.
Бочкарев А.П.**

Алтайский государственный медицинский университет
г.Барнаул, Россия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 У ЛИЦ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Примерно у 75% больных развитию инфаркта миокарда предшествует появление или нарастание частоты и интенсивности приступов стенокардии. Данное состояние классифицируется как «нестабильная стенокардия» (НС) - транзиторный синдром, отражающий нарастание коронарной недостаточности и являющийся формой ишемической болезни сердца, промежуточной между стабильной стенокардией и инфарктом миокарда. Среди больных с диагностированной нестабильной стенокардией в течение года умирает 9-12%, и у 12-14% развивается нефатальный инфаркт миокарда.

Интерлейкин-8 (IL-8) относится к цитокинам провоспалительного каскада, из которых он является самым ранним медиатором воспаления (хемокином). Основная роль интерлейкина-8 состоит в хемотаксическом и активирующем воздействии на нейтрофилы: в дегрануляции и стимуляции лейкоцитов, а также в усилении миграции фагоцитов в место внедрения чужеродного микроорганизма и активации ими синтеза молекул адгезии.

Цель исследования. Изучить количественное содержание IL-8 у больных с нестабильной стенокардией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 больных, средний возраст составил $46,3 \pm 7,1$ лет. Кровь получали на 4-5-й день от начала болевого приступа.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

В исследование не включали больных с потенциально злокачественными и злокачественными нарушениями ритма, с наличием острых воспалительных и хронических процессов в стадии обострения, сердечной недостаточностью II-III стадии, с сахарным диабетом, ожирением II-III степени, системными заболеваниями соединительной ткани.

Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев, средний возраст $45,5 \pm 5,4$ лет. Интерлейкин-8 определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы Bender MedSystems GmbH (Austria, Europe) на иммуноферментном анализаторе EL*800 фирмы Bio Tek.

Результаты исследования. У больных с нестабильной стенокардией выявлен повышенный уровень IL-8 в среднем до $8,42 \pm 2,12$ пг/мл по сравнению с контрольной группой, где среднее значение IL-8 составило $1,49 \pm 0,28$ пг/мл.

Выводы.

Таким образом, при нестабильной стенокардии повышается уровень IL-8, что обусловлено воспалительной реакцией в сосудистой стенке. Свойства ИЛ-8 вызывать миграцию клеток и способствовать их адгезии определяют его как активного участника острой воспалительной реакции в местах проникновения патогена.

Считается, что определение уровня интерлейкин-8 более информативно, чем исследование уровня С-реактивного белка, для прогнозирования тяжести болезни, так как пик его концентрации наступает раньше, чем у С-реактивного белка. Это предполагает дальнейшее изучение IL-8 для прогнозирования течения и развития осложнений при остром коронарном синдроме.

Табакаев М.В., Артамонова Г.В.

НИИ КПССЗ
г.Кемерово, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ УРБАНИЗАЦИИ РЕГИОНОВ РФ

Болезни системы кровообращения (БСК) до сих пор являются основной причиной высокой смертности взрослого населения РФ. Однако, несмотря на глубокое понимание роли отдельных факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) в развитии БСК, проводятся активные исследования по интерпретации региональных различий уровней смертности от данного заболевания на территории РФ. Отдельные работы показали наличие значимых связей между показателями общей смертности, заболеваемости и рядом социально-экономических, экологических характеристик регионов. При этом подобных работ по изучению причин региональных различий распространенности ФССР и БСК среди населения РФ крайне мало.

Авторы данного исследования полагают, что ключевым звеном в освещении данной проблемы может стать уровень урбанизации, который является своеобразным «индикатором» степени развития региона в целом.

В этой связи целью исследования является изучение распространенности ФССР в зависимости от уровня урбанизации регионов РФ.

Данные за 2012 год по распространенности ФССР и смертности от БСК среди населения РФ получены из официальных сборников Росстата (<http://www.gks.ru>). Регионы, с долей городского населения выше либо равной 75% условно обозначены как высокоурбанизированные (ВР), соответственно, ниже 75% - низкоурбанизированные (НР). Количество субъектов федерации в первой группе составило 29, во второй - 52.

Для определения различий значений региональных характеристик использовался критерий Манн-Уитни, реализованный в программе STATISTICA 6.1 для Windows. За уровень критической значимости принят 0,05.

Выявлены значимые различия между ВР и НР по следующим показателям (далее указаны только статистически достоверные различия при $p < 0,05$). Доля населения трудоспособного возраста ВР ($61,9 \pm 2,8\%$) несколько выше, чем в НР ($60,3 \pm 1,7\%$). Также ВР характеризуются более неблагоприятными эколого-климатическими параметрами, по сравнению с НР: средняя норма температуры января и июля для ВР составили $-15,6 \pm 5,9^\circ\text{C}$ и $+16,6 \pm 2,8^\circ\text{C}$ соответственно,

для НР $-12,6 \pm 7,8^\circ\text{C}$ и $+18,7 \pm 3,1^\circ\text{C}$ соответственно; большим количеством выбросов в атмосферу от стационарных источников в пересчете на площадь территории ($2,7 \pm 3,1$ тонн/тыс.км² - для первой группы, $1,6 \pm 2,2$ тонн/тыс.км² - для второй группы). Объемы употребления алкоголя выше среди населения ВР. Так, подушевые показатели объемов продаж водки и пива в ВР составили $13,1 \pm 3,7$ л/чел. и $72,7 \pm 16,6$ л/чел. соответственно, в то время как в НР уровни потребления составили $9,8 \pm 3,8$ л/чел. и $60,6 \pm 24,9$ л/чел. соответственно. ВР отличаются от НР большей долей рабочих мест с тяжелыми условиями труда ($14,6 \pm 8\%$ и $10,3 \pm 6,6\%$ соответственно), повышенной напряженностью трудового процесса ($9,4 \pm 5,3\%$ и $7,3 \pm 5,2\%$ соответственно), не отвечающими гигиеническим требованиям ($38,3 \pm 12,1\%$ и $29,6 \pm 11,8\%$ соответственно). Данные эколого-климатические особенности, характеристики образа жизни, условий труда ВР свидетельствуют о крайне неблагоприятных условиях, сказывающихся на здоровье населения.

Однако проживание в высокоурбанизированных регионах связано также с благоприятными аспектами. Так, отмечается более высокий уровень образования (доля лиц, закончивших ВУЗы в ВР составила $21,7 \pm 2,9\%$, а в НР - $19,1 \pm 2,5\%$) и экономически активного населения ВР (в ВР уровень безработицы равен $5,5 \pm 1,4\%$, что значимо ниже, чем в НР - $8 \pm 7\%$) по сравнению с НР.

Показаны статистически значимые различия распространенности факторов риска в регионах РФ в зависимости от уровня урбанизации.

Тарновский Р.В., Поспелова Т.И., Березина О.В., Зенкова М.А., Таирова С.А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГБУН Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН
ГБУЗ НСО ГКБ N2
г.Новосибирск, Россия

ДНК-ЧИПЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АБЕРРАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

В настоящее время чиповые технологии находят применение в различных областях медицины. В частности, в онкогематологии данный метод позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с гемобластозами (ГБ).

По данным статистики, гемобластозы составляют около 1% от всех причин смертности населения, а среди пациентов в возрасте до 30 лет - 50%. Известно большое количество генетических нарушений, ведущих к развитию определенных видов опухолевых заболеваний крови. Выявление определенных транслокаций и мутаций позволяет достаточно уверенно предполагать особенности течения заболевания, судить в ряде случаев о прогнозе и, исходя из этого, подбирать адекватную терапию.

Существует множество различных методов диагностики хромосомных aberrаций. Среди прочно вошедших в клиническую практику можно выделить цитогенетическое исследование, FISH-метод, ПЦР. У каждой из этих методик есть свои преимущества и недостатки. ДНК-микрочипы могут помочь обеспечить глобальный взгляд на изменения профиля экспрессии генов (Ewis A.A. 2005 г.).

Цель исследования. С помощью microarray-метода определить наиболее характерные профили экспрессии химерных генов у больных острыми лейкозами.

Материалы и методы исследования. На базе Городского гематологического центра г.Новосибирска обследовано 47 пациентов с острыми лейкозами: 38 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 9 пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Средний возраст больных составил $48 \pm 26,3$ лет.

Все пациенты с впервые выявленным заболеванием были разделены на две прогностические группы: в группу с благоприятным прогнозом вошли 18 человек (38,3%), с неблагоприятным прогнозом - 29 человек (61,7%). В обеих группах с помощью microarray-метода проведен анализ РНК костного мозга и периферической крови. Полученные данные об экспрессии генов сопоставляли с эффективностью программной полихимиотерапии и прогнозом заболевания.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Результаты исследования. Генетические мутации были выявлены в обеих группах: в группе неблагоприятного прогноза у 20 больных, что составило 42,5%, из них у 16 (80%) больных удалось добиться ремиссии на фоне проводимой химиотерапии, в группе с благоприятным прогнозом мутации выявлены у 9 пациентов (19,1%), у 8 (88%) из них получена полная ремиссия.

В группе благоприятного прогноза наиболее часто встречались одиночные хромосомные aberrации, - AML/ETO (у 8 пациентов с ОМЛ) и MLL (у 1 пациента с ОЛЛ). В группе пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания с частотой 22,5% отмечено наличие множественных генетических aberrаций с наиболее характерным профилем: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML. Одиночные хромосомные aberrации (наиболее часто ген AML/ETO) отмечены у 10 больных (34%) с ОМЛ.

Выводы.

У пациентов с острыми лейкозами, неблагоприятным течением заболевания и рефрактерностью к проводимой терапии достоверно чаще встречаются множественные генетические aberrации с наиболее частым профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML, в отличие от пациентов группы с благоприятным прогнозом заболевания, у которых преимущественно отмечаются одиночные генетические aberrации.

Определение генетического профиля с помощью ДНК чипов позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза пациентов с острыми лейкозами.

Терлецкая О.С., Квиткова Л.В., Бородкина Д.А., Зинчук С.Ф.

Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии ГБУЗ КОКБ
Центральная научно-исследовательская лаборатория Кемеровской государственной медицинской академии»
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЦИНКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ

Цель исследования. Изучить особенности обмена цинка у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 80 мужчин с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в анамнезе. По наличию сахарного диабета 2-го типа (СД 2) больные были разделены на две группы:

- 1-я группа (n=31) имели СД 2, их средний возраст составил 61,1 (54-68) лет,
- 2-я группа (n=49) - не имели СД 2, средний возраст - 61,0 (55-70) лет.

У всех пациентов определяли рост в см, вес в кг и индекс массы тела (ИМТ) в кг/м², содержание в волосах и ногтях цинка методом спектрального анализа. За референсный диапазон принимали значения цинка в ногтях - 180-240 мкг/г, в волосах 150-200 мкг/г.

Полученные данные проанализированы с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.1. Количественные данные описаны медианой и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля). Для сравнения двух независимых групп использован тест Манна-Уитни, исследование взаимосвязи между количественными признаками осуществляли с помощью парного коэффициента линейной корреляции Спирмена. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Большинство обследованных больных имели избыточную массу тела и ожирение - 80%: среди пациентов 1-й группы показатель составил - 90,3%, 2-й группы - 73,5%, $p=0,06$. У больных СД 2 ИМТ был выше - 30,5 (26,5-35,0) кг/м², чем при отсутствии СД 2 - 28,1 (24,9-30,4) кг/м² ($p_{1,2}=0,02$). Содержание цинка в волосах было сниженным у 54,4% обследованных больных с ИМ - в 1-й группе у 51,6% (n=16) пациентов, во 2-й группе - у 55,1% (n=27), $p=0,76$. Значение показателя у всех больных - 147 (119-165) мкг/г; в первой группе с СД 2 - 147 (112-159) мкг/г, при отсутствии СД 2 - 148 (127-166) мкг/г ($p_{1,2}=0,42$). В ногтях уровень цинка у больных СД 2 также был более низким - 189 (167-203) мкг/г, чем при отсутствии СД 2 - 200 (184-208) мкг/г ($p=0,04$).

Выявлена отрицательная корреляционная связь между содержанием цинка в ногтях и ИМТ у пациентов с СД 2 типа. ($r=-0,36$, $p=0,04$).

Выводы.

1. Для обследованных пациентов с ИМ в анамнезе характерна высокая распространенность избыточной масса тела - 42,5% и ожирения - 37,7%.
2. Большинство больных с ИМ - 70% имеют снижение содержания цинка как в волосах - 51,6%, так и в ногтях - 27,5%.
3. Содержание цинка в ногтях и в волосах у больных СД 2 более низкое, чем у больных без СД 2.
4. Снижение содержания цинка в организме ассоциировано с повышением ИМТ у больных СД 2 и ИМ в анамнезе.

Трубицына М.В., Визило Т.Л.

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

ВЛИЯНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА РЕГУЛЯЦИЮ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Болевая и вегетативная системы являются двумя компонентами нейросенсорной системы и играют важнейшую роль в адаптации организма. Вегетативные нарушения имеются при всех видах боли, но характер и выраженность их различны.

Цель исследования. Оценить изменения вегетативной нервной системы (ВНС) при болевом корешковом синдроме с нейропатическим компонентом на фоне терапии (антиконвульсанты: прегабалин (лирика) 300 мг/сутки или габапентин (конвалис) 900 мг/сутки + антидепрессант из группы СИОЗ: эсциталопрам 10 мг/сутки).

Материалы и методы исследования. Исследовано 20 пациентов (11 мужчин и 9 женщин, средний возраст $48,8 \pm 12,3$ лет) с корешковым болевым синдромом, что подтверждено результатами электромиографического исследования (признаки корешковой компрессии L5-S1 с двух сторон у 44%, с одной стороны у 56%) и мультиспиральной компьютерной томографии (фораминальная грыжа диска у 72%).

Группа контроля - 10 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста. Интенсивность боли оценивалась по шкале ВАШ, нейропатический характер - по опросникам DN4 и LANSS. Изучение регуляции вегетативного баланса (надсегментарные влияния VLF, симпатическая LF и парасимпатическая регуляция HF) проводилось с помощью спектрального анализа.

Результаты исследования. На фоне терапии отмечен регресс болевого синдрома: по шкале ВАШ от $6,5 \pm 0,7$ до $5,6 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$); DN4 от $5,0 \pm 0,8$ до $2,7 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$); LANSS от $14,7 \pm 4,1$ до $7,7 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,001$) и нормализация состояния ВНС: снижение VLF (с $1626,9 \pm 236,9$ до $871,4 \pm 243,4$; $p < 0,05$), снижение LF (с $530,9 \pm 91,5$ до $481,6 \pm 141,4$; $p < 0,05$), и увеличение HF (с $418,6 \pm 76,5$ до $593,5 \pm 230,3$; $p < 0,05$).

Выводы.

Купирование нейропатического болевого синдрома способствует нормализации надсегментарного и сегментарного вегетативного дисбаланса и повышает адаптационные возможности вегетативной нервной системы.

**Усольцева Е.Н., Осокина А.В., Хрячкова О.Н., Груздева О.В., Тавлуева Е.В.
Кашталап В.В., Барбараш О.Л.**

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

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛИГАНДА sCD40 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В последние годы большой интерес вызывает определение в плазме и культурах клеток крови провоспалительного фактора CD40 и его лиганда (sCD40L). CD40L является трансмембранным гликопротеином семейства факторов некроза опухолей. Основными источниками циркулирующего в крови sCD40L в настоящее время считают тромбоциты. Так, sCD40L может рассматриваться как маркер активации тромбоцитов и, соответственно, тромбогенных состояний, что может быть особенно актуальным для прогнозирования риска повторных инфарктов миокарда. Однако изучения клинической значимости данного биомаркера с позиции гендерных и возрастных различий ранее не проводилось.

Цель исследования. Оценить уровень sCD40L у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от пола, возраста и прогноза течения инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования. В данное исследование включены 348 больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), из них 266 (74,88%) были мужчины и 82 (25,11%) - женщины. Средний возраст женщин составил 61,80 (57-68) года, мужчин - 57,15 (51-63) года. Концентрацию sCD40L определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы BCM Diagnostics Biomerica (США) на 10-14-е сутки от момента развития ИМ. Референсными значениями считали значения 0,03-3,98 нг/мл.

Все пациенты оценивались в общей группе и в последующем условно разделялись в зависимости от возраста: < 65 лет и ≥ 65 лет. Через 12 месяцев наблюдения оценивалось наличие у пациента «конечных точек» (КТ), включая смерть, госпитализации по поводу повторных ИМ, нестабильной стенокардии, декомпенсации хронической сердечной недостаточности, острое нарушение мозгового кровообращения, а также наличие комбинированной конечной точки (ККТ).

Результаты исследования. У мужчин и женщин с ИМпST не выявлено достоверных различий уровня sCD40L, оцененного на 10-14-е сутки заболевания: 4,87 (2,25-8,75) нг/мл для мужчин, 5,26 (2,15-8,54) нг/мл - для женщин соответственно, $p = 0,9$. Не выявлено достоверных различий и в значениях sCD40L как у женщин, так и у мужчин в зависимости от возраста.

В группе пациентов с возрастом < 65 лет уровень sCD40L составил 5,71 (2,15-8,42) и 5,51 (2,30-8,38) нг/мл соответственно, $p = 0,663$; а в группе ≥ 65 лет: 6,16 (2,15-8,66) и 4,94 (2,15-10,42), нг/мл, $p = 0,491$. При оценке КТ установлено, что достоверно чаще сосудистые события возникали у женщин и составили 40 (50%) случаев, в то время как у мужчин - 78 (30,83%), $p = 0,001$.

При распределении пациентов по возрастным группам оказалось, что в группе 65 лет и старше количество сосудистых событий за год наблюдения у женщин и мужчин не различалось и составило 14 (46,66%) и 24 (45,28%) соответственно, $p = 0,755$. В то же время у женщин в возрасте до 65 лет сосудистые события возникали чаще, чем у мужчин этого возраста, то есть у 26 (50%) и 54 (25,47%) больных соответственно, $p = 0,005$.

При анализе уровня sCD40L у женщин и мужчин с ИМ и различным годовым прогнозом выявлено достоверно более высокое значение изучаемого показателя у мужчин с неблагоприятным прогнозом по сравнению с мужчинами с благоприятным прогнозом (8,03 (2,45-10,62) и 6,08 (2,24-8,75) нг/мл соответственно, $p < 0,025$).

При распределении пациентов по возрастным группам выявлен достоверно более высокий уровень sCD40L как у женщин (9,03 (5,91-14,30 нг/мл), так и у мужчин (9,82 (4,94-15,10) нг/мл, $p = 0,021$) с неблагоприятным прогнозом в возрасте 65 лет и старше по сравнению с пациентами той же возрастной группы, но с благоприятным прогнозом 4,59 (1,62-6,64) и 5,19

(1,99-9,32) нг/мл соответственно, $p=0,006$.

Таким образом, выявлено, что и у мужчин, и у женщин с неблагоприятным годовым прогнозом определяются более высокие значения sCD40L уже на госпитальном этапе. Уровень sCD40L у пациентов с неблагоприятным прогнозом в возрасте 65 лет и старше был в 2 раза выше, чем у пациентов с благоприятным годовым прогнозом заболевания в этой группе больных. Гендерных и возрастных различий уровня CD40L выявлено не было.

Выводы.

Использование биомаркера активации тромбоцитов - sCD40L может быть информативным при выделении группы пациентов повышенного риска развития новых сосудистых событий в течение одного года после ИМпСТ у пациентов в возрасте 65 лет и старше.

Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Корнева С.В.

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

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

С целью определения клинической значимости уровней маркеров воспаления в крови (лейкоцитов, нейтрофилов, С-реактивного белка (С-РБ) и прокальцитонина) было обследовано 25 детей в возрасте от 2 до 5 лет, поступивших в экстренном порядке в педиатрическое отделение N 2 с фебрильной температурой, респираторной симптоматикой. На основании клинических симптомов, рентгенологического и лабораторных данных дети были распределены на 2 группы: группа I (n=12) - внебольничная пневмония; группа II (n=13) - острая респираторная инфекция (ларингит, фарингит, трахеит).

Количество лейкоцитов и нейтрофилов в венозной крови определяли на гематологическом анализаторе «SYSMEX-XT 2000i», концентрации С-РБ и прокальцитонина (ПКТ) - на анализаторе «Cobas 6000». Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы «IBM SPSS Statistics 20». Различия между группами выявляли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, корреляционные связи - с помощью критерия рангов Спирмена.

У детей в I группе при поступлении наблюдалось более тяжелое состояние, что проявлялось в более высокой частоте дыхания (ЧД) и частоте сердечных сокращений (ЧСС) (в среднем, на 38,5% и 11,3%, соответственно, $p<0,05$). Однако по лабораторным показателям статистически значимых различий между группами не выявлено. У 50% пациентов обеих групп отмечался лейкоцитоз ($>15,5 \times 10^9/\text{л}$, согласно диагностическим критериям синдрома системного воспалительного ответа у детей в возрасте от 2 до 5 лет (IPSSC, 2005) (Goldstein B. et al., 2005 г.). У 83% детей I группы и у 91% - II группы уровень С-РБ в сыворотке крови находился в острофазном воспалительном диапазоне (>10 мг/л). Концентрация ПКТ у 50% детей I группы и у 46% - II-ой - превышала 0,5 нг/мл. Проведение корреляционного анализа выявило прямые связи между ПКТ и ЧСС ($p=0,492$, $p=0,015$), уровнем ПКТ и количеством лейкоцитов и нейтрофилов ($p=0,524$, $p=0,009$ и $p=0,606$, $p=0,002$, соответственно), ПКТ и С-РБ ($p=0,476$, $p=0,025$), что отражает закономерности течения острого воспалительного ответа. Эти связи, кроме ПКТ/ЧСС, были более сильными в группе детей с пневмониями.

У детей с ОРЗ установлена также прямая корреляционная связь между ПКТ и температурой тела ($p=0,704$, $p=0,007$). Полученные данные свидетельствуют о связи уровня ПКТ с тяжестью синдрома системного воспалительного ответа у детей с острыми заболеваниями дыхательной системы, однако, вследствие ограниченности проведенного исследования, не позволяют сделать вывод о преимуществе использования этого биомаркера в дифференциальной диагностике.

Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Корнева С.В.

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

С целью определения клинической значимости уровней маркеров воспаления в крови (лейкоцитов, нейтрофилов, С-реактивного белка (С-РБ) и прокальцитонина) было обследовано 25 детей в возрасте от 2 до 5 лет, поступивших в экстренном порядке в педиатрическое отделение N 2 с фебрильной температурой, с клиникой дыхательной недостаточности II-III степени.

После обследования 12-и детям выставлен диагноз пневмония (1 группа), 13 - острое респираторное заболевание (ларингит, фарингит, трахеит, бронхит) (2 группа).

Количество лейкоцитов и нейтрофилов в венозной крови определяли на гематологическом анализаторе «SYSMEX-XT 2000i», концентрации С-РБ и прокальцитонина (ПКТ) - на анализаторе «Cobas 6000». Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы «IBM SPSS Statistics 20». Различия между группами выявляли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, корреляционные связи - с помощью критерия рангов Спирмена.

При поступлении у детей с пневмониями наблюдалось более тяжелое состояние, что проявлялось в более высокой частоте дыхания (ЧД) и частоте сердечных сокращений (ЧСС) (в среднем на 38,5% и 11,3%, соответственно, $p < 0,05$). Однако по лабораторным показателям статистически значимых различий между группами не выявлено. У 50% пациентов обеих групп отмечался лейкоцитоз ($> 15,5 \times 10^9 / \text{л}$, согласно диагностическим критериям синдрома системного воспалительного ответа у детей в возрасте от 2 до 5 лет (IPSSC, 2005) (Goldstein B. et al., 2005 г.). У 83% детей 1 группы и у 91% - 2 группы уровень С-РБ в сыворотке крови находился в острофазном воспалительном диапазоне ($> 10 \text{ мг/л}$). Концентрация ПКТ у 50% детей 1 группы и у 46% - 2-ой - превышала 0,5 нг/мл. Проведение корреляционного анализа выявило прямые связи между ПКТ и ЧСС ($p = 0,492$, $p = 0,015$), уровнем ПКТ и количеством лейкоцитов и нейтрофилов ($p = 0,524$, $p = 0,009$ и $p = 0,606$, $p = 0,002$ соответственно), ПКТ и С-РБ ($p = 0,476$, $p = 0,025$), что отражает закономерности течения острого воспалительного ответа. Эти связи, кроме ПКТ/ЧСС, были более сильными в группе детей с пневмониями. У детей с ОРЗ установлена также прямая корреляционная связь между ПКТ и температурой тела ($p = 0,704$, $p = 0,007$).

Полученные данные свидетельствуют о связи уровня ПКТ с тяжестью синдрома системного воспалительного ответа у детей с острыми заболеваниями дыхательной системы, однако, вследствие ограниченности проведенного исследования, не позволяют сделать вывод о преимуществе использования этого биомаркера в дифференциальной диагностике.

Федосеева И.Ф., Тюнина И.А., Машошина Л.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
ГБУЗ КО Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой
г.Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ДИССОЦИАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

В настоящее время ультразвуковое исследование (УЗИ) головного мозга является одним из наиболее информативных методов исследования структур головного мозга и кровотока в его сосудах у новорожденных. Это исследование проводится всем детям в первые дни жизни в родильном

доме. Повторные УЗИ головного мозга детям первого года жизни проводятся избирательно и определяются наличием неврологической симптоматики.

Представляют интерес 2 клинических случая диссоциации неврологической симптоматики и морфологических изменений головного мозга у детей первых месяцев жизни. Дети родились и далее наблюдались в Кемеровском областном клиническом перинатальном центре им. Л.А. Решетовой.

Ребенок И. от матери с аутоиммунным тиреоидитом, принимающей L-тироксин. Ребенок С. от здоровой матери. Оба ребенка от повторных беременностей, протекавших с угрозой прерывания в первой половине, анемией и признаками хронической гипоксии плода во второй половине; срочных физиологических родов, с нетугим обвитием пуповиной, с оценкой по Апгар 8-9 баллов. Внутриутробных инфекций (ЦМВ, ВПГ, токсоплазмоз) не выявлено. В неврологическом статусе с первых суток отмечался синдром гипервозбудимости - тремор рук, подбородка, выражен симптом Моро, гиперестезия, клонусы стоп. По данным УЗИ головного мозга на 3-и сутки жизни - размеры ликворных пространств в пределах нормы, экзогенность паренхимы перивентрикулярно умеренно повышена. Осмотрены неврологом на первой неделе жизни, установлен диагноз: Церебральная ишемия 1 степени, синдром гипервозбудимости. Оба ребенка выписаны из родильного дома домой на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Дома лечения не получали.

В возрасте 1 месяца у детей сохранялся синдром гипервозбудимости с прежними проявлениями. По результатам УЗИ головного мозга в 1 месяц отмечались очаги гипоксически-ишемического поражения головного мозга в виде повышенной экзогенности перивентрикулярных областей в проекции передних рогов и тел боковых желудочков, ликворные пространства в пределах нормы. ИР в ПМА 0,72 - у ребенка И. (норма 0,66-0,7); ИР в ПМА 0,74 - у ребенка С. Проводилась нейрометаболическая терапия.

В возрасте 2 месяцев у детей выявлены признаки пирамидной недостаточности в виде повышения мышечного тонуса в нижних конечностях, гиперрефлексии, опоры на носок. Признаков гипервозбудимости нет. УЗИ головного мозга выявило эхо-признаки незначительного повышения экзогенности паренхимы головного мозга перивентрикулярно, ИР в ПМА 0,68 - у ребенка И.; ИР в ПМА 0,69 (положительная динамика) - у ребенка С.

Контрольное УЗИ головного мозга у обоих детей в 3 месяца: паренхима головного мозга средней экзогенности, ИР в ПМА 0,65. На первом году жизни дети росли и развивались по возрастным нормативам.

Контрольное УЗИ головного мозга в 6, 9, 12, 15 месяцев: паренхима головного мозга средней экзогенности, ИР в пределах 0,66, ликворные пространства в пределах возрастной нормы.

Выводы.

Особенностью неврологической патологии у детей первых месяцев жизни является преобладание общемозговой симптоматики над очаговой. С целью раннего выявления органической патологии головного мозга и своевременной терапии необходимо ультразвуковое исследование головного мозга в возрасте 1 месяца всем детям с отягощенным перинатальным анамнезом, независимо от результата УЗИ на первой неделе жизни и отсутствия очаговой неврологической симптоматики.

Хвостов Е.Д., Свешников И.К.

Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

ЭМОЦИЯ СТРАХА - ВТОРАЯ В ТРЕВОЖНОМ РЯДУ

Страх - отрицательно окрашенная сильная эмоция, возникающая в ответ на реальную опасность (что-то происходит здесь и сейчас, например, операция или врачебные манипуляции) или предполагаемую угрозу. Эмоция страха - мощный психический стрессор, вызывающий глубокие нарушения психомоторного состояния (беспокойство), активирующий симпатический отдел вегетативной нервной системы. Поэтому часто бывает выраженное ухудшение состояния человека. Страх может поглощать другие эмоции (страх).

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Это проявляется в исчезновении жизнерадостности, улыбок, смеха и ощущения полноты жизни. Развивается хроническая эмоциональная неудовлетворенность, то есть неспособность радоваться, тревожно-пессимистическая оценка будущего, когда все вокруг воспринимается с позиции «черного цвета».

Среди здоровых людей психомоторное возбуждение можно наблюдать в ситуации паники: психологического состояния, вызванного угрожающим воздействием внешних условий и выражающегося в двигательном беспокойстве разной степени - от суетливости до разрушительных импульсивных действий.

Основным источником страха у человека служит боязнь болевых ощущений. Поэтому с этой эмоцией знаком каждый человек. Обычный страх - эмоция, необходимая для защиты человека от опасности. Он кратковременен, исчезает после устранения опасности и не влияет на характер человека, его поведение и взаимоотношения с окружающими людьми.

Но страх способен буквально лишить человека возможности рационально мыслить или, наоборот может подтолкнуть к неожиданному, но единственно верному положительному решению, так как основан на одном из самых мощных и жизненно необходимых инстинктах - инстинкте самосохранения. В таких случаях страх проявляется тревогой, беспокойством, нарушением настроения и физиологических функций: повышением АД, учащением пульса и дыхания, потливостью и слабостью, пересыханием во рту и другими проявлениями.

Оценку опасности ситуации, в которой оказался человек, и его возможностей по формированию механизмов защиты выполняет тревожность - ведущий фактор субъективной оценки состояния. Она определяет уровень психологической адаптации. Механизмы ее реализуются за счет повышения концентрации глюкокортикоидов, усиления синтеза катехоламинов и особенно норадреналина.

Есть основание считать, что в случае расшифровки механизма развития ситуационной тревожности, можно найти способы ее регуляции. Уже выяснено, что выраженность ее коррелирует с мощностью частот β -ритма и низких частот α -ритма. С учетом этого становится понятным, что при психических и физических проявлениях тревожности может включаться навязчивый страх перед определенными ситуациями.

Однако страх может быть и патологическим, когда он оказывает неблагоприятное воздействие на характер человека, его межличностные отношения с людьми и приспособление к социальной действительности. Он имеет затяжное навязчивое течение и непроизвольность, то есть полное отсутствие контроля со стороны самого человека.

Соображения о большой ценности и уникальности сведений нейропсихологического характера при страхе заставляют привлекать к постоянной работе с больными психолога. В итоге ослабляются признаки дезадаптации, что способствует улучшению общего состояния больных и, в конечном счете, усилению адаптационных процессов.

Наличие у больных с переломами на почве остеопороза таких эмоций, как страх, растерянность, печаль, горе и тревожность свидетельствовало о повышении функционального состояния лимбической системы.

Хвостова С.А., Свешников И.К., Хвостов Е.Д.

Курганский государственный университет
г.Курган, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ КАК СИМПТОМОВ ОСТЕОПОРОЗА

При поступлении больных в клинику ослаблена интенсивность и подвижность процессов возбуждения и торможения, особенно внутреннего, в коре головного мозга. Это проявлялось в повышенной и неоправданно высокой раздражительности, подозрительности, рассеянности, невнимательности, повышенной пессимистичности, неуверенности в себе и угрюмости. Личностная тревожность была всегда среднего уровня, а ситуационная - высокая. Оказалась типичной сниженная самооценка, ослаблена выраженность эмоций, снижены интеллектуальные возможности, плохая память, нарушен сон, иногда головная боль. Отмечен спад жизненной энергии и потеря интереса к жизни.

Боль вела к усилению напряженности, нервозности и ограничению движений, а также способствовала зарождению ощущения беспомощности и безнадежности.

Все из опрошенных больных переживали состояние эмоциональной нестабильности. Они отмечали, что временами испытывают тревожность, тоску, уход «в себя» и возбуждение. Все это говорило о том, что занижена субъективная оценка своих возможностей. Перелом, как симптом остеопороза, формировал весьма устойчивые депрессивные тенденции, гиперактуализацию переживаний. Ухудшение физического состояния приводило к преимущественно сидячему образу жизни, который обострял симптомы депрессии. Гиподинамия приводила к мышечной слабости и тугоподвижности суставов. Существенные изменения в психике были и в силу того, что при выраженном остеопорозе уменьшен рост и есть кифоз, а поэтому больные считали себя дефектными и неприглядными.

При тестировании по Х. Шмишеку чаще встречались следующие акцентуации с их характерными чертами:

1) застревающий тип (умеренная общительность, неразговорчивость, настороженность, недоверчивость, чувствительность к обидам и огорчениям; больные уязвимы, подозрительны, с трудом отходят от обид;

2) эмотивный - эмоциональный тип (характерны - тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость, редко вступают в конфликты).

В начале лечения данные психологического теста Р. Кэттелла свидетельствовали об эмоциональной неустойчивости: при расстройствах люди теряли равновесие духа, были подозрительными, внутренне напряженными и догматичными. Типична ипохондрия, слабость, утомляемость, неуверенность в себе, озабоченность, суетливость, задумчивость, сниженная самооценка, угрюмость, раздражительность, пессимизм, беспокойство о будущем. Больные заняты своими делами, избегали всего необычного и были излишне внимательны к мелочам, осторожны, честолюбивы и расчетливы. Подозрительны к новым людям и склонны к морализации и нравоучениям. Характерен спад энергии. В конфликтных ситуациях предпочтительный тип поведения - приспособление (к ситуации).

Утрата работоспособности психологически особенно тяжело переживалась теми, кто до этого еще работал и вдруг потерял независимость. Становилось невозможным выполнять социальную роль, и поэтому снижалось чувство собственного достоинства и усиливалась беспомощность. Появлялись навязчивые мысли, идеи и поведение.

Для достижения психосоматического равновесия, улучшения настроения и самочувствия, оживления эмоций, повышения двигательной активности, эмоциональной стабильности, уменьшения напряженности и тревожности, целенаправленного поведения, улучшения памяти и функций внутренних органов и репаративного костеобразования больным назначали ГБО-терапию. Она препятствовала развитию анемии после травмы, как следствия кровопотери. Кислород под повышенным давлением снимал гипоксию, нормализовал обменные процессы в тканях зоны перелома и способствовал нормальному формированию костного регенерата.

Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Калаева Г.Ю.

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

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА И ИНСУЛИНА НА КОСТНО-МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель исследования. Изучить взаимосвязи показателей костно-минерального обмена и основных стимуляторов роста (соматотропного гормона (СТГ) и инсулина) у здоровых подростков и у подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы исследования. Одновременно обследовано 33 подростка одной из (контрольная группа). Наличие НДСТ устанавливали, основываясь на критериях, предложенных Т. Милковска-Димитровой (1983 г.), Кадуриной Т.И. (2009 г.). По возрасту, по соотношению

Клинические аспекты терапии и педиатрии

количества мальчиков и девочек, по физическому и половому развитию группы соответствовали друг другу. В исследование не включали подростков с наличием обменно-метаболических нарушений, с сахарным диабетом, с заболеваниями щитовидной железы, почек, с бронхиальной астмой. Оценивали содержание в сыворотке крови маркеров синтеза (PINP и остеокальцин) и резорбции (β -Crosslaps) костной ткани, показателей минерального обмена (кальций, фосфор, магний), анаболических гормонов (СТГ, инсулин).

Концентрации PINP и β -Crosslaps определяли электрохемилюминесцентным методом, кальция, фосфора, магния - колориметрическими методами на анализаторе "Cobas 6000", остеокальцина, СТГ и инсулина - иммунохемилюминесцентным методом на анализаторе "Immulite" (США).

Результаты представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха (25-75%). Для выявления различий между группами использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционную связь между показателями устанавливали с помощью критерия рангов Спирмена.

Результаты исследования. У подростков с НДСТ установлено пониженное, по сравнению с контрольными значениями, содержание в сыворотке крови PINP (на 27,2%, $p=0,028$) и остеокальцина (на 38,9%, $p=0,047$), тогда как по уровням β -CrossLaps, кальция, фосфора, магния, а также инсулина статистически значимой разницы не выявлено. При этом у подростков с НДСТ обнаружен более высокий, чем у подростков контрольной группы, уровень СТГ (2,5 (2,1-3,0) мЕ/л против 0,5 (0,25-0,75) в контроле).

Проведение корреляционного анализа у подростков контрольной группы выявило наличие прямой корреляционной связи между уровнями СТГ и маркера костеобразования PINP, отражающей закономерные процессы роста и развития подростка. У подростков с НДСТ такой связи не обнаружено, но установлены прямые корреляционные связи между содержанием в сыворотке крови инсулина и уровнями как маркера костеобразования (PINP), так и разрушения (β -CrossLaps). Вместе с тем обнаруженная обратная корреляционная связь инсулина с уровнем СТГ ($p=0,59$ (-2,82), $p=0,013$) у подростков данной группы свидетельствует о контринсулярном действии повышенного уровня СТГ, что впоследствии может привести к инсулиновой недостаточности и угнетению обеих фаз костного ремоделирования.

Полученные данные отражают нарушения регуляторно-рецепторных взаимоотношений при несостоятельности соединительной ткани, что может быть причиной развития в дальнейшем остеопении и остеопороза, метаболического синдрома и сахарного диабета.

Хохлова О.И., Калаева Г.Ю., Устьянцева И.М.

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

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) - высоко распространенное в популяции состояние, с которым связывают раннее развитие множества патологий. Известно, что клетки соединительной ткани активно используют эссенциальные полиеновые жирные кислоты, поглощая их в составе липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) путем апоВ-100-рецепторного эндоцитоза. При неполноценности соединительной ткани возможно нарушение данного процесса.

Цель исследования. Оценить показатели липидного спектра крови у подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное обследование 110 учеников одной из школ г.Ленинска-Кузнецкого в возрасте от 10 до 14 лет (57 мальчиков и 53 девочки), из них 49 - с выраженной НДСТ (I группа), 40 - с умеренной (II группа), 29 - без НДСТ (контрольная группа). Наличие и степень выраженности НДСТ устанавливали,

основываясь на критериях, предложенных Т. Милковска-Димитровой (1983 г.), Кадуриной Т.И. (2009 г.). В сыворотке крови, полученной из локтевой вены утром, натошак, определяли холестерол (ХС), холестерол липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триацилглицерол (ТГ) на анализаторе «Cobas 6000» (Япония). Содержание ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП, величину индекса атерогенности (ИА) определяли расчетными методами. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20,0». Различия между группами выявляли с помощью непараметрического критерия Краскела-Уоллиса с последующей процедурой множественного сравнения Даннетта и считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате исследования установлено более высокое содержание ХС в сыворотке крови у подростков с НДСТ: 4,0 (3,74-4,29) ммоль/л у подростков I группы, 4,1 (3,65-4,40) - II-ой против 3,8 (3,43-4,06) в контроле ($p < 0,05$), что свидетельствует об атерогенной направленности липидного обмена при НДСТ. Это подтверждалось повышенными уровнями атерогенной транспортной фракции ХС ЛПНП (на 14% - у подростков I группы и 17% - II-ой группы) и индекса атерогенности (на 27,6% и 44,7% соответственно) по сравнению с контрольными значениями. Вероятно, при НДСТ происходит нарушение процесса потребления эссенциальных полиеновых жирных кислот, что отражается в увеличении концентрации спиртов, которые их переносят (спирт ХС и этерифицированный спирт ХС ЛПНП).

Одной из возможных причин также может быть установленное параллельно повышение уровня соматотропного гормона (СТГ), который, как известно, обладает липолитическим эффектом. Данное предположение основывается на выявленной в ходе исследования прямой корреляционной связи между уровнем СТГ в сыворотке крови и повышенной активностью липазы у подростков с выраженной НДСТ. Этим же можно объяснить и более частую встречаемость в данной группе подростков дефицита массы тела.

Полученные результаты позволяют отнести подростков с признаками НДСТ в группу риска по раннему развитию атеросклероза и определяют необходимость разработки индивидуальных программ профилактических мероприятий.

Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Калаева Г.Ю.

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

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ РОСТА ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель исследования. Оценить взаимосвязи показателей костного ремоделирования и основных стимуляторов роста (соматотропного гормона (СТГ) и инсулина) у здоровых подростков и у подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы исследования. Одновременно обследовано 33 подростка в возрасте от 11 до 14-и лет одной из школ города: 17 - с НДСТ (основная группа) и 16 - здоровых (контрольная группа). Наличие НДСТ устанавливали, основываясь на критериях, предложенных Т. Милковска-Димитровой (1983 г.), Кадуриной Т.И. (2009 г.).

По возрасту, по соотношению количества мальчиков и девочек, по физическому и половому развитию группы соответствовали друг другу. В исследование не включали подростков с наличием обменно-метаболических нарушений, с сахарным диабетом, с заболеваниями щитовидной железы, почек, с бронхиальной астмой. Оценивали содержание в сыворотке крови маркеров синтеза (PINP и остеокальцин) и резорбции (β -Crosslaps) костной ткани, показателей минерального обмена (кальций, фосфор, магний), анаболических гормонов (СТГ, инсулин).

Концентрации PINP и β -Crosslaps определяли электрохемилюминесцентным методом, кальция, фосфора, магния - колориметрическими методами на анализаторе "Cobas 6000", остеокальцина, СТГ и инсулина - иммунохемилюминесцентным методом на анализаторе "Immulite".

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Результаты представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха (25-75%). Для выявления различий между группами использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционную связь между показателями устанавливали с помощью критерия рангов Спирмена.

Результаты исследования. У подростков с НДСТ установлено пониженное, по сравнению с контрольными значениями, содержание в сыворотке крови PINP (на 27,2%, $p=0,028$) и остеокальцина (на 38,9%, $p=0,047$), тогда как по уровням β -CrossLaps, кальция, фосфора, магния, а также инсулина статистически значимой разницы не выявлено. При этом у подростков с НДСТ обнаружен более высокий, чем у подростков контрольной группы, уровень СТГ (2,5 (2,1-3,0) мЕ/л против 0,5 (0,25-0,75) в контроле).

Проведение корреляционного анализа у подростков контрольной группы выявило наличие прямой корреляционной связи между уровнями СТГ и PINP, отражающей закономерные процессы роста и развития подростка. У подростков с НДСТ такой связи не обнаружено, что может быть обусловлено пониженной чувствительностью рецепторного аппарата соединительной ткани к ростовым факторам в условиях аномального ее строения. Вместе с тем установлены прямые корреляционные связи между содержанием в сыворотке крови инсулина и концентрациями как маркера костеобразования (PINP), так и разрушения (β -CrossLaps).

Длительное наличие повышенного фона СТГ у подростков с НДСТ может привести к несбалансированному усилению костного обмена, сопровождающемуся непропорциональным ростом костей и костными потерями с формированием остеопении и остеопороза. Обнаруженная при этом обратная корреляционная связь инсулина с уровнем СТГ ($p=-0,59$ (-2,82), $p=0,013$) у подростков данной группы свидетельствует о контринсулярном действии повышенного уровня СТГ, что впоследствии может привести к инсулиновой недостаточности и угнетению обеих фаз костного ремоделирования.

Хуторная М.В., Понасенко А.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
г. Кемерово, Россия

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Инфекционный эндокардит (ИЭ) представляет собой воспаление внутренней оболочки камер и клапанов сердца и обычно имеет бактериальную этиологию. Toll-подобные рецепторы (TLRs) и триггерные рецепторы, экспрессируемые на миелоидных клетках (TREMs) являются ключевыми эффекторами врожденного иммунитета, играя важную роль в распознавании инфекционных агентов и активируя ответные иммунные реакции организма в ответ на инвазию.

Цель исследования. Определить наличие ассоциативных связей между однонуклеотидными полиморфизмами генов врожденного иммунного ответа (TREM-1 и TLR) и риском развития инфекционного эндокардита.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 110 пациентов с установленным диагнозом инфекционного эндокардита. Все пациенты перенесли оперативное вмешательство по протезированию клапанов сердца в Кузбасском кардиологическом центре в период с 2009 по 2013 гг. включительно.

Контрольная группа была сформирована из 300 здоровых доноров крови, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний. Исследовали 16 полиморфных локусов 5 генов: TREM-1 (rs1817537, rs3804277, rs6910730, rs7768162, rs2234246, rs4711668, rs9471535, rs2234237), TLR1 (rs5743551 и rs5743611), TLR2 (rs3804099 и rs5743708), TLR4 (rs4986790 и rs4986791), TLR6 (rs3775073 и rs5743810). Геномная ДНК выделялась из лейкоцитов фенол-хлороформным методом в соответствии со стандартным протоколом. Генотипирование проводилось в 96-луночном формате по технологии TaqMan в соответствии с протоколом производителя.

Статистический анализ результатов генотипирования проводился посредством программы SNPStats. Различия признавались статистически значимыми при вероятности отклонить верную нулевую гипотезу P менее 0,05.

Результаты и обсуждения. Генотип С/С полиморфизма rs3775073 TLR6 статистически значимо ассоциирован со сниженным риском развития ИЭ (ОШ=0,51, 95% ДИ=0,26-0,97; $p=0,032$) в соответствии с рецессивной моделью наследования. Генотипы С/Г и Г/Г полиморфизма rs1817537 TREM-1 были ассоциированы со сниженной вероятностью возникновения ИЭ (ОШ=0,60; 95% ДИ=0,37-0,99; $p=0,046$) в соответствии с доминантной моделью наследования. Другие исследованные полиморфизмы не были статистически значимо ассоциированы с ИЭ.

Выводы.

Гены рецепторов врожденного иммунитета могут являться кандидатными при определении рисков развития ИЭ. Однако необходим дополнительный поиск маркерных полиморфных сайтов, как описываемых в исследовании, так и других генов, участвующих в патогенезе ИЭ.

Цоколов А.В., Вертелкин А.В., Стариков В.Н., Патлай И.И.

ФГКУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь»
г.Калининград, Россия

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В XXI ВЕКЕ

Цель исследования. В настоящее время при выполнении диагностических исследований у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), складываются такие ситуации, когда диагностическая ценность методик, описываемая в 70-80х годах XX столетия, не соответствует заявленным значениям. С целью уточнения данного феномена нами была предпринята попытка оценить чувствительность и специфичность методики ВЭМ и Холтеровского мониторирования ЭКГ, широко применяемых в повседневной практике в диагностике ИБС.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 115 пациентов (средний возраст $61,2 \pm 8,6$ года), кому в течение ближайшего месяца выполнялась коронароангиография (КАГ). Процент стенозирования коронарных артерий (КА) составил: левой коронарной артерии (ЛКА) $31,3 \pm 32,3\%$; правой коронарной артерии (ПКА) $63,6 \pm 35\%$; огибающей артерии (ОА) $38,1 \pm 37,5\%$; диагональной ветви (ДВ) $15,6 \pm 28,3\%$; достигнутая при Холтеровском мониторировании величина ЧСС $100 \pm 8,8$ ударов/мин не достигала субмаксимальных значений у большинства пациентов; депрессия сегмента ST более 1 мм регистрировалась в $31,3\%$ случаев, тогда как реальная частота поражения хотя бы одной КА ($>50\%$) составляла $81,3\%$.

Полученные результаты. В результате проведенного обследования было установлено, что реальная чувствительность методики ВЭМ находится на уровне $40,7\%$, специфичность - $76,5\%$, тогда как для методики холтеровского мониторирования ЭКГ - 38% и 100% соответственно, что ниже значений, приводимых в доступной литературе. Для методики нагрузочного тестирования корреляционная зависимость величины депрессии сегмента ST от характера поражения КА оказалась средней ($r=0,42$; $p<0,01$).

Зависимость величины депрессии сегмента ST от % стенотического поражения коронарных артерий оказалась следующей: для ЛКА $r = 0,39$ $p<0,01$; для ОА $r = 0,26$ $p>0,05$; для ПКА $r=0,38$ $p=0,01$. Максимально достигнутая ЧСС составила $92,1 \pm 15,2\%$ (от максимальной возрастной ЧСС), или $135,6 \pm 21,3$ удара в 1 мин. Для методики Холтеровского ЭКГ-мониторирования корреляционная зависимость результатов проб была установлена на уровне от слабой до средней (для ДВ), но незначимой для всех остальных КА ($p>0,05$). Причина выявленных расхождений в описываемой и реально полученной диагностической ценности методик кроется в изменении приоритетов в лечении основного заболевания и сопутствующей патологии, выражающаяся в:

1) наличии способности новых препаратов влиять на NO-зависимую вазодилатацию; смена приоритетов в лечении сердечно-сосудистой патологии за последние 20 лет выразилась

Клинические аспекты терапии и педиатрии

в преобладающем назначении β -адреноблокаторов (81,1%), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (78,8%) и статинов (71,9%);

2) формировании коллатерального кровотока, который влияет на результаты нагрузочных проб;

3) широком использовании статинов, с улучшением функционального состояния эндотелия;

4) приеме пролонгированных препаратов (для полного прекращения действия последних требуется не 1-2 дня как ранее, а в ряде случаев до 3-5 дней).

Выводы.

Таким образом, в свете современных подходов к медикаментозной профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний следует пересмотреть подходы к проведению холтеровского мониторирования ЭКГ в целях верификации ИБС и оценки эффективности проводимой терапии.

Предпочтение следует отдавать более точным неинвазивным методикам, таким как ВЭМ/тредмил либо стресс-ЭХОКГ, позволяющим достичь порог субмаксимальной ЧСС, не забывая о том, что длительный прием современных статинов, антиангинальных и гипотензивных препаратов снижает диагностическую ценность последних за счет различных механизмов. Поздняя предтестовая отмена подобных препаратов накануне обследования искажает итоговые результаты.

Шишкова Ю.Н., Миняйлова Н.Н.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
кафедра педиатрии и неонатологии
г.Кемерово, Россия

СОПРЯЖЕННОСТЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Актуальность. Нарушение пуринового обмена с детского возраста является компонентом метаболического синдрома (МС) и фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Влиянием классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний можно объяснить развитие лишь 50% всей сердечно-сосудистой патологии. Поэтому в последние годы активно обсуждается роль нового метаболического фактора риска формирования сосудистых осложнений - повышение уровня гомоцистеина (ГЦ) крови. В педиатрической практике вопрос о сопряженности гипергомоцистеинемии (ГГЦ) и инсулинорезистентности, а следовательно, и МС остается открытым.

Цель исследования. Оценить уровень ГЦ сыворотки крови у детей и подростков с нарушением пуринового обмена, в том числе в сочетании с ожирением и метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Уровень ГЦ сыворотки крови определяли у 50 пациентов с нарушением пуринового обмена (гиперурикемией (ГУ) и/или уратурией) в возрасте 8-15 лет, из них 19 человек составили группу с нормальной массой тела (средний возраст $13,2 \pm 1,3$ лет), а 31 - группу с избыточной массой тела и ожирением (средний возраст $13,09 \pm 2,1$ лет). Уровень ГЦ в сыворотке крови определяли иммунохемилюминесцентным методом (анализатор «IMMULITE 2000» (США) с использованием наборов реактивов фирмы DPC, USA). За верхнюю границу нормы ГЦ принимали значения, равные 5 мкмоль/л. ГУ диагностировали при уровне мочевого кислоты крови у девочек > 300 мкмоль/л, у мальчиков > 310 мкмоль/л; уратурию - при уровне уратов мочи $> 4,0$ ммоль/л в сутки.

Для верификации МС использовались критерии Международного консенсуса по ожирению у детей (2006 г.): висцеральное ожирение ($OT \geq 90$ перцентиль для данного возраста и пола), триглицериды крови $\geq 1,3$ ммоль/л (независимо от пола), ХС ЛПВП крови $\leq 1,3$ ммоль/л у девочек и $\leq 1,03$ ммоль/л - у мальчиков, наличие артериальной гипертензии (уровень артериального давления > 90 перцентиль согласно полу, возрасту и росту).

Результаты исследования. У детей с нарушением пуринового обмена, имеющих избыточную

массу тела или ожирение, уровень ГЦ крови колебался в пределах 10,6-30,9 мкмоль/л (Ме 12,6 (11,1-14,5) мкмоль/л), что более чем в 2,5 раза выше, чем в группе с нормальной массой тела (Ме 4,7 (3,8-5,3) мкмоль/л), $p=0,006$. Кроме того, у 64,5% ($n=20$) обследуемых с нарушением пуринового обмена из группы с избыточной массой тела и ожирением был документирован МС.

В подгруппе с верифицированным МС уровень ГЦ составил Ме 14,8 (9,5-24,5), min/max 6,1/30,9 мкмоль/л и был достоверно выше не только, чем в группе с нормальной массой тела, но и выше, чем в группе с избыточной массой тела и ожирением без МС (9,9 (9,5-12,6), min/max 5,7/22,4 мкмоль/л), $p=0,04$.

Выводы.

Уровень ГЦ крови детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением при нарушении пуринового обмена был в 2,5 раза выше нормативных значений и в 2,7 раза выше группы с нормальной массой тела. Наиболее высокий уровень ГЦ крови выявлен в группе с верифицированным МС.

**Шукевич Т.М., Репникова Р.В., Дудина К.В., Голофаева О.И., Долгих Т.А.
Янсонс И.А., Дудкина О.А.**

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

СЛУЧАЙ АКТИНОМИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА

Актиномикоз - бактериальное подострое или хроническое гранулематозное нагноительное заболевание, которое медленно прогрессирует с образованием множественных абсцессов и свищевых ходов. Такая клиническая картина может быть вызвана различными видами актиномицетов - грам-положительных бактерий рода *Actinomyces*. Как известно, актиномикотические поражения органов брюшной полости и аноректальной области встречаются относительно редко. Их развитие обычно связано с острой перфорацией внутренних органов (аппендицитом, дивертикулитом и др.) и последствиями хирургических и травматических повреждений.

Клиническая картина абдоминального актиномикоза не имеет патогномичных признаков и чаще всего напоминает опухоль. Среди жалоб больные отмечают абдоминальный болевой синдром, интоксикационный, пальпируется инфильтрат в брюшной полости, лабораторно воспалительный ответ крови.

Зачастую первым характерным признаком заболевания является образование больших плотных подкожных абсцессов с формированием свищевых ходов и выделением густого гноя, в котором можно обнаружить друзы (зерна) актиномицетов. В описываемом нами клиническом наблюдении абдоминального актиномикоза стертость клинической картины и трудности диагностики привели к резекции прямой кишки.

Пациентка П., 55 лет, направлена колопроктологом в раннем послеоперационном периоде на консультацию к гастроэнтерологу с диагнозом: состояние после лапароскопии, резекции прямой кишки, ампутации матки с придатками, выведения колостомы (26.11.2013 г.) по поводу болезни Крона.

Оперативное лечение выполнено по экстренным показаниям: развитие острой кишечной непроходимости. Больна в течение 1,5 месяцев: появление эвакуаторных нарушений с нарастанием симптомов кишечной непроходимости. На момент поступления в стационар: воспалительный ответ крови, анемия. Интраоперационные находки: на уровне ректосигмоидного перехода плотный воспалительный конгломерат (прямая, слепая, терминальный отдел подвздошной кишки, матка, придатки, париетальная брюшина). Кишка ректосигмоидного отдела резко деформирована, фиброзирована, деревянистой плотности с почти полным стенозированием просвета. Вышележащие отделы кишечника раздуты. Однако полученные макроскопические характеристики и тщательное изучение анамнеза позволили усомниться в диагнозе болезнь Крона. При пересмотре гистологических препаратов были обнаружены друзы актиномицетов в левом яичнике с гнойным воспалением придатков.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

Выставлен окончательный диагноз: Актиномикоз внутренних половых органов с вовлечением в спаечный процесс кишечника и развитием осложнения в виде острой кишечной непроходимости. Пациентке назначена антибактериальная терапия (амоксиклав в течение 3 месяцев в терапевтических дозах). Амбулаторно через 3 месяца пациентка жалоб не предъявляла, прибавила в весе, отмечена нормализация лабораторных показателей.

При проведении контрольной фиброколоноскопии выявлен катаральный колит, по биопсии толстой кишки - признаки хронического воспаления. Далее через 3 месяца пациентке выполнена реконструктивная операция по ликвидации колостомы и восстановлению пассажа по толстой кишке. В течение последнего года состояние пациентки удовлетворительное, в медикаментозной терапии не нуждалась.

Таким образом, при отсутствии пересмотра диагноза и назначении иммуносупрессивной терапии, направленной на профилактику рецидива болезни Крона (согласно Европейским и Российским рекомендациям), без применения длительной антибактериальной терапии, могло привести к высокой вероятности генерализации актиномикоза с развитием смертельных осложнений.

Щербаков Г.И., Бондарева И.Н.

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОГО РЕГИСТРА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ревматические заболевания затрагивают все сферы жизни пациента, «ложатся» тяжелой экономической нагрузкой на систему национального здравоохранения. Они характеризуются широкой распространенностью и составляют в структуре общей заболеваемости и первичной инвалидности населения около 10%, в структуре первичной заболеваемости - около 5%, в структуре смертности - около 0,1%.

Необходимость продолжительного лечения, длительная реабилитация и стойкая инвалидизация приводят к большим финансовым затратам.

Особое значение имеет достоверная статистика, которая позволяет проанализировать ситуацию и внести необходимые коррективы в организацию медицинской помощи населению.

В последние годы рассматриваются вопросы о формировании единого регистра больных костно-мышечной системы (БКМС), так как раньше существовали только регистры препаратов. Но в ревматологии нет таких больных, которые бы лечились одним препаратом. Больные болеют долго, схемы и подходы терапии постоянно меняются. Мы видим, что заболевание действительно поражает лиц трудоспособного возраста: между 20 и 60 годами. Пик приходится на 45 лет, но 30% пациентов - в возрасте до 40 лет.

С 2013 г. одними из основных задач работы Кемеровского областного центра профилактики и диагностики ревматологических заболеваний ГАУЗ КОКБ были: сформировать единый регистр больных костно-мышечной системы (БКМС), провести анализ показателей общей и первичной заболеваемости РЗ среди взрослого населения, изучить достоверность показателей заболеваемости и смертности от БКМС в Кемеровской области, так как реальное количество больных превышает статистические данные Минздрава РФ (отсутствие регистра).

При анализе структуры заболеваемости среди взрослого населения обращает на себя внимание следующий момент: низкие показатели диспансерного наблюдения за больными с ревматоидным артритом и коллагенозами. В 2014 г. зарегистрировано 348580 больных с костно-мышечной системой и соединительной тканью, что составляет 11,2% от взрослого населения, из них с ревматоидным артритом (РА) 3021 (0,9%), системными поражениями соединительной ткани - 700 (0,2%), с анкилозирующим спондилоартритом (АС) - 400 (0,1%). В том числе диагноз установлен впервые с БКМС 111408 (7,9%), из них с РА - 455 (0,4%), системными поражениями соединительной ткани - 128 (0,1%), с АС - 38 (0,03%). На диспансерном учете

состоят с БКМС 38899 (4,8%), с РА - 2418 (6,2%), системными поражениями соединительной ткани - 496 (1,3%), с АС - 229 (0,6%). В 2012-2013 гг. по сравнению с 2014 г. показатели БКМС, в том числе отдельных нозологических форм (РА, СКВ, АС) превышают на 2,7%. Это объясняется тем, что не осуществлялся систематический контроль за всем этапом статистической обработки каждого случая с указанием соответствующего статистического шифра по МКБ-10, а также первичности или повторности обращения пациента к врачу.

С формированием единого регистра больных ревматическими заболеваниями по Кемеровской области появляется возможность наблюдать впервые выявленных пациентов в ревматологическом центре ГАУЗ КОКБ и в дебюте заболевания назначить правильное лечение БПВП, направить на госпитализацию пациентов по программе ВМП ОМС, которые позволят избежать инвалидизации у лиц молодого возраста.

Больных с уже установленным диагнозом контролировать врачом - ревматологом центра диагностики и профилактики ревматических заболеваний на базе ГАУЗ КОКБ и проводить диспансерное наблюдение по месту жительства.

Эпельман Б.В., Калинин О.В.

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ЛИШИВШИХСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Одной из наиболее социально незащищенных категорий населения являются дети, лишившиеся попечения родителей. Эти дети испытали на себе и продолжают испытывать тяжелый психологический стресс, что сказывается на их физическом и психическом здоровье.

Результаты психодиагностических исследований воспитанников (из числа детей, лишившихся попечения родителей) одного из социально-реабилитационных центров, созданных в структуре оказания медико-социальной помощи в Санкт-Петербурге, показали, что уровень интеллектуального развития был признан низким у 25% из них. Данная совокупность детей отличалась незрелостью познавательных процессов, неустойчивостью внимания, слабой памятью, слабо развитым мышлением, низкой эрудированностью. В динамике имеет место снижение данного уровня, о чем, в частности, свидетельствует отсутствие лиц с высоким уровнем развития за последний год исследования (в предшествующие годы их доля достигала 14%).

Эмоционально-волевая сфера у 12,5% воспитанников характеризуется эмоциональной неустойчивостью, что проявляется нарушением социального взаимодействия, неуверенностью в себе, неспособностью выстроить нормальные взаимоотношения с окружающими. Нарушения подобного рода проявляются также в повышенной ситуативной тревожности, эмоциональной напряженности, утомлении, повышенной агрессивности, недовольности, вспыльчивости, несдержанности.

Результаты исследования уровня самооценки данного контингента детей показали, что высокой она была в 36,4% случаев; адекватной - в 32,3%; низкой - в 32,3%. При этом вполне понятно, что как завышенная, так и заниженная самооценка препятствуют нормальной коммуникации, установлению адекватных социальных связей.

Не может не настораживать то обстоятельство, что высокий уровень учебной и трудовой мотивации имел место только у 7% воспитанников. То есть эти дети не готовы психологически к нормальному обучению и не мотивированы к получению в будущем хорошей профессии. Соответственно прогнозируемы проблемы, которые могут возникнуть у этих детей в школе и других образовательных учреждениях, а также у опекунов (приемных родителей).

По уровню социальной адаптированности воспитанники распределились так: высокий уровень - в 20% случаев; средний - в 50% случаев; низкий - в 7%; проблемный - в 23%. То есть почти каждый третий ребенок требует специальной коррекции для того, чтобы нормально чувствовать себя в социуме.

Клинические аспекты терапии и педиатрии

У 25% обследованных было выявлено девиантное поведение; у 33% - склонность к употреблению психоактивных веществ (либо их эпизодическое употребление); у 33% - склонность к совершению противоправных действий.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что данные дети нуждаются в наблюдении и серьезной коррекции психологического статуса, что достижимо в условиях систематичности наблюдения в специальных учреждениях, включающих в свою структуру психологов (социальных психологов).

Юровская Г.И., Чельшева Г.М., Ломшакова Г.О.

МБУЗ Клиническая поликлиника N 5
г.Кемерово, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ

Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) составляют целую группу многообразных форм патологии бронхо-легочной системы и представляют собой крупную медико-социальную проблему.

Показатели заболеваемости по обращаемости на 1000 населения по регионам Российской Федерации значительно варьируют, так как частота ХНЗЛ среди населения зависит от экологических условий проживания, характера производственной деятельности человека, его возраста и вредных привычек. Мужчины страдают данными заболеваниями более чем в 1,5 раза чаще, чем женщины. Сведения о микрофлоре ХНЗЛ также разноречивы. Большинство исследователей считают, что ключевое место в развитии инфекционных обострений ХНЗЛ занимают бактериальные возбудители, которые выделяются из мокроты/бронхиального секрета в 40-50% случаев инфекционнозависимых обострений заболевания. Для успешного выбора антибиотика первого ряда принципиальное значение имеет ориентация врача в эпидемиологической ситуации региона, включая сведения о наиболее частых возбудителях ХНЗЛ и их антибиотикорезистентности.

Цель исследования состояла в изучении спектра условно-патогенной (неспецифической) микрофлоры, высеваемой у больных с ХНЗЛ, находившихся на этапе амбулаторного лечения, и оценке ее чувствительности к антимикробным средствам. Посев мокроты осуществляли количественным методом на кровяной, шоколадный агары и плотную среду Сабуро. Идентификацию микроорганизмов проводили обычными рутинными методами по морфологическим, культуральным, серологическим и биохимическим свойствам. Для видовой дифференциации стрептококков в течение 24 часов использовали «СТРЕПТО-тест 16» (Лакхем), для энтеробактерий - тест-систему ПБДЭ-20. Определение чувствительности к антибактериальным препаратам осуществляли диско-диффузионным методом.

В течение 2014 года было проведено 2575 исследований мокроты, в результате которых бактериальные патогены были выделены в 13,2% случаев (n=339 штаммов). Среди обратившихся в возрасте от 18 до 88 лет с различными клиническими симптомами мужчины составили 40,4% (n=139), женщины - 59,6% (n=205), причем наибольшее число культур у мужчин было выделено в возрасте 60-80 лет (51,1% от числа всех штаммов у мужчин), у женщин - в возрасте 50-70 лет (53,2%).

Изучение микробиологического пейзажа мокроты показало доминирующую роль грибов рода *Candida* (41% от числа всех выделенных штаммов), из них 90,6% приходилось на вид *C.albicans*. На втором месте статистически значимо преобладали над остальными микроорганизмами и являлись наиболее вероятными возбудителями нетипируемые *Naemophilusspp* - 18% и далее представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella spp.*, *E.coli*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Proteus spp.*) - 12,7%; *S.pneumoniae* - 11%, *Staph. aureus* - 7%, НГОБы (*Acinetobacter spp.*, *P. aeruginosa*) - 5,3%. В 46,8% случаев микроорганизмы высевались в различных сочетаниях друг с другом.

По своей структуре ассоциации состояли из двух (70,8%), трех (26,2%) и четырех видов

(3,0%). Наиболее часто в ассоциациях присутствовали грибы рода *Candida* (85,8%), затем гемофилы и энтеробактерии (по 38,5%), *Staph. aureus* и НГОБы (18,5 и 16,9% соответственно). Чувствительность микрофлоры к антибиотикам зависела от их групповой и видовой специфичности. Так, гемофилы были чувствительны к ципрофлоксацину в (3,3% и цефотаксиму - в 56,7% случаях, но устойчивы в 90-95% случаев к хлорамфениколу и тетрациклинам соответственно. Изоляты пневмококка отличались высокой чувствительностью к левофлоксацину 97,3%, эритромицину 86,5% и клиндамицину 81,1% случаев. У штаммов *S.albicans* наблюдалась высокая чувствительность к амфотерицину 97,6%, нистатину 90,5% и клотримазолу 84,1%, наибольшая устойчивость - к итраконазолу (96,8%) резистентных штаммов. Энтеробактерии были чувствительны к меропенему и амоксициллин/клавуланату в (91,7- 92,1%) случаев.

Таким образом, типичными возбудителями нетяжелых ХНЗЛ у амбулаторных больных являются гемофильная палочка, энтеробактерии и пневмококк, в большинстве случаев ассоциированные с грибами рода *Candida*.

Юровская Г.И., Чельшева Г.М., Ломшакова Г.О.

МБУЗ Клиническая поликлиника №5
г.Кемерово, Россия

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ БЛРС-ПРОДУЦИРУЮЩИХ ШТАММОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Продукция β-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) - один из наиболее распространенных и клинически значимых механизмов резистентности энтеробактерий к современным β-лактамным антибиотикам.

Наиболее частыми продуцентами БЛРС являются нозокомиальные штаммы *Klebsiella* spp., в меньшей степени - *Escherichia coli*. Частота распространения микроорганизмов- продуцентов БЛРС значительно варьирует в отдельных географических регионах. Так, по данным многоцентрового исследования "MYSTIC", в Европе наибольшую частоту распространения штаммов, вырабатывающих БЛРС, стабильно отмечают в России и Польше (более 30% среди всех изученных штаммов энтеробактерий). В отдельных лечебных учреждениях РФ частота выявления этих ферментов среди *Klebsiella* spp. достигает 90%.

Данные многочисленных исследований показывают, что продукция БЛРС приводит к формированию устойчивости к всепенициллинам, цефалоспорином и монобактамам и часто является причиной их клинической неэффективности. Штаммы микроорганизмов, продуцирующих БЛРС, с высокой частотой демонстрируют ассоциированную устойчивость к антибиотикам других групп (гентамицину, ципрофлоксацину, ингибиторозащищенным пенициллинам).

В связи с тем, что стандартные методы определения чувствительности не всегда позволяют выявить истинную резистентность БЛРС-продуцирующих штаммов, своевременная и регулярная диагностика БЛРС будет способствовать проведению рациональной и эффективной антибиотикотерапии.

Цель исследования. Выявление частоты выделения штаммов *Klebsiella* spp. и *Escherichia coli*, продуцирующих БЛРС, из различного биоматериала у амбулаторных больных.

При проведении тестов использовали стандартные условия диско-диффузионного метода с применением промышленных дисков с цефотаксимом, цефтазидимом и амоксиклавом. Культуры, устойчивые к цефалоспорином III поколения и ингибиторозащищенным модифицированного диффузионного метода "двойных дисков".

Из клинического материала (моча, отделяемое ран, зева и носа, вагины и кал при исследовании на дисбактериоз) в 2014 году от больных различного возраста *Klebsiella* spp. и *Escherichia coli* были выделены в 60,9% случаев (n=2367) от числа всех положительных находок. Наличие БЛРС у *Escherichia coli* и *Klebsiella* spp. подтверждено в 3,8% исследований

Клинические аспекты терапии и педиатрии

(n=91), причем на долю *Escherichia coli* приходилось 3,4% БЛРС-продуцирующих штаммов от числа выделенных культур этого вида, *Klebsiella spp.* - 5,7% соответственно. Наиболее часто БЛРС-образующие штаммы выделялись из мочи при различных урологических инфекциях. *E. coli* в 95,2% от числа БЛРС-выявленных культур данного вида, *Klebsiella spp.* - в 75%. Из них в моче беременных женщин БЛРС-продуценты *E. coli* присутствовали в 25% случаев и *Klebsiella spp.* - в 42,8%.

Обращает внимание достаточно высокая частота выделения БЛРС-продуцирующих штаммов *Klebsiella spp.* при дисбактериозе кишечника (17,8% от числа продуцентов БЛРС этого рода). Частота выделения БЛРС-штаммов из другого биоматериала не превышала 1,6% (*E. coli*) и 7,1% (*Klebsiella spp.*). Следует отметить, что наибольшее число БЛРС-продуцентов выделено от женщин: 92,1% *E. coli* и 82,1% *Klebsiella spp.* при среднем возрасте женщин 26-35 лет, у мужчин - 7,9 и 17,9% соответственно, при среднем возрасте 56-65 лет. Около 93,3-100% БЛРС-продуцирующих штаммов были устойчивы к ампициллину, цефотаксиму, цефтазидиму, в 50% случаев к фторхинолонам (норфлоксацин), одновременно обладая чувствительностью к меропенему (96,7-100% штаммов) и цефепиму (90-95%).

Таким образом, в современной ситуации быстрого формирования и распространения БЛРС-образующих штаммов энтеробактерий не только у стационарных, но и амбулаторных больных важным направлением является использование для них антибиотиков максимально узкого спектра (монобактамы) и цефалоспоринов IV поколения (цефепим).

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 пострадавшим 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 обратиться:

"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, irmast@gnkc.kuzbass.net, www.mine-med.ru

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Костяков Д.В., Васильева А.Г.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург, Россия

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАН, ПРИЧИНЕННЫХ ЖИВОТНЫМИ

Проблема ран, причиненных укусами животными, была и остается одной из самых сложных в практике хирурга. На протяжении всего развития медицины врачи находились в поиске новых методов борьбы с раневой инфекцией при повреждениях, нанесенных собаками.

Важную роль в ведении пациентов с ранами, полученными при укусах собак играет местное лечение. Применение современных антисептических препаратов (йодофор, повияргол, препаратов на основе серебра) позволяет улучшить результаты лечения пострадавших в результате нападения собак.

Использование йодофоров (повидон-йод, бетадин, йодопирон) для обработки раны снижает риск развития инфекции до 10% без применения антибиотикопрофилактики. Все возбудители инфекционных процессов в ранах не обладают ни естественной, ни приобретенной резистентностью к новым комплексным соединениями йода.

Сравнивая эффективность применение повязок с хлоргексидином и диоксидином для лечения больных с флегмонами, ряд авторов пришел к выводу, что диоксидин проявляет более высокую антибактериальную активность, а также защищает рану от активности условнопатогенной микрофлоры при ранах, полученных в результате укусов животных.

Выраженной антибактериальной эффективностью обладают серебросодержащие антисептические препараты. К ним относятся бактерицидные альгинатные повязки с нанокристаллическим серебром и повияргол. Повияргол представляет собой нанокластер металлического нульвалентного серебра. Благодаря взаимодействию серебра с ДНК микроорганизмов происходит нарушение процессов конъюгационной передачи плазмид и исключается трансформация микробов, обеспечивая выраженный антисептический эффект препарата. Помимо антибактериальных свойств, повияргол способен взаимодействовать с активными формами кислорода, выступая как антиоксидант, повышая устойчивость тканей к повреждениям.

Новым подходом, позволяющим оптимизировать процессы заживления и очищения ран, нанесенных укусами животных, является создание влажной среды в области повреждения. Влажные среды способствуют более быстрому очищению и регрессу воспалительных процессов в ранах, полученных в результате укусов собак.

Новые возможности в лечении раневых дефектов, в том числе у пациентов с ранами, нанесенными животными, открывает вакуум-терапия (NPWT). Данный метод позволяет создать влажную среду в ране, которая обеспечивает барьер для бактерий и распространения инфекционного процесса. Вакуум-терапия является клинически и экономически эффективным методом лечения инфицированных повреждений, нанесенных животными, который позволяет уменьшить затраты и сократить сроки лечения пациента.

Таким образом, применение современных антисептических препаратов, вакуум-терапии, а также создание влажной среды при лечении ран, полученных в результате укусов животных, имеет особую важность, позволяя снизить риск возникновения инфекционных осложнений, ускорить процессы очищения ран, а также сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Начева Л.В., Нестерок Ю.А., Додонов М.В., Степанова М.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Донецк, Украина

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОПИСТОРХОЗА ЖИВОТНЫХ

В последние годы для дегельминтизации описторхоза применяются антигельминтные средства растительного происхождения, к которым относятся эрлим и экорсол. Особый интерес вызывает изучение влияния этих препаратов на органы и ткани хозяина с описторхозом (Начева Л.В., 2012 г.; Нестерок Ю.А., 2013 г.; Начева Л.В., Нестерок Ю.А., 2013 г.).

Цель исследования. Установить морфологические особенности восстановительных процессов двенадцатиперстной кишки животных после лечения экспериментального описторхоза.

Материалы и методы исследования. Было выделено три группы экспериментальных животных, которыми служили золотистые хомяки:

- 1). контрольная группа животных с описторхозом без лечения;
- 2). группа животных с описторхозом, которая пролечивалась эрлимом;
- 3). группа животных, которая пролечивалась экорсолом.

Материал забирали у экспериментальных животных с описторхозом после их вскрытия (по группам), 12-перстную кишку вырезали и фиксировали в 10% нейтральном формалине, спирт-формалине по Шафферу в соотношении 9:1. Обработывали кусочки кишки по общепринятым гистологическим методикам, препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Маллори. Гистохимические исследования: окрашивание толуидиновым синим (ТС) и альциановым синим (АС) на гексозаминогликаны; проводили Шик-реакцию на мукопротеины и гликоген.

Патоморфология двенадцатиперстной кишки золотистых хомяков с описторхозом после лечения эрлимом. Обнаруживали восстановление дифференцированности ворсин (пальцевидной и листовидной формы и их боковых выростов). Энтероциты в апикальных отделах содержали небольшое количество аноксифильных вакуолей. Отмечали наличие десквамации эпителия в пределах физиологических проявлений и отсутствие вакуолизации в базальной части эпителия ворсин. После лечения эрлимом крипты приобретали обычные размеры, в них отсутствовали явления гиперплазии эпителия, восстанавливались тинкториальные свойства и секреторные функции.

Последние данные подтверждались наличием секрета со скапливающимися аргентофильными вакуолями в апикальной части железистых клеток и наличием просвета в железах для эвакуации. В клетках крипт после воздействия эрлимом обнаруживали вакуоли с рыхлым содержимым и эозинофильные зерна, что указывает на восстановление функции клеток и скопления в них секреторных веществ. После лечения в криптах снова дифференцировались клетки Панета. Наблюдалось снижение разрастания волокон, восстановление контурности структур, а также отсутствие фиброза. Структура гладкой мускулатуры 12-перстной кишки восстанавливалась, и были четко видны ее волокна. В апикальных отделах эпителиальных клеток ворсин и крипт выявляли вакуоли с альцианофильными включениями, при этом до лечения их было значительно больше, как усиление защитной реакции.

Постановка Шик-реакции показала снижение фуксинофилии как при описторхозе, так и после лечения. В первом случае это можно объяснить токсическим действием паразита, а во втором - реакцией антигельминтного препарата. Отмечено, что в энтероцитах дуоденума встречались Шик-положительные включения розового цвета с опалесценцией. После лечения эрлимом гистохимические реакции демонстрировали восстановительные явления в морфологических структурах 12-перстной кишки: снижение вакуолизации базальной части эпителия; регенерация ворсин; нормализация тинкториальных свойств тканей - окрашивание АС и ТС.

Патоморфология двенадцатиперстной кишки золотистых хомяков с описторхозом после лечения экорсолом. Выявлено усиление слушивания апикальной части ворсин и восстановление

их базальной структуры, разрушение энтероцитов и отторжение их в просвет дуоденума. В базальной части эпителия ворсин наблюдали снижение вакуолизации. Крипты сохраняли разветвленность, которая была характерна до лечения, и имели место явления пролиферации эпителия, что является косвенным доказательством появления компенсаторных регенераторных процессов. Тинкториальные свойства тканей и секреторные функции дуоденума восстанавливались незначительно.

Эти данные подтверждались гистохимически наличием альцианофильного секрета, скапливающегося в апикальной части железистых клеток. В энтероцитах крипт обнаруживали вакуоли с рыхлым содержимым, что указывает на восстановление их функции. В просвете 12-перстной кишки обнаруживали погибших описторхов с патологией тканей и органов: отсутствие наружного тегумента; вакуолизация и декомпозиция паренхимы; разрушение эпителия с отторжением его в просвет кишечника и нарушением функции пищеварения паразита; дегенерация яиц и органов половой системы (семенников, яичника, тельце Мелиса, простатической железы).

Выводы.

1. При воздействии эрлимом наблюдалось восстановление морфологической архитектоники двенадцатиперстной кишки в виде цитологических перестроек, повышения гистохимической тканевой реактивности и тинкториальных свойств.

2. Воздействие экорсоллом показало частичное восстановление морфологии двенадцатиперстной кишки, сохранение дистрофических изменений, снижение гистохимической реактивности тканей.

3. Исследования показали, что наиболее благоприятное воздействие на восстановление тканей хозяина оказывает эрлим, поэтому его можно считать приоритетным препаратом в терапии описторхоза.

Начева Л.В., Додонов М.В., Степанова М.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
г. Кемерово, Россия
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Донецк, Украина

К ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ (экспериментальные исследования)

Цель исследования. Изучить морфологические изменения двенадцатиперстной кишки, показать ее гистохимическую реактивность при описторхозе экспериментальных животных.

Материалы и методы исследования. Материал забирали после вскрытия экспериментальных животных (золотистые хомяки) с описторхозом, при этом, наряду с другими органами, 12-перстную кишку вырезали и фиксировали в 10% нейтральном формалине, спирт-формалине по Шафферу в соотношении 9:1. Контрольной группой были животные без описторхоза. Обработывали кусочки кишки по общепринятым гистологическим методикам, препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Маллори. Гистохимические исследования: окрашивание толуидиновым синим (ТС) и альциановым синим (АС) на гексозаминогликаны; бромфеноловым синим (БФС) на суммарные белки; проводили Шик-реакцию на мукопротеины и гликоген.

Результаты исследования. Морфологический рельеф слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при описторхозе имел складчатость, и определялось чередование ворсин и крипт. Складки были разной толщины, утолщение было выражено в апикальной части стенки ворсин. Кишечные крипты имели неодинаковую глубину. Просветы крипт, как правило, были свободны от содержимого. Бруннеровы железы, локализующиеся в подслизистой основе двенадцатиперстной кишки, располагались очагами, не проникая в собственную пластинку.

Экспериментальная медицина

Рельеф слизистой оболочки носил равномерный характер, что определялось отсутствием апикального утолщения; проявлялась меньшая вариабельность формы и размеров крипт; бруннеровы железы проходили через мышечную пластинку в собственную пластинку и располагались под однослойным эпителием.

Патоморфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки определялись наличием альтеративных, экссудативных и пролиферативных явлений со стороны эпителия и соединительной ткани собственной пластинки.

Кишечный эпителий ворсин и крипт двенадцатиперстной кишки имел разное строение и проявлял неоднотипные гистохимические реакции. Эпителиальные клетки, покрывающие ворсины и их боковые выросты, невысокие, обладали умеренной восприимчивостью к гистологическим красителям и содержали небольшое количество аноксифильных вакуольных включений в апикальных отделах. В клетках нередко наблюдали нарушение структуры их апикальных участков и кариолизис. Гистохимические исследования показали, что эпителий ворсин дуоденум характеризуется слабым окрашиванием при ШИК-реакции, отсутствием зерен гликогена, в сравнении с контролем. Толуидинофилия была выражена умеренно. Альтианофилия не выявлялась, что соответственно указывает на отсутствие гексозаминогликанов в эпителии и снижение его защитных свойств. Реакция с БФС на суммарные белки проявлялась умеренно.

Эпителий крипт был высокий, его клетки имели интенсивно базофильные ядра и оксифильную цитоплазму с крупными и многочисленными аноксифильными секреторными включениями в апикальных частях клеток. Кариолизис и апикальная деструкция эпителия в криптах отсутствовала. ШИК-реакция выявила интенсивное окрашивание апикальной части эпителия крипт, что свидетельствует о скоплении мукопротеина, что мы связываем с морфофункциональными нарушениями в данных участках слизистой оболочки кишки. Эпителий крипт проявлял интенсивную толуидинофилию с положительным метахроматическим эффектом, что являлось косвенным свидетельством проницаемости слизистой. При окрашивании АС в апикальных отделах клеток выявляли альтианофильные вакуольные включения больших размеров по сравнению с таковыми в контрольных срезах.

В эпителии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки имела место многоядерность ядер, которые при этом были крупнее и базофильнее. В сочетании с увеличением размеров и усилением базофилии многоядерность ядер кишечного эпителия служит доказательством его дисплазии.

Собственная пластинка слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки неравномерно была утолщена и не содержала клеточных элементов. Строма ворсин имела неодинаковую толщину. Утолщение ворсин и всей слизистой оболочки имело двоякую причину:

- 1). пролиферация эпителия и соединительнотканых элементов слизистой;
- 2). экссудативная реакция в виде отека и инфильтрации.

Клеточный состав стромы ворсин и собственной пластинки слизистой оболочки был представлен фибробластами, фиброцитами, гистиоцитами и лимфоцитами; единично обнаруживаются макрофаги, нейтрофилы, плазматические клетки. Аналогичным был клеточный состав в препаратах контроля. Количество клеточных форм и равномерное их распространение, как и в контрольном материале, дает возможность говорить о минимальной инфильтрации слизистой оболочки.

Подслизистая оболочка двенадцатиперстной кишки была представлена волокнами коллагена. Ее изменения определяются отеком, мукоидным набуханием, неравномерной плотностью и извилистым характером волокон, а также их частичными разрывами и склерозом. Мышечная оболочка двенадцатиперстной кишки выглядит гипертрофированной в сравнении с контрольным материалом.

Выводы.

Морфологические изменения двенадцатиперстной кишки при описторхозе характеризуются комплексом диспластических процессов эпителия, пролиферацией соединительной ткани, развитием фиброза.



**XX ЮБИЛЕЙНАЯ
ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
«ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»**

**10 ЛЕТ ЖУРНАЛУ
«ПОЛИТРАВМА»**

23 СЕНТЯБРЯ 2016 г.
г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ
ГАУЗ КО ОКЦОЗШ

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

- Сибирское отделение Российской академии наук
- Российская академия естественных наук
- Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
- ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ
- ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» МЗ РФ
- ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Организация здравоохранения и менеджмент в медицине
- Новые технологии организации и управления в деятельности ЛПУ
- Рациональное использование медицинских ресурсов
- Травматология и ортопедия
- Нейрохирургия
- Анестезиология и интенсивная помощь
- Хирургия
- Хирургическая навигация и моделирование
- Урология
- Гинекология
- Гастроэнтерология
- Пульмонология
- Кардиология
- Профпатология
- Педиатрия
- Достижения в лучевой, лабораторной и функциональной диагностике
- Новости из экспериментальной диагностики и терапии
- Новые технологии в медицинском образовании
- Информационные технологии и Интернет

ФОРМА УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ:

- выступление с докладом (планарный, секционный, стендовый (размер должен соответствовать стандарту: 90x60 см)
- представление тезисов в сборник материалов конференции
- участие в качестве слушателя

ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВЫСТАВКИ:

- Медицинская техника и оборудование
- Новые технологии и лекарственные средства в клинической медицине
- Научные издания

ПУБЛИКАЦИЯ ТЕЗИСОВ

Шрифт Times New Roman Cyr (14 pt), полуторный межстрочный интервал,
2 страницы текста без рисунков и таблиц в следующем порядке:
Фамилия И.О., название учреждения, город, страна, название, текст

РЕГИСТРАЦИЯ

- Online регистрация на сайте www.mine-med.ru/predstoyashaya-konferenciya/register
- Для участия в конференции заполнить регистрационную форму и выслать по факсу
: (384-56) 2-40-50,
e-mail: conf@gnkc.kuzbass.net, gnkc.conf@mail.ru; сайт: www.mine-med.ru

10 ЛЕТ ЖУРНАЛУ «ПОЛИТРАВМА»

Юбилейный выпуск научно-практического журнала «Политравма» № 3 2016 г.
Правила оформления статей в журнал «Политравма» представлены на сайте
<http://www.mine-med.ru/polytrauma>

Редакция журнала «Политравма» оставляет за собой право отбора статей для публикации.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация	Срок исполнения	Контакты
срок приема тезисов	до 01.06.2016 г.	conf@gnkc.kuzbass.net gnkc.conf@mail.ru www.mine-med.ru
срок приема статей в журнал «Политравма»	до 01.06.2016 г.	pressa@gnkc.kuzbass.net irmaust@gnkc.kuzbass.net www.mine-med.ru
срок приема регистрационных форм	до 01.08.2016 г.	conf@gnkc.kuzbass.net gnkc.conf@mail.ru www.mine-med.ru
срок приема заявлений на участие в выставке	до 01.08.2016 г.	svetl@gnkc.kuzbass.net www.mine-med.ru
подтверждение о публикации тезисов, докладов	до 01.07.2016 г.	irmaust@gnkc.kuzbass.net conf@gnkc.kuzbass.net gnkc.conf@mail.ru www.mine-med.ru
публикация программы конференции	до 01.08.2016 г.	www.mine-med.ru

Публикация тезисов, статей в журнал «ПОЛИТРАВМА», участие в конференции бесплатно.

Адрес оргкомитета:

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров»
ул. Минрораион 7, № 9, г. Ленинск-Кузнецкий, Кемеровская область, Россия, 652509

Агаджанян Ваграм Ваганович - Председатель оргкомитета конференции,
Тел./факс: (384-56) 2-40-50 главный врач ГАУЗ КО ОКЦОЗШ, д.м.н., профессор

Устьянцева Ирина Марковна - Заместитель председателя оргкомитета,
Телефон: (384-56) 2-38-88 заместитель главного врача по клинической лабораторной диагностике, д.б.н., профессор

Салтыкова Ирина Владимировна - Куратор выставки, заведующая библиотекой
Телефон: (384-56) 2-39-83

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

Чернов В.А., Михайлов С.Н., Лебедева Г.В.

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ
г.Оренбург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ «ДЕЛОВОЙ ИГРЫ», КАК МЕТОДА АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Методы активного обучения - это способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но и студенты. Одним из наиболее эффективных методов активного обучения является деловая игра.

Метод деловой игры раскрывает личностный потенциал студента: каждый участник может проанализировать свои возможности в одиночку, а также и в совместной деятельности с другими участниками. Активность студентов проявляется ярко, носит продолжительный характер и «заставляет» их быть активными. В процессе подготовки и проведения деловой игры каждый участник должен иметь возможность для самоутверждения и саморазвития. Преподаватель помогает студенту стать в игре тем, кем он хочет быть, показать ему самому его лучшие качества, которые могли бы раскрыться в ходе общения.

Цель исследования. Определить наиболее приемлемый метод активного обучения на клинических кафедрах для преподавания у студентов старших курсов Оренбургской государственной медицинской академии.

Деловая игра - это контролируемая система, так как процедура игры готовится и корректируется преподавателем. Если игра проходит в планируемом режиме, преподаватель может не вмешиваться в игровые отношения, а только наблюдать и оценивать игровую деятельность студентов. Но если действия выходят за пределы плана, срывают цели занятия, преподаватель может откорректировать направленность игры и ее эмоциональный настрой.

До проведения деловой игры в учебном процессе рекомендуется начинать с имитационных упражнений. Они отличаются меньшим объемом и ограниченностью решаемых задач. Имитационные упражнения ближе к учебным играм. Их цель - предоставить студентам возможность в творческой обстановке закрепить те или иные навыки, акцентировать внимание на каком-либо важном понятии, категории, законе. В условии должно содержаться обязательное противоречие, то есть в имитационном упражнении есть элемент проблемности. После имитационных упражнений можно переходить к деловым играм. В учебном процессе вуза это, скорее, ролевая игра, так как студенты еще не владеют в полной мере своей специальностью.

Цель данной игры - сформировать определенные навыки и умения студентов в их активном творческом процессе. Социальная значимость деловой игры в том, что в процессе решения определенных задач не только активизируются знания, но и развиваются коллективные формы общения.

Для подготовки деловой игры могут использоваться все дидактические методы: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, проблемное изложение, частично-поисковый, исследовательский. Также следует соблюсти методические требования:

- 1) игра должна быть логическим продолжением и завершением конкретной теоретической темы (раздела) учебной дисциплины, практическим дополнением изучения дисциплины в целом;
- 2) максимальная приближенность к реальным профессиональным условиям;
- 3) создание атмосферы поиска и непринужденности;
- 4) тщательная подготовка учебно-методической документации;
- 5) четко сформулированные задачи; условия и правила игры;
- 6) выявление возможных вариантов решения указанной проблемы;
- 7) наличие необходимого оборудования.

Положительное в применении деловой игры: высокая мотивация, эмоциональная насыщенность процесса обучения, формирование знаний и умений, закрепление знаний при обсуждении игры. Деловая игра помогает достижению учебных, воспитательных и развивающих целей коллективного характера на основе знакомства с реальной организацией работы.

Новые технологии в медицинском образовании

Познавательная эффективность осуществляется в процессе игры путем знакомства студентов с диалектическими методами исследования вопроса (проблемы), организацией работы коллектива, с функциями своей будущей профессиональной деятельности на личном примере. Воспитательная эффективность заключается в том, что в процессе деловой игры формируется сознание принадлежности ее участников к коллективу, сообщается определяется степень участия каждого из них в работе, их взаимосвязь при решении общих задач, коллективное обсуждение вопросов, что формирует критичность, сдержанность, уважение к мнению других, внимательность к другим участникам игры.

Эффективность педагогического труда преподавателей клинических кафедр Оренбургского государственного медицинского университета - кафедра лечебной физической культуры и врачебного контроля - во многом определяется тем, какую функцию выполняет обучение в процессе получения студентами знаний: пассивного или активного восприятия и усвоения информации (самостоятельный поиск, обнаружение и использование). Задача преподавателя кафедры заключается в том, чтобы добиться максимальной активизации познавательной деятельности студентов, развивать у них активное, самостоятельное творческое мышление, указывать необходимые для этого приемы и методы.

Потребность в творческой активности, как считают психологи, врожденная, биологическая, заложена в генах. Но, как и проявление любых врожденных свойств личности, она подвержена большим колебаниям в зависимости от социальных норм и конкретных условий. Поэтому реализация потребности в поиске знаний зависит не только от соответствующих условий и воспитания, но и от подготовленности преподавателя к созданию дидактических и психологических условий формирования мотивации.

Всякая деятельность, включая учебную, исходит из определенных мотивов и направлена на достижение определенных целей. Мотив - это то, что побуждает человека к деятельности, а цель - то, чего он стремится достичь в результате деятельности. Отношение мотив - цель образует своеобразный вектор, задающий направление и интенсивность деятельности.

Действительной основой мотива служат потребности. Совокупность потребностей и мотивов, побуждающих человека к деятельности в определенном направлении, называют мотивацией. Всякая целенаправленная деятельность человека должна иметь мотивацию. Только при этом условии проявляется собственно деятельность учения.

Мотивационная сторона процесса учения включает три группы мотивов: внешние (поощрение - наказание), соревновательные (успех в сравнении с кем-то или с самим собой), внутренние (раскрываемые как поле плодотворной деятельности личности), внутренние мотивы обеспечивают наиболее стойкий интерес к учению.

Развитие познавательного интереса проходит три наиболее общих этапа:

1. ситуативный познавательный интерес, возникающий в условиях новизны, неопределенности и т.п.;
2. устойчивый интерес к определенному предметному содержанию деятельности;
3. включение познавательных интересов в общую направленность личности, в систему ее жизненных целей и планов.

Развивающая эффективность осуществляется в процессе игры, при развитии логического мышления, способности к поиску ответов на поставленные вопросы, развитию речи, речевого этикета, умения общаться в процессе дискуссии. Качество знаний в игровой форме в значительной степени зависит от авторитета преподавателя. Преподаватель, не имеющий глубокого и стабильного контакта с членами группы, не может на высоком уровне провести деловую игру. Если преподаватель не вызывает доверия у студентов своими знаниями, педагогическим мастерством, человеческими качествами, игра не будет иметь запланированного результата или даже может иметь противоположный результат. Деловые игры строятся на принципах коллективной работы, практической полезности, демократичности, гласности, соревновательности, максимальной занятости каждого и неограниченной перспективы творческой деятельности в рамках деловой игры. Она должна включать в себя все новое и прогрессивное, что появляется в педагогической теории и практике.

Таким образом, для повышения познавательной активности студентов преподавателю предлагается множество различных разработанных методов, которые он может использовать в своей преподавательской деятельности. Для реализации задач подготовки специалистов

следует применять активные методы обучения систематически и целенаправленно. При использовании групповых и коллективных форм организации работы со студентами необходимо учитывать индивидуальные особенности учебной группы и каждого студента в отдельности.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Агаджанян В.В. 5, 21
 Агаларян А.Х. 92, 94, 95, 105, 125
 Агафонова Н.В. 143
 Алексеев Н.А. 81
 Алексеева Н.С. 144
 Алтарев С.С. 187
 Альтшулер Е.М. 82
 Андриенко А.В. ... 145, 146, 153, 154, 155
 Анегова Ю.С. 151
 Анешина И.И. 168, 231
 Артамонова Г.В. 188, 234
 Афанасьев Л.М. 35, 36

Б

Бабаева Т.Н. 146
 Барабаш Л.В. 148
 Баранов А.И. 81, 109
 Барбараш О.Л. 149, 167, 171, 185, 186, 187, 224, 238
 Бардюгов П.С. 83
 Барышникова О.Г. 150
 Батискин С.А. 84, 100, 103
 Батпенов Н.Д. 37
 Беглов В.И. 99
 Беглова А.Ю. 135
 Беленюк В.Д. 85
 Белишева Н.К. 177
 Белошапкина А.В. 45
 Белых В.И. 151, 206, 207, 208
 Белых П.В. 151
 Беляев А.М. 86, 87, 88, 89
 Беляев М.К. 86, 87, 88, 89
 Бердовская А.Н. 152
 Бердовская М.П. 22
 Бережной С.Г. 23
 Березина О.В. 235
 Беспалова О.В. 151
 Бимурзин А.А. 61, 181
 Бойко Е.А. 26
 Бондарева И.Н. 250
 Борецкая Е.А. 37
 Борисов А.Г. 85
 Бородкина Д.А. 236
 Бочкарев А.П. 233

Брацлавский В.Б. 6
 Брежнев А.В. 231
 Бубликов Д.С. ... 145, 146, 153, 154, 155
 Бувич Е.И. 233
 Буйлова Е.В. 233
 Булдаков В.Ф. 94, 95
 Бунина Е.Г. 220
 Бурмистрова Е.Ю. 205
 Бурякова Т.В. 166
 Бутов О.В. 26
 Бухтияров А.П. 109
 Быкова Ю.А. 220

В

Вавин Г.В. 170, 191
 Ванеев А.В. 73
 Варфоломеева Е.П. 201
 Васильева А.Г. 259
 Васильева В.Е. 155
 Вахрушев А.К. 201
 Введенский В.П. 91
 Веретенникова Л.С. 151
 Вертелкин А.В. 247
 Визило Т.Л. 237
 Виниченко Д.С. 156
 Виниченко С.Н. 205
 Власов С.В. 21, 92
 Власова Е.М. 157
 Власова И.В. 21, 92
 Воробьев А.М. 38
 Воробьева О.А. 159
 Воронкина А.В. 149
 Выговская О.Н. 93
 Выговский Н.В. 39

Г

Гаврилов А.В. 94, 95
 Гаврылышена К.В. 160
 Гагарин В.В. 51
 Галиева Г.Ю. 232
 Галятина Е.А. 94, 95
 Гилев Я.Х. 40, 47
 Глухова Л.Н. 161
 Говорова Н.В. 23
 Голиков А.В. 101

Авторский указатель

Голомидова Т.В. 162
Голофаева О.И. 224, 249
Гонопольская Т.Л. 104
Гончаров В.В. 83
Горбатовский Я.А. 192
Гордеева Л.А. 171
Григорьев Е.В. 24, 25, 26
Грудин Ю.В. 43
Грудцына И.В. 201
Груздева О.В. 24, 187, 238

Д

Давыдов Д.А. 163
Дадей А.Н. 155
Данильченко Я.В. 7
Дедикова Т.Н. 103
Демьянов В.С. 109
Денисов А.А. 42, 107
Додонов М.В. 260, 261
Долгих Т.А. 249
Долгушина Ю.В. 227
Другов А.С. 125
Дуда Е.Е. 180
Дудина К.В. 249
Дудкина О.А. 249

Е

Ежов А.А. 36
Елагин С.В. 61, 65, 181
Елгина С.И. 135, 136, 137
Емельянова О.Н. 165, 166
Епифанов В.Г. 8
Ефимова Т.В. 155

Ж

Жданов Р.В. 26
Жидкова И.И. 167
Жилина Н.М. 9
Жуков Д.В. 10

З

Завразина М.В. 197, 198
Заикин С.И. 97, 129
Запольнов Г.П. 42
Затеева Т.Н. 168, 231
Захаров И.С. 169, 170
Зенкова М.А. 235
Зиганшин А.М. 98, 99
Зинчук С.Ф. 156, 199, 236
Зобнина А.В. 218

Золоев Д.Г. 84, 100, 103
Золоторевская О.С. 137
Зулинский С.И. 151

И

Ивкин А.А. 232
Ивлев Е.В. 26
Игишева Л.Н. 161, 171, 220
Игнатенко О.Ю. 37
Иноземцева А.А. 171
Исаев Е.А. 35
Исаков Л.К. 172, 173

К

Каган Е.С. 169
Казачек Т.М. 180, 194
Калаева Г.Ю. 174, 243, 244, 245
Калиниченко О.В. 251
Кашталап В.В. 171, 185, 238
Квиткова Л.В. 156, 199, 236
Ким Л.Б. 175, 176, 177
Климкин А.С. 101
Клочкова-Абельянц С.А. 178
Коваленко К.Г. 137
Коваль Е.Ю. 102
Коваль О.А. 103
Кожин П.М. 175, 177
Козлов Н.Н. 29
Коков А.Н. 149
Колмыкова Е.В. 180, 194
Колмыкова Ю.А. 181, 221
Колобова О.И. 104
Колотов Е.Б. 61, 65, 181
Колотова Е.В. 61, 65, 181
Колпинский Г.И. 169, 170
Колтанюк Д.Г. 40
Комков А.Р. 43
Кондрацкая О.В. 182, 201
Кондюкова Н.В. 189
Конев С.В. 62, 143
Коновалова Н.Г. 63
Конюх Е.А. 183
Корнева С.В. 239, 240
Корнилова И.В. 50, 69
Коряк В.В. 204
Костомарова Т.С. 7
Костяков Д.В. 259
Котарова Л.В. 201
Котовщикова Е.Ф. 151, 233
Кочергина А.М. 185, 186

Кошелев Г.П.	38
Кравцов С.А.	21, 27
Кравцова О.С.	134
Кравченко Е.Л.	92
Кравченко О.С.	199
Кремено С.В.	148
Кретов Ю.В.	13
Кривошапова К.Е.	187
Крючков Д.В.	188
Кузнецов А.Д.	105, 125
Кузнецов В.В.	44
Кузьмин А.И.	65
Кузьмина О.К.	189
Кузьмич М.П.	61, 65, 181
Кулавский Е.В.	98
Куприенко О.А.	42, 107
Куренкова О.В.	171
Курнапегова Н.В.	190

Л

Лапутенко Т.А.	192
Лебедева Г.В.	267
Лебедева Л.Г.	232
Лебедева Н.Б.	149
Лебедь Э.В.	166
Левицкий Е.Ф.	148
Леденева И.В.	45
Леликова Д.Н.	89
Леонова В.О.	185, 186
Лехнер К.В.	225
Лещенко В.А.	104
Литвинов А.Е.	23
Ломшакова Г.О.	252, 253
Лукоянычева Е.Б.	191
Лукьянова Е.В.	38
Лыкова О.Ф.	192
Люттов К.В.	38
Ляховецкая В.В.	63

М

Мазеев Д.В.	47
Макаров Д.Н.	108
Максимов С.А.	171
Малев В.А.	21
Малин М.В.	124
Мальцева И.А.	202
Мальцева Н.В.	192
Мамаева М.А.	13
Марковская А.А.	193
Мартынов А.А.	109

Марцияш А.А.	180, 194
Марченко И.В.	195
Марченкова Н.М.	38
Матвеева Н.В.	220
Машошина Л.А.	240
Милюневская Н.А.	197
Милюневский И.В.	198
Милюков А.Ю.	40, 47
Миннуллин Т.И.	11
Миняйлова Н.Н.	248
Михайлов С.Н.	48, 66, 267
Мкртчян Д.М.	122
Могучая О.В.	12, 70
Мозгунова А.Б.	151
Мозес К.Б.	231
Молоков Е.В.	43
Моноенко В.В.	39
Мосман И.И.	151
Мочалов С.В.	86, 89
Мошев А.И.	85

Н

Нагорнова Н.А.	218
Наумов А.В.	183
Нахратова О.В.	199
Начева Л.В.	260, 261
Нестерок Ю.А.	260
Никулина Е.Н.	136
Новицкая А.А.	149
Новокшенов А.В.	68, 71, 73
Носов А.Е.	157

О

Овчинников В.С.	219
Одинцева О.В.	209, 210
Оленев Е.А.	10, 39, 126, 200
Онищенко Е.Г.	182, 201, 202
Осокина А.В.	238
Отдушкина Л.Ю.	203

П

Падерин П.Л.	111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121
Палаткин П.П.	122
Паршиков М.В.	83
Пасиешвили Л.М.	204
Патлай И.И.	247
Пахомов И.А.	44
Пахтусова Н.И.	201
Пенская Т.Ю.	24

Авторский указатель

Первов Е.А.	129
Первова Н.Г.	13, 14, 218
Первова О.В.	85
Перевозицкова Н.К.	205
Перегудова И.Г.	151
Пермикина Ю.А.	161
Перунова М.Н.	155
Перфильева О.А.	166
Петриков А.С.	206, 207, 208
Петров А.А.	66
Петров А.Г.	209, 210, 226
Петров Ю.В.	181, 221
Петрова Н.Г.	13, 14
Петухова О.В.	239, 240
Пикас О.Б.	211
Пикас П.Б.	212
Пискунова О.Г.	166
Плотников Г.П.	24, 25
Погосян С.Г.	15
Позднякова О.А.	201
Помыткина Т.Е.	123, 213, 214, 215 216, 217
Понасенко А.В.	167, 246
Попова Н.И.	201, 202
Попова Т.А.	218
Поручикова Е.И.	215, 216, 217
Поспелова Т.И.	146, 219, 227, 235
Поткина Т.Н.	124
Притчина С.С.	220
Прозорова Н.В.	181, 221
Пронских Ал.А.	49
Пронских И.В.	92
Путятин А.Н.	175, 176, 177
Пьянкова Е.Э.	218

Р

Раскина Т.А.	149
Ремнев А.Г.	67, 222, 223
Репин Р.С.	39
Репникова Р.В.	224, 249
Ретнев В.М.	215
Речкунова О.А.	48
Родыгин А.А.	10
Розуменко А.А.	176
Романова Г.А.	151
Роткин Е.А.	105, 125
Рубан Е.А.	26
Русских Г.С.	176
Рытик Л.Л.	225

С

Савилов В.С.	191
Савченко А.А.	85
Сальский А.В.	42
Свешников А.А.	111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 130
Свешников И.К.	241, 242
Селедцов А.М.	216, 217
Семенухин В.А.	226
Серегина О.Б.	227
Сидоров А.В.	68
Силантьева Е.В.	168, 231
Синельникова Л.М.	151
Синькова М.Н.	172, 173
Скопинцев Д.А.	27
Смальева Е.В.	210
Смыкова Н.В.	145
Снигирев Ю.В.	81
Снопко С.В.	50, 69
Соболев А.В.	126
Соколов А.А.	228, 229, 230
Солдатенко М.В.	228, 229, 230
Солодовник А.Г.	231
Сорокин Н.Н.	39
Сотникова Ю.М.	199
Стариков В.Н.	247
Старцева И.В.	231
Старых В.С.	124
Степанова М.Г.	260, 261
Субботин А.В.	232
Суржилова Г.С.	178
Сычева С.В.	155
Сюльжина Е.Н.	233

Т

Табакаев М.В.	234
Тавлуева Е.В.	238
Таирова С.А.	235
Тарасов Н.И.	172, 173
Тарасова И.Н.	151, 233
Тарновский Р.В.	235
Терлецкая О.С.	236
Тицкая Е.В.	148
Ткачук О.А.	126
Торгунаков А.П.	126, 128
Торгунаков С.А.	126
Трубицына М.В.	237
Туморин Л.С.	50, 69
Тюнина И.А.	240

У

Усольцева Е.Н. 171, 238
 Устьянцев Д.Д. 47
 Устьянцева И.М. 29, 163, 239, 240,
 243, 244, 245
 Ушакова Г.А. 169, 170

Ф

Федоров К.К. 86, 89
 Федоров М.Ю. 73
 Федосеева И.Ф. 232, 240
 Филатов Е.В. 122
 Филипенко М.Л. 219
 Фирсов С.А. 50, 51, 53, 69
 Фролов П.А. 97, 129

Х

Хайрединова О.П. 218
 Хвостов Е.Д. 241, 242
 Хвостова С.А. 55, 111, 112, 113, 114,
 .. 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 130,
 242
 Херасков В.Ю. 25
 Хиль Е.Г. 160, 209
 Хохлова О.И. 29, 132, 174, 239, 240,
 243, 244, 245
 Хрячкова О.Н. 149, 238
 Хуторная М.В. 167, 246

Ц

Цицкунов А.В. 129
 Цоколов А.В. 247
 Цуканова А.В. 220
 Цыпышева О.Б. 177

Ч

Часовских Е.В. 160, 209
 Челкак Е.В. 197
 Чельшева Г.М. 252, 253
 Чергейко М.А. 22
 Черданцев Д.В. 85
 Чернов В.А. 265
 Чернышова А.В. 37
 Черняева Л.Г. 166
 Чибрякова Т.М. 190
 Чифранова М.В. 109

Ш

Шапкина В.А. 85
 Шарыпова Н.В. 55,

130

Шаталин А.В. 27
 Шерман С.В. 94, 95
 Шерстенникова Е.Е. 131
 Шибанова И.А. 149
 Шилов В.А. 172, 173
 Шишкова Ю.Н. 248
 Шойхет Я.Н. 206, 207, 208
 Шрайнер Ю.С. 124
 Шукевич Д.Л. 24, 25
 Шукевич Т.М. 249
 Шурыгина Т.С. 151
 Щедренок В.В. 12, 70
 Щербаков Г.И. 250
 Щербакова Е.В. 37

Э

Эпельман Б.В. 251
 Эседов Ф.А. 200

Ю

Юровская Г.И. 252, 253

Я

Яковлева Н.В. 132, 134
 Якушин О.А. 62, 68, 71, 73
 Янсонс И.А. 249

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ	3
Агаджанян В.В. ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	5
Брацлавский В.Б. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ПУТИ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ	6
Данильченко Я.В., Костомарова Т.С. СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ ВРАЧЕЙ НАУЧНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	7
Епифанов В.Г. АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	8
Жилина Н.М. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ (НА ПРИМЕРЕ г.НОВОКУЗНЕЦКА)	9
Жуков Д.В., Родыгин А.А., Оленев Е.А. ТРАВМОЦЕНТР ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ КАК ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ АВТОДОРОЖНЫХ АВАРИЯХ НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ ТРАССАХ	10
Миннуллин Т.И. САМООЦЕНКА МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ УРОВНЯ СВОИХ ЗНАНИЙ	11
Могучая О.В., Щедренок В.В. КАЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ	12
Петрова Н.Г., Мамаева М.А., Кретов Ю.В. О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТРАДИЦИОННОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ	13
Петрова Н.Г. О РЕЗУЛЬТАТАХ МАРКЕТИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	14
Погосян С.Г. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	15

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ

ПОМОЩИ	19
Агаджанян В.В., Кравцов С.А., Власов С.В., Власова И.В., Малев В.А. ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ	21
Бердовская М.П., Чергейко М.А. ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	22
Бережной С.Г., Говорова Н.В., Литвинов А.Е. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ	23
Григорьев Е.В., Плотников Г.П., Шукевич Д.Л., Груздева О.В., Пенская Т.Ю. КОНЦЕНТРАТ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА (КПК) ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	24
Григорьев Е.В., Плотников Г.П., Херасков В.Ю., Шукевич Д.Л. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ КАК СПОСОБ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ	25
Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Жданов Р.В., Бутов О.В., Бойко Е.А., Рубан Е.А. УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛГЕЗИЯ В КОМПЛЕКСЕ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКЕ	26
Скопинцев Д.А., Кравцов С.А., Шаталин А.В. ОСОБЕННОСТИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	27
Хохлова О.И., Козлов Н.Н., Устьянцева И.М. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ПОКАЗАТЕЛИ ГИПОКСИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ	29
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	33
Афанасьев Л.М., Исаев Е.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ И ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	35
Афанасьев Л.М., Ежов А.А. ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ МЕТОД ВОЗМЕЩЕНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ДВУХЭТАПНОГО МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ	36
Батпенев Н.Д., Игнатенко О.Ю., Щербакова Е.В., Борецкая Е.А., Чернышова А.В. ОПЫТ РАБОТЫ ЛАБОРАТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ	37
Воробьев А.М., Кошелев Г.П., Марченкова Н.М., Лютов К.В., Лукьянова Е.В.	

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ	38
Выговский Н.В., Сорокин Н.Н., Моноенко В.В., Репин Р.С., Оленев Е.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	39
Гилев Я.Х., Милюков А.Ю., Колтанюк Д.Г. ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ	40
Денисов А.А., Запольнов Г.П., Сальский А.В., Куприенко О.А. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПЯТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНЫМ СУРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ	42
Комков А.Р., Молоков Е.В., Грудин Ю.В. ХОРЕОГРАФИЯ И ТРАВМАТИЗМ - ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ТАНЦЕВАЛЬНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	43
Кузнецов В.В., Пахомов И.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ MOUSNET МЕТОДОМ МОЗАИЧНОЙ ОСТЕОХОНДРОПЛАСТИКИ	44
Леденева И.В., Белошапкина А.В. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	45
Милюков А.Ю., Устьянцев Д.Д., Гилев Я.Х., Мазеев Д.В. ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	47
Михайлов С.Н., Речкунова О.А. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	48
Пронских Ал.А. РАННЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАРКАСНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ	49
Туморин Л.С., Фирсов С.А., Снопко С.В., Корнилова И.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОГО И ЗАКРЫТОГО МЕТОДОВ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА	50
Фирсов С.А., Гагарин В.В. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КОРОТКОГО БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ПОД КОНТРОЛЕМ НАВИГАЦИИ	51
Фирсов С.А. ОШИБКИ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА И МЕТОД ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ	53
Хвостова С.А., Шарыпова Н.В. МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ СТРЕССА ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	55

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ 59

Колотов Е.Б., Елагин С.В., Кузьмич М.П., Бимурзин А.А., Колотова Е.В.
СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА С
НЕКОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ 61

Конев С.В., Якушин О.А.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО
МОЗГА 62

Коновалова Н.Г., Ляховецкая В.В.
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ В ПНЕВМОКОСТЮМЕ «АТЛАНТ» НА ПОСТРУЛЬНУЮ
РЕГУЛЯЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА 63

Кузьмич М.П., Колотов Е.Б., Кузьмин А.И., Елагин С.В., Колотова Е.В.
ОССИФИКАЦИЯ ЗАДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ КАК ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ
СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ 65

Михайлов С.Н., Петров А.А.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ DRX9000 В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ШЕЙНОГО
И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА 66

Ремнев А.Г.
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-
СПИННОМОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ 67

Сидоров А.В., Якушин О.А., Новокшенов А.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ
СПОНДИЛОАРТРОЗЕ ДУГООТРОСТЧАТЫХ СУСТАВОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА 68

Фирсов С.А., Корнилова И.В., Снопко С.В., Туморин Л.С.
ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У
ПОСТРАДАВШИХ В ДТП 69

Щедренко В.В., Могучая О.В.
ДИАГНОСТИКА ДИСЛОКАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ 70

Якушин О.А., Новокшенов А.В.
ПЕРВИЧНЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ
СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ 71

Якушин О.А., Новокшенов А.В., Федоров М.Ю., Ванеев А.В.
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 73

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ 79

Алексеев Н.А., Баранов А.И., Снигирев Ю.В.
ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ
ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА 81

Альтшулер Е.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ВЕРТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ	82
Бардюгов П.С., Паршиков М.В., Гончаров В.В. ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОП В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	83
Батискин С.А., Золоев Д.Г. ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА СОХРАНЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ	84
Беленюк В.Д., Мошев А.И., Савченко А.А., Борисов А.Г., Черданцев Д.В., Первова О.В. Шапкина В.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО СОСТАВА Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	85
Беляев М.К., Федоров К.К., Мочалов С.В., Беляев А.М. АППЕНДЭКТОМИЯ БЕЗ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	86
Беляев М.К., Беляев А.М. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ВНЕДРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА	87
Беляев М.К., Беляев А.М. НЕУДАЧНАЯ БЕСКРОВНАЯ ДЕЗИНВАГИНАЦИЯ: НУЖНА ЛИ ПОВТОРНАЯ ПОПЫТКА?	88
Беляев М.К., Федоров К.К., Леликова Д.Н., Мочалов С.В., Беляев А.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	89
Введенский В.П. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ МАССИВНОЙ ГЕМОАСПИРАЦИИ	91
Власова И.В., Власов С.В., Пронских И.В., Кравченко Е.Л., Агаларян А.Х. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИГИРОВАНИЯ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБАХ ПО ДАННЫМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ	92
Выговская О.Н. ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ ИНТЕРАКТИВНЫМИ ПОВЯЗКАМИ	93
Галятина Е.А., Агаларян А.Х., Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	94
Галятина Е.А., Агаларян А.Х., Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Гаврилов А.В. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	95
Заикин С.И., Фролов П.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ	

Содержание

И НАБЛЮДЕНИЯ	97
Зиганшин А.М., Кулавский Е.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА	98
Зиганшин А.М., Беглов В.И. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ЗА СОСТОЯНИЕМ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	99
Золоев Д.Г., Батискин С.А. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИШЕМИИ КУЛЬТИ БЕДРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ	100
Климкин А.С., Голиков А.В. К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОТОВОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	101
Коваль Е.Ю. МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ ..	102
Коваль О.А., Батискин С.А., Золоев Д.Г., Дедикова Т.Н. ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА УРОВЕНЬ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ	103
Колобова О.И., Лещенко В.А., Гонопольская Т.Л. ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	104
Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Роткин Е.А. ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	105
Куприенко О.А., Денисов А.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО В 2013 ГОДУ	107
Макаров Д.Н. СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ, КОТОРЫМ ВЫПОЛНЯЛАСЬ АМПУТАЦИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	108
Мартынов А.А., Баранов А.И., Демьянов В.С., Чифранова М.В., Бухтияров А.П. МЕТОД ЛАПАРОСТОМИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ОБШИРНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	109
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	111
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ И РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	112
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А.	

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	113
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. ИСХОДНЫЙ МОМЕНТ РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	114
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	115
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ СКЕЛЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	116
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МАССА МЫШЦ, СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ И ЖИРОВОЙ ТКАНЕЙ В КРУПНЫХ СЕГМЕНТАХ ТЕЛА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	117
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДГПЖ	118
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ (МИТ) ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	119
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)	120
Падерин П.Л., Свешников А.А., Хвостова С.А. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	121
Палаткин П.П., Мкртчян Д.М., Филатов Е.В. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ СПИННОГО МОЗГА	122
Помыткина Т.Е. АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	123
Поткина Т.Н., Старых В.С., Шрайнер Ю.С., Малин М.В. НОВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ	124
Ротькин Е.А., Агаларян А.Х., Другов А.С., Кузнецов А.Д. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ С НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИЕЙ ПРОТЕЗА	125
Ткачук О.А., Соболев А.В., Оленев Е.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ	126

Содержание

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А. ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ	126
Торгунаков А.П. ТЕРМИНОЛОГИЯ О СОСТОЯНИИ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	128
Цицкунов А.В., Заикин С.И., Первов Е.А., Фролов П.А. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	129
Шарыпова Н.В., Свешников А.А., Хвостова С.А. МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКРОЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ	130
Шерстенникова Е.Е. ПРОГРАММНАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ	131
Яковлева Н.В., Хохлова О.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОГНОЗА ДЛЯ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	132
Яковлева Н.В., Кравцова О.С. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ТЕЛА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	134
Беглова А.Ю., Елгина С.И. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЯ В ВОСТАНОВЛЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	135
Елгина С.И., Никулина Е.Н. ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК	136
Золоторевская О.С., Елгина С.И., Коваленко К.Г. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ	137
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ	141
Агафонова Н.В., Конев С.В. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	143
Алексеева Н.С. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	144
Андриенко А.В., Бубликов Д.С., Смыкова Н.В. ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ЭВМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	145

Андриенко А.В., Бубликов Д.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО СТАТУСА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛУОМЕТРИИ	146
Бабаева Т.Н., Поспелова Т.И. ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ЗАМЕНЫ ГЕНА НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА HFE В ГРУППЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	146
Барабаш Л.В., Тицкая Е.В., Левицкий Е.Ф., Кремено С.В. ОБОСНОВАНИЕ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ	148
Барбараш О.Л., Хрячкова О.Н., Лебедева Н.Б., Коков А.Н., Новицкая А.А. Воронкина А.В., Раскина Т.А., Шибанова И.А. СВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ, ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ-МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	149
Барышникова О.Г. ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ	150
Белых В.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г., Беспалова О.В., Мозгунова А.Б. Синельникова Л.М., Веретенникова Л.С., Мосман И.И., Шурыгина Т.С., Белых П.В. Романова Г.А., Тарасова И.Н., Зулинский С.И., Анегова Ю.С. СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	151
Белых В.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г., Беспалова О.В. Мозгунова А.Б., Синельникова Л.М., Веретенникова Л.С., Мосман И.И., Шурыгина Т.С. Белых П.В., Романова Г.А., Тарасова И.Н. СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ	151
Бердовская А.Н. ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	152
Бубликов Д.С., Андриенко А.В. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С МИКРОЦИРКУЛЯЦИЕЙ	153
Бубликов Д.С., Андриенко А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	154
Бубликов Д.С., Андриенко А.В., Дадей А.Н., Перунова М.Н. ВЯЗКОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. ВЗАИМОСВЯЗИ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ	155
Васильева В.Е., Сычева С.В., Ефимова Т.В. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СИНУСИТАМИ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	155
Виниченко Д.С., Квиткова Л.В., Зинчук С.Ф. ВКЛАД ДЕФИЦИТА СЕЛЕНА В РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА	156

Содержание

Власова Е.М., Носов А.Е. ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФПРИГОДНОСТИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	157
Воробьева О.А. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	159
Гаврылышена К.В., Часовских Е.В., Хиль Е.Г. ЭКСПЕРТНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ	160
Глухова Л.Н., Игишева Л.Н., Пермикина Ю.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДИБИКОР (ТАУРИН) У ПОДРОСТКОВ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	161
Голомидова Т.В. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	162
Давыдов Д.А., Устьянцева И.М. НОВОЕ УСТРОЙСТВО ФИКСАЦИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	163
Емельянова О.Н. ПОКАЗАТЕЛИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	165
Емельянова О.Н., Черняева Л.Г., Пискунова О.Г., Лебедь Э.В. Перфильева О.А., Бурякова Т.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ N 2 ДКМЦ Г.ЧИТЫ	166
Жидкова И.И., Хуторная М.В., Понасенко А.В., Барбараш О.Л. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ТОЦ-ПОДОБНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА	167
Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАРАЗИТОЗОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ	168
Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А., Каган Е.С. ПРИНЦИПЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА НА ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ	169
Захаров И.С., Вавин Г.В., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А. ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ	170
Игишева Л.Н., Куренкова О.В., Максимов С.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НОВОРОЖДЕННЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ ВПС	171
Иноземцева А.А., Кашталап В.В., Гордеева Л.А., Усольцева Е.Н., Барбараш О.Л. РОЛЬ ГЕНА АРОА5 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	171

Исаков Л.К., Синькова М.Н., Тарасов Н.И., Шилов В.А. СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА И МЕЛЬДОНИЯ ДИГИДРАТА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	172
Исаков Л.К., Синькова М.Н., Тарасов Н.И., Шилов В.А. МИОКАРДИАЛЬНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	173
Калаева Г.Ю., Хохлова О.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	174
Ким Л.Б., Путятин А.Н., Кожин П.М. ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ У ЖИТЕЛЕЙ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	175
Ким Л.Б., Русских Г.С., Путятин А.Н., Розуменко А.А. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ТЕСТОСТЕРОНА, ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА И КОРТИЗОЛА У ГОРНЯКОВ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ	176
Ким Л.Б., Белишева Н.К., Путятин А.Н., Цыпышева О.Б., Кожин П.М. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ЕВРОПЕЙСКОМ СЕВЕРЕ	177
Клочкова-Абельянц С.А., Суржикова Г.С. ГЕПСИДИН-25 ПРИ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	178
Колмыкова Е.В., Казачек Т.М., Дуда Е.Е., Марцияш А.А. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ФИЗИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ	180
Колмыкова Ю.А., Прозорова Н.В., Петров Ю.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИЛЕПСИИ У СТУДЕНТОВ	181
Колотов Е.Б., Кузьмич М.П., Елагин С.В., Колотова Е.В., Бимурзин А.А. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ДУГООТРОСТЧАТЫХ СУСТАВОВ	181
Кондрацкая О.В., Онищенко Е.Г. ЭФФЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	182
Конюх Е.А., Наумов А.В. СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	183
Кочергина А.М., Кашталап В.В., Леонова В.О., Барбараш О.Л. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ВЫПОЛНЯЕМОСТЬ ПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНОГО ВОЗРАСТА	185
Кочергина А.М., Леонова В.О., Барбараш О.Л.	

Содержание

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	186
Кривошапова К.Е., Алтарев С.С., Груздева О.В., Барбараш О.Л. ОЦЕНКА РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ VerifyNow ARU® У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ	187
Крючков Д.В., Артамонова Г.В. НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА	188
Кузьмина О.К., Кондюкова Н.В. ВОПРОСЫ КОМПЛАЙНСА ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА	189
Курнапегова Н.В. РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ СИНЕХИИ И ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-НЕФРОЛОГА	190
Курнапегова Н.В., Чибрякова Т.М. АНАЛИЗ НЕФРОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ПРИЕМЕ ПЕДИАТРА-НЕФРОЛОГА ЗА ПЕРИОД 2013 ГОДА	190
Лукоянычева Е.Б., Вавин Г.В., Савилов В.С. КРОВЯНАЯ ХИМЕРА ПО АНТИГЕНАМ ЭРИТРОЦИТОВ КАК ПРОБЛЕМА ПРИ ПОДБОРЕ СОВМЕСТИМОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ	191
Мальцева Н.В., Лапутенко Т.А., Горбатовский Я.А., Лыкова О.Ф. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА 1105V ГЕНА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ-р1 С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	192
Марковская А.А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ РОТОГЛОТКИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ДЕТЕЙ	193
Марцияш А.А., Казачек Т.М., Колмыкова Е.В. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	194
Марченко И.В. К ВОПРОСУ О ВОПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	195
Милиневская Н.А., Челкак Е.В., Завразина М.В. АУДИТОРНЫЕ НЕЙРОПАТИИ	197
Милиневский И.В., Завразина М.В. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	198
Нахратова О.В., Сотникова Ю.М., Кравченко О.С., Квиткова Л.В., Зинчук С.Ф. ТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ	199

Оленев Е.А., Эседов Ф.А. УРОВЕНЬ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	200
Онищенко Е.Г., Вахрушев А.К., Позднякова О.А., Пахтусова Н.И., Грудцына И.В. Варфоломеева Е.П., Попова Н.И., Кондрацкая О.В., Котарова Л.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДАБИГАТРАНОМ	201
Онищенко Е.Г., Попова Н.И., Мальцева И.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	202
Отдушкина Л.Ю. ВИРУЛЕНТНОСТЬ ЭНТЕРОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	203
Пасиешвили Л.М., Коряк В.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТЕОПОРОЗОМ	204
Перевощикова Н.К., Виниченко С.Н., Бурмистрова Е.Ю. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУПП ДЕТСКОГО САДА	205
Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н. СВЯЗЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	206
Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н. ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	207
Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	208
Петров А.Г., Одинцева О.В., Часовских Е.В., Хиль Е.Г. ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	209
Петров А.Г., Одинцева О.В., Смальева Е.В. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	210
Пикас О.Б. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ	211
Пикас П.Б. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	212

Содержание

Помыткина Т.Е. АДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	213
Помыткина Т.Е. ОХВАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ	214
Помыткина Т.Е. ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ РАБОТНИКОВ В КОНТАКТЕ С АЗОТИСТЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ КАК ПРЕДВЕСТНИК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	215
Помыткина Т.Е., Селедцов А.М., Поручикова Е.И. МНЕНИЕ РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ О КАЧЕСТВЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ЛПП)	216
Помыткина Т.Е., Селедцов А.М., Поручикова Е.И. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА КРУПНОМ ХИМИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ	217
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	218
Поспелова Т.И., Филипенко М.Л., Овчинников В.С. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ FcgR11a И FcgR11a И ИХ СВЯЗЬ С ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ	219
Притчина С.С., Игишева Л.Н., Цуканова А.В., Быкова Ю.А., Бунина Е.Г. Матвеева Н.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В КУЗБАССЕ	220
Прозорова Н.В., Колмыкова Ю.А., Петров Ю.В. ВЕСТИБУЛОПАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕБЮТА ЭПИЛЕПСИИ	221
Ремнев А.Г. НОВЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗЕРВА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ЕГО ПОРАЖЕНИИ	222
Ремнев А.Г. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	223
Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	224
Рытик Л.Л., Лехнер К.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКТА КЛЮКВЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	225

Семенухин В.А., Петров А.Г. РОЛЬ ЦИТОФЛАВИНА В ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	226
Серегина О.Б., Долгушина Ю.В., Поспелова Т.И. МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ НА ЭТАПАХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ	227
Солдатенко М.В., Соколов А.А. РОЛЬ СПИРОЭРГОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС	228
Солдатенко М.В., Соколов А.А. ТРЕНИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	229
Солдатенко М.В., Соколов А.А. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР НАГРУЗКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ	230
Солодовник А.Г., Брежнев А.В., Мозес К.Б. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ	231
Старцева И.В., Затева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	231
Субботин А.В., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Лебедева Л.Г., Ивкин А.А. ПАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	232
Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Буйлова Е.В., Тарасова И.Н. Бочкарев А.П. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 У ЛИЦ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	233
Табакаев М.В., Артамонова Г.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ УРБАНИЗАЦИИ РЕГИОНОВ РФ	234
Тарновский Р.В., Поспелова Т.И., Березина О.В., Зенкова М.А., Таирова С.А. ДНК-ЧИПЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АБЕРРАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ	235
Терлецкая О.С., Квиткова Л.В., Бородкина Д.А., Зинчук С.Ф. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЦИНКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ	236
Трубицына М.В., Визило Т.Л. ВЛИЯНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА РЕГУЛЯЦИЮ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	237
Усольцева Е.Н., Осокина А.В., Хрячкова О.Н., Груздева О.В., Тавлуева Е.В. Кашталап В.В., Барбараш О.Л. КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛИГАНДА SCD40 У	

Содержание

ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	238
Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Корнева С.В. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	239
Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Корнева С.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	240
Федосеева И.Ф., Тюнина И.А., Машошина Л.А. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ДИССОЦИАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ	240
Хвостов Е.Д., Свешников И.К. ЭМОЦИЯ СТРАХА - ВТОРАЯ В ТРЕВОЖНОМ РЯДУ	241
Хвостова С.А., Свешников И.К., Хвостов Е.Д. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ КАК СИМПТОМОВ ОСТЕОПОРОЗА	242
Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Калаева Г.Ю. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА И ИНСУЛИНА НА КОСТНО-МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	243
Хохлова О.И., Калаева Г.Ю., Устьянцева И.М. ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	244
Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Калаева Г.Ю. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕНСИВНОСТИ РОСТА ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	245
Хуторная М.В., Понасенко А.В. СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	246
Цоколов А.В., Вертелкин А.В., Стариков В.Н., Патлай И.И. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В XXI ВЕКЕ	247
Шишкова Ю.Н., Миняйлова Н.Н. СОПРЯЖЕННОСТЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	248
Шукевич Т.М., Репникова Р.В., Дудина К.В., Голофаева О.И., Долгих Т.А. Янсонс И.А., Дудкина О.А. СЛУЧАЙ АКТИНОМИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА	249
Щербаков Г.И., Бондарева И.Н. ФОРМИРОВАНИЕ ЕДИНОГО РЕГИСТРА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	250

Эпельман Б.В., Калиниченко О.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ЛИШИВШИХСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ	251
Юровская Г.И., Чельшева Г.М., Ломшакова Г.О. ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ	252
Юровская Г.И., Чельшева Г.М., Ломшакова Г.О. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ БЛРС-ПРОДУЦИРУЮЩИХ ШТАММОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ	253
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	257
Костяков Д.В., Васильева А.Г. МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАН, ПРИЧИНЕННЫХ ЖИВОТНЫМИ	259
Начева Л.В., Нестерок Ю.А., Додонов М.В., Степанова М.Г. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОПИСТОРХОЗА ЖИВОТНЫХ	260
Начева Л.В., Додонов М.В., Степанова М.Г. К ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ (экспериментальные исследования)	261
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	265
Чернов В.А., Михайлов С.Н., Лебедева Г.В. ПРИМЕНЕНИЕ «ДЕЛОВОЙ ИГРЫ», КАК МЕТОДА АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ У СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ	267
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	271
СОДЕРЖАНИЕ	277

Содержание

**МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ**

МАТЕРИАЛЫ XIX ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
11 СЕНТЯБРЯ 2015, 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 2015 г. Бумага белая, мелованная.
Формат 84x108/16. Гарнитура «AG_Futura». Тираж 200.

ООО «ПРИМУЛА»
650065, г.Кемерово, пр. Ленинградский, 28а, 121
E-mail: primulaprint@mail.ru