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

XVI Всероссийская научно-практическая конференция

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

6-7 сентября 2012 г. г.Ленинск-Кузнецкий

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

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ
XVI ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУчНО-ПРАКТИчЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
6-7 сентября 2012 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+004]

Многопрофильная больница: проблемы и решения: мат. XVI Всерос. науч.-практ. конф., г.Ленинск-Кузнецкий, 6-7 сент. 2012/СО РАМН, ФГБЛПУ «НКЦОЗШ». "Кемерово: ООО "Примула", 2012." - с.: 406, табл.: 9, рис.: 1.

ISBN 5-85119-072-8

Книга содержит материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: проблемы и решения», проходившей 6-7 сентября 2012г. в Федеральном государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

ISBN 5-85119-072-8

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

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Актуальность, характеристика положения в данной области. За последние годы существенно изменилась структура травматических повреждений. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травматические повреждения в связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма.

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

Политравма и ее последствия занимают одно из наиболее важных мест в структуре заболеваемости и причин смертности населения. Несмотря на пристальное внимание к проблеме политравмы, летальность при множественных и сочетанных повреждениях во всем мире достигает 40%, а инвалидность составляет 25-45%. Смертность от политравмы в России занимает второе место в мире и составляет 65,5 на 100000 населения. Высокая летальность при политравмах связана с тяжестью повреждений внутренних органов, мозга, конечностей, а также ранними и поздними осложнениями, которые наблюдаются у 50% пострадавших. Инвалидность вследствие политравм достигает 28-50%, причем основной ее причиной являются повреждения опорно-двигательного аппарата.

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

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

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

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

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

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

Сравнительный анализ деятельности клиник Unfallchirurgie и ортопедо-травматологических

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

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

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

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

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

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

В связи с тем, что современная травматолого-ортопедическая и хирургическая специализация не обеспечивает необходимого уровня квалификации врачей, за рубежом появились статьи о целесообразности улучшения специализации (Анкин Л.Н., 2004; Haas N.P., 2000; Kortz R., 2002).

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

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

Позволю себе предположить, что в настоящее время назрела необходимость обсуждения на уровне съездов, конференций вопросов специализации травматологов-ортопедов и хирургов с учетом критических состояний пациентов. В любом случае, сотрудничество,

противоречия и дискуссии о приоритетах новой специальности, позволит определить тактику совместной деятельности, особенно в решении сложной междисциплинарной проблемы диагностики и лечения политравм.

Приведенные терминологические уточнения имеют организационно-практический смысл. В настоящее время концептуальный подход к проблеме политравмы характеризуется сменой несколько статических представлений о травматическом шоке динамической научно-практической концепцией травматической болезни. При этом успехи в ее лечении могут быть обусловлены изменением сложившейся системы организации медицинской помощи, разработкой эффективных методов оценки тяжести состояния, диагностики и лечения.

Целью нашей работы явилась разработка и внедрение в медицинскую практику новых научно-организационных технологий оказания медицинской помощи с учетом картированных маршрутов доставки пострадавших, эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации, современных способов профилактики осложнений при политравме.

Научная новизна и научно-технические решения, реализованные в выполненной работе. В течении 15 лет в Федеральном государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ») создана комплексная система организационных и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на повышение эффективности лечения больных с политравмой с учетом региональных особенностей Кузбасса, и внедрением в широкую клиническую практику.

Основные концепции лечения включают максимально быструю транспортировку пострадавших специализированными лечебно-транспортными бригадами в медицинский центр, где выполняются все виды диагностики, интенсивной терапии, хирургического лечения и специальная реабилитация. При этом успехи в лечении политрамы обусловлены изменением системы организации медицинской помощи, разработкой эффективных методов оценки тяжести состояния, диагностики, лечения и реабилитации.

Предложен алгоритм этапного ведения больных с политравмой. В центре организованы лечебно-транспортные бригады, осуществляющие один из этапов лечения пострадавших по системе «клиника-клиника» в ранние сроки с момента травмы. Разработаны основные принципы работы таких бригад с учетом региональных особенностей, лечебно-диагностические протоколы, дающие возможность проведения соответствующих действий при транспортировке, показания для перевода больных с политравмами в специализированные учреждения.

Разработаны и внедрены: система специализированной помощи по принципу «клиника-клиника» с учетом картированных маршрутов транспортировки пострадавших (до 400 км), включающая комплекс лечебно-диагностических мероприятий: догоспитальная интубация, динамическая оценка тяжести состояния на основе балльной шкалы Pape H.C. (2005), программа инфузионно-трансфузионной терапии с использованием интраоперационной аутогемотрансфузии; искусственная вентиляция легких в положении на животе для профилактики и лечения острого повреждения легких, схемы интенсивной терапии развивающегося и прогрессирующего отека головного мозга с помощью интракаротидного введения ингибиторов синтеза простагландинов, тактика хирургического лечения в зависимости от степени срочности оперативных вмешательств в остром и раннем периодах травматической болезни: первоочередное проведение оперативного лечения доминирующего повреждения, угрожающего жизни больного; максимально возможное проведение оперативных вмешательств при скелетной травме шокогенного характера; сокращение времени проведения операций.

Внедрены малотравматичные методы эндоскопической нейрохирургии при ушибах-размозжениях и сдавлениях головного мозга у больных тяжелой черепно-мозговой травмой, патогенетический подход к закрытию дефектов черепа с использованием новых технологий, хирургия травм позвоночника и спинного мозга, расширены показания к проведению органосохраняющих операций при размозжениях и отчленениях сегментов конечностей.

Эффективность научных разработок. Предложенная и апробированная в Кузбассе на базе ФГБ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» оптимизированная комплексная организационная и лечебно-диагностическая система медицинской помощи при политравме позволила достигнуть положительных функциональных результатов в 90%, среди больных, имеющих переломы таза, в 92%, а через один год - 95% случаев, сократить сроки стационарного лечения на 39% (с 56 до 34 койко-дней), существенно снизить летальность в 2 раза (с 35 до 15,4%),

уменьшить первичную инвалидность на 20% (с 35 до 28%), уровень неблагоприятных рисков на 10% (с 28 до 25%).

Экономический эффект. Получены значительные экономические и социальные эффекты: уменьшение экономических затрат связанных с восстановлением утраченного здоровья, уменьшение социальной напряженности, вследствие повышения качества жизни пострадавших с политравмами, сохранение стоимости непроизведенной добычи угля на 1000 пострадавших составило 92 млрд. рублей.

Результаты исследования могут быть использованы для создания территориальных программ современных технологий профилактики и лечения травматизма в Кузбассе.

По результатам исследований защищено 5 докторских и 28 кандидатских диссертаций, получено 29 патентов РФ, опубликовано 3 монографии, 130 основных печатных работ, из них 15 в зарубежной печати. На базе ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» совместно с Президиумом СО РАМН проведено 15 Всероссийских научно-практических конференций, создан (2005 г.) и ежеквартально выходит в свет рецензируемый журнал «Политравма».

Таким образом, многолетний опыт исследования и лечения политравм в Федеральном Государственном бюджетном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» кратко обобщен в этой статье, где последовательно изложены: организационные аспекты оказания медицинской помощи больным с политравмой по принципу «клиника-клиника» с учетом картированных маршрутов транспортировки пострадавших, комплекс лечебно-диагностических мероприятий. Кроме того, приведенный обзор данных и различных мнений многих авторов свидетельствует о том, что политравма с ее особенностями является междисциплинарной проблемой и еще неоднократно будет обсуждаться в медицинском сообществе.

Основным, обсуждаемым и приоритетным вопросом остается важность определения кто и где должны лечить пациентов с политравмой от момента госпитализации до реабилитации. Медицинские знания это не просто статический набор неоспоримых фактов, прежде всего, это динамический, постоянно развивающийся процесс, что обуславливает постоянное усовершенствование в области изменений концепций и терминологии. В связи с этим, дискуссии, которые необходимо провести по поводу терминологии и выделении специальности «травматология критических состояний» будут отражать эволюционный процесс официального признания врача-травматолога критических состояний и разработки программ подготовки таких специалистов.

Астапенков Д.С.
ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия»
им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ»
г.Курган, Россия

ЗОЛОТАЯ КАФЕДРА РОССИИ

В системе институтов травматологии и ортопедии нашей страны появилась «Золотая кафедра РОССИИ». Диплом с таким наименованием получил главный научный сотрудник Центра Илизарова доктор медицинских наук, профессор Свешников Анатолий Андреевич по решению Президиума Российской академии Естествознания от 21.09.2011. Данный диплом явился логическим следствием тех наград, которыми Академия награждала его: медаль им. Альфреда Нобеля, Заслуженный деятель науки и образования, основатель научной школы «Минеральная плотность костей скелета» в которой подготовлено 26 кандидатов и докторов наук. Им написано 1070 научных работ, 280 публицистических статей. Преподавательской деятельностью на протяжении 25 лет он занимался в Курганском педагогическом университете, в течение 10 лет преподавал на медицинском факультете при Центре Илизарова, и здесь же на кафедре усовершенствования врачей. Весь свой отпуск с утра до вечера он читал лекции по линии областного и российского обществ «Знание». Был лучшим их лектором. Всесоюзное общество «Знание» посылало его в составе группы лекторов читать лекции в Индию и Шри-Ланку.

А.А. Свешников приехал в Курганскую область в январе 1976 года. До этого он прошел путь от аспиранта до доктора наук в НИИ медицинской радиологии АМН в Обнинске. В Курган его долго не отпускали. Затем нашли «удачную» формулировку: направляется в Курган для внедрения радионуклидных методов диагностики в травматологию и ортопедию. На второй день

после приезда он уже начал обследовать больных. Вот что написал о его работе в тот период член-корр. РАМН В.И. Шевцов: «Молодым доктором медицинских наук приехал в наш институт Свешников Анатолий Андреевич. Мы с завистью смотрели на него, так как были в то время лишь врачами. Он организовал лабораторию и проводил исследования. Был он человеком прозорливым - тихо и спокойно накапливал материал для развертывания работы по профилактике переломов в России».

Корреспондент В. Гавриш в курганской областной газете написал: «Курганский ученый доктор медицинских наук А.А. Свешников стал первым в Зауралье человеком, чья идея (о профилактике переломов) занесена в компьютерный банк идей СССР, созданный Всесоюзным фондом социальных изобретений и Государственным комитетом по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР. Регистрационный номер идеи А.А. Свешникова 3972 от 31.10.87 г.».

Общая оценка работ А.А. Свешникова отражена в словах известного ученого профессора Е.П. Подрушняка: «В конце 70-х годов XX века впервые в бывшем СССР, в г.Кургане А.А. Свешников начал применять прямую фотонную абсорбциометрию при переломах костей и удлинении конечностей по методу Илизарова. Он явился первым глашатаем применения этого наилучшего метода количественного измерения минеральной плотности кости в клиниках нашей страны. Многолетние, исключительно важные и глубокие по своему содержанию исследования на большом количестве наблюдений позволили установить основные возрастные параметры минеральной насыщенности в компактной и губчатой костной тканях различной локализации в скелете» («Проблеми остеологии» (Украина). 1999. N 1. С. 7).

Свешников А.А. награжден высшей наградой МЗ РФ «отличник здравоохранения», врач высшей категории, занесен в Международную энциклопедию Who is Who World Society (кто есть кто в мировом сообществе), в Многотомную энциклопедию «Кто есть кто в России».

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И., Полукаров А.Н.
КМИАЦ, НГИУВ, ЗПЦ
г.Новокузнецк, Россия

РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВО СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ г.НОВОКУЗНЕЦКА)

Цель исследования. Выявление взаимосвязи между финансовыми показателями и качеством системы родовспоможения в г. Новокузнецке за 2007-2011 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ проведен на основе информации, полученной из базы данных КМИАЦ «Рождаемость» (государственная регистрация N 0220711708 от 19 июля 2007 г., регистрационное свидетельство N 11050). Для сравнения показателей в двух независимых группах применялся критерий χ^2. Анализ влияния одновременно двух признаков проводился с помощью непараметрического аналога двухфакторного дисперсионного анализа - критерия Фридмана (X^2r). Наличие статистически значимого тренда в ряде данных проверялось с помощью критерия Кендалла (ϕ). Наличие связи между признаками определялось с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана (r_s). Анализ проводился в лицензионном статистическом пакете IBM SPSS Statistics версия 19. Финансовые показатели получены из формы 062.

Результаты исследования. С 1 января 2006 года во всех регионах России в соответствии с национальным проектом «Здоровье» начала действовать программа родовых сертификатов. Эта программа направлена на повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи.

Косвенным показателем оценки качества работы (а точнее некачественной работы) женских консультаций является число женщин, у которых во время беременности развились заболевания. Естественно, что большую роль здесь играет и образ жизни матери до беременности и наследственность, но внимательное динамическое наблюдение и обследование во время беременности позволяет еще на ранних этапах выяснить попадает ли беременность в группу риска. После введения родовых сертификатов в среднем за 2007-2011 гг. по сравнению с предыдущим периодом (2002-2006 гг.) статистически значимо сократилась распространенность следующих

заболеваний: вызванные беременность отеки (χ^2=20,20, p<0,001), вызванная беременность гипертензия (χ^2=62,85, p<0,001), инфекция почек (χ^2=52,07, p<0,001), признаки внутриутробной гипоксии плода (χ^2=86,11, p<0,001), недостаточный рост плода (χ^2=32,75, p<0,001), избыточный рост плода (χ^2=43,13, p<0,001), многоводие (χ^2=72,35, p<0,001), олигогидрамнион (χ^2=17,24, p<0,001).

На качество родовспоможения влияют и плановые финансовые показатели, например такие как заработная плата и затраты на покупку медицинского оборудования.

Влияние уровня заработной платы на качество оказываемой помощи при родах помимо стимулирующей функции для уже работающих в учреждении врачей, заключается в том, что более высокая заработная плата позволяет привлекать высококвалифицированных специалистов, которые как раз и оказывают влияние на качество родовспоможения. Фонд оплаты труда растет на протяжении всего анализируемого периода, за 2007-2011 гг. прирост составил 69% (возрастающая тенденция статистически значимая ϕ=1,00, p<0,001). Доля детей с осложнениями наоборот снижается: с 35,6% в 2007 г. до 26,8% в 2011 г., темп снижения 25% (возрастающая тенденция статистически значимая ϕ=0,80, p=0,050). Между величиной фонда оплаты труда и долей детей, рожденных с осложнениями, выявлена статистически значимая зависимость - r_s=-0,90, p=0,038. Анализ говорит о том, что чем больше фонд оплаты труда работников родовспомогательных учреждений, тем меньше доля детей, рожденных с осложнениями.

Следующая рассматриваемая величина, оказывающае влияние на качество родовспоможения, это затраты на приобретение медицинского оборудования. До 2009 гг. затраты на приобритение медицинского оборудование росли, но начиная с 2010 г. значение показателя постепенно снижается. Число осложнений, приходящихся на одну роженицу во время родов, наоборот, до 2009 г. снижается, а, начиная с 2010 г., намечается некоторый рост показателя. Между расходами на приобритене медицинского оборудования для родовспомагательных учреждений и числом осложнений родов, приходящихся на одну роженицу, выявлена статистически значимая зависимость r_s=-0,90, p=0,038. То есть, чем выше затраты, тем меньше рисков для рожениц во время родов.

Далее рассмотрим влияние затрат на покупку медицинского оборудования на снижение числа осложнений у рожениц во время родов на примере роддома N 3. В 2008 г. роддом N 3 получил статус клинического, и было проведено серьезное переоснащение учреждения. Процент рожениц, у которых роды осложнились нарушениями родовой деятельности, после переоснащения сократился на 11% (χ^2=4,29, p=0,038). Распространенность такого осложнения как стресс плода (дистресс) среди женщин, рожающих в роддоме N 3, после выделения дополнительных денег на переоснащение учреждения, сократилась на 29% (χ^2=67,73, p<0,001). А процент рожениц, у которых роды осложнились задержкой, после разрыва плодных оболочек, сократилось на 26% (χ^2=161,15, p<0,001).

Выводы.

Результаты анализа говорят об эффективности материнского капитала как инструмента повышении рождаемости, которая выражается в статистически значимом росте суммарных коэффициентов рождаемости вторых и последующих детей после ввода материнского капитала, и за счет этого роста рождаемости в целом.

Также можно говорить об эффективности системы родовых сертификатов, как фактора, стимулирующего улучшение качества медицинской помощи: после введения родовых сертификатов статистически значимо снизилась распространенность ряда заболеваний, осложняющих беременность. Было выявлено статистически значимое влияние величины фонда оплаты труда на процент новорожденных без осложнений и влияние затрат на покупку медицинского оборудования на число осложнений родов, приходящихся на одну роженицу.

В частности, на примере роддома N 3 показано влияние переоснащения учреждения новым медицинским оборудованием на распространенность основных осложнений родов среди рожениц.

Григорьев Ю.А., Соболева С.В.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН г.Новокузнецк
ФГБУН Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН
г.Новосибирск, Россия

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ БИОТЕРРОРИЗМУ В США И ЕВРОПЕ

В 2001 г. обнародованы рекомендации ВОЗ «Ответные меры системы общественного здравоохранения на угрозу применения биологического и химического оружия». В данном документе основное внимание уделяется национальным планам противодействия терроризму. Национальное здравоохранение нацеливается на обнаружение и ликвидацию последствий вспышки любого инфекционного заболевания. Системы эпиднадзора должны быть способны выявить, локализовать и ликвидировать вспышку инфекционного заболевания вне зависимости от способа появления патогена (естественный путь или преднамеренное использование). В этих рекомендациях ВОЗ отмечается также, что методы обнаружения биологических агентов нуждаются в повышении чувствительности, быстроты и точности.

Противодействие биотерроризму в США развернулось с середины 90-х годов XX века. В 1995 г. была издана секретная директива США, где предусматривалось повышение готовности страны на случай совершения терактов, в том числе и с применением биологических средств. В 1998 г. началась разработка комплексной стратегии борьбы с биотерроризмом. В 2000 г. Центр по контролю за инфекционными заболеваниями США опубликовал Национальный стратегический план по готовности к действиям в случаях биологического и химического терроризма. Основные разделы плана таковы:

1) профилактика;
2) надзор;
3) диагностика биологических и химических агентов;
4) принятие мер по ликвидации инцидента;
5) система оповещения и информационного обеспечения.

Ключевым элементом плана предполагалось создание в США многоуровневой сети диагностических лабораторий для быстрого обнаружения, идентификации и оповещения служб здравоохранения территорий, штатов и городов о поражающих агентах биологической и химической природы.

С 2005 года функционирует Европейский центр по инфекционным заболеваниям, который координирует научно-исследовательские работы, осуществляет надзор за инфекционными заболеваниями, проводит профессиональное обучение. Данный центр должен оптимизировать деятельность уже существующих в Европе крупных национальных исследовательских структур. К ним относятся Институт Пастера (Франция), Каролинский институт (Швеция), Институт им. Роберта Коха (Германия).

Скорее всего, биологическое оружие может быть использовано террористическими группами и диктаторскими режимами в борьбе за влияние в мире. Многие авторитетные специалисты считают, что между исследованиями в области создания генно-инженерных вакцин и новых потенциальных видов биологического оружия нет существенной разницы. Поэтому не удается отделить секретные военные технологии от обычных исследовательских работ.

Исследования в области борьбы с биотерроризмом ведутся по нескольким направлениям. Прежде всего необходим тщательный мониторинг состояния окружающей среды. В случае биотеррористической атаки должна быть проведена очень быстрая идентификация геномов биологических агентов (методами ПЦР и иммунофлюоресцентного анализа). Потребуется разработка нового поколения антисептических препаратов. Лечение пациентов должно включать инновационные подходы (в том числе с использованием нуклеиновых кислот с антисмысловыми участками).

Государство должно быть максимально готово к противостоянию с потенциальным противником по сценарию с применением биологического оружия. Глобализация мировых политических, экономических, миграционных, эпидемических процессов, развитие биотехнологиии резковозросшая возможность биотерроризма настоятельно требуют создания единой организационной структуры обеспечения биологической безопасности, как на национальном, так и на межнациональном уровне.

Гусельникова Т.Л., Краснова Р.Ф., Сергиенко И.С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Современная концепция развития здравоохранения предусматривает создание, развитие и совершенствование системы стандартизации оказания медицинской помощи. Стандартизация представляет собой нормативный способ управления, осуществляется путем установления норм и правил, оформленных в виде нормативного документа, имеющего юридическую силу. В 2003 году принята программа работ по развитию системы стандартизации в здравоохранении страны, к настоящему моменту создан комплекс основополагающих документов этой системы, разработаны стандарты медицинской помощи больным при различных заболеваниях.

В соответствии со статьей 37 Федерального закона N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг. Отразить реальные события, те простые медицинские услуги, которые были предоставлены пациенту, в формализованной форме и хронологическом порядке позволяет медицинская документация.

Медицинская карта стационарного больного (история болезни) - основной документ, отражающий организацию лечебно-диагностического процесса. Она также служит источником информации для проведения внутреннего и любого внешнего контроля качества лечебно-диагностического процесса, для разбора конфликтов и судебных исков.

Составной частью медицинской карты является лист назначения и температурный лист. Это та документация, с которой работает сестринский персонал. При лечении пациента по федеральному стандарту для полного документирования сестринской деятельности этих документов недостаточно.

Для учета, проведения экспертизы и объективной оценки качества выполнения сестринских вмешательств 26 августа 2011 года вышел Приказ главного врача ГУЗ КОКБ N 367/0 «Об утверждении формы документации по оказанию специализированной медицинской помощи в рамках федеральных стандартов».

Для действительно качественной и объективной оценки выполнения технологий выполнения простых медицинских услуг (ТВПМУ) нужен утвержденный алгоритм выполнения, но из множества сестринских ТВПМУ на сегодняшний день утверждены только 8 технологий функционального обследования, ГОСТ Р 52623.1-2008 Национальный стандарт РФ «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования», утвержденный Приказом ФА ТР и М от 4 декабря 2008 г. N 359-ст.

Также, к сожалению, в стране отсутствует стандарт профессиональной деятельности медицинской сестры, не определены границы ее деятельности. В номенклатуру 2004 года входил реестр медицинских услуг с указанием условных единиц трудозатрат, исходя из которого, можно было определить долю участия сестринского персонала в каждой технологии, в номенклатуру от 2010 года реестр не входит.

Все повышающиеся требования к ответственности медицинских работников за юридически значимые действия, которые фиксируются в медицинских документах, ставят острый вопрос о необходимости стандартизации сестринской деятельности, пересмотра с научной точки зрения вопросов нормирования труда и рабочего времени, нагрузки и т.д.

Докучаева И.В.
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Известно, что при чрезвычайных ситуациях с массовыми санитарными потерями, когда одновременно имеется большое количество пострадавших с различными по характеру и тяжести повреждениями, особую актуальность приобретает правильная организация медицинской сортировки. В такой ситуации особенно важно определение очередности оказания медицинской помощи, ее необходимого объема и возможности транспортировки пострадавших в лечебно-профилактические учреждения.

Сущность медицинской сортировки заключается в разделении пострадавших на различные лечебно-эвакуационные группы по основным сортировочным признакам. При этом пораженные одной группы будут нуждаться в одинаковом объеме лечебно-профилактических мероприятий и очередности транспортировки. Правильно организованная медицинская сортировка и своевременно оказанная адекватная медицинская помощь на догоспитальном этапе позволяют стабилизировать состояние пострадавших, подготовить их к безопасной эвакуации в лечебно-профилактические учреждения, минимизировать количество осложнений и летальных исходов. Любые проблемы в организации медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях значительно снижают эффективность медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Цель исследования. Анализ ошибок, наиболее часто встречающихся в организации догоспитального этапа, основные из них это:

- ранняя транспортировка пострадавших в ЛПУ без проведения предварительных лечебно-профилактических мероприятий непосредственно на границе очага поражения;
- неадекватный объем лечебно-профилактических мероприятий, проведенных на догоспитальном этапе;
- недостаточное количество высококвалифицированных медицинских специалистов, имеющих опыт работы в условиях ЧС;
- недостаточное количество специально оборудованного санитарного транспорта.

Ошибки в организации догоспитального этапа способствуют ухудшению прогноза среди пострадавших II и III сортировочных групп, нуждающихся в неотложной и срочной медицинской помощи, а также перекладыванию функций и объемов работы догоспитального этапа медицинской эвакуации на приемные отделения ЛПУ, что перегружает и дезорганизует госпитальный этап, при этом значительно снижая эффективность общего объема оказываемой медицинской помощи.

Для улучшения качества и повышения эффективности медицинской помощи на догоспитальном этапе, совершенствования организации медицинской сортировки при ЧС, по нашему мнению, необходимо соблюдение следующих условий:

- развертывание адекватного количества сортировочных площадок в максимальном приближении к очагу поражения;
- привлечение к проведению медицинской сортировки наиболее подготовленных медицинских специалистов, имеющих опыт работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- проведение пострадавшим лечебно-профилактических мероприятий в кратчайшие сроки, в установленном для догоспитального этапа объеме;
- соблюдение очередности эвакуации пострадавших в ЛПУ, исходя их установленных критериев транспортабельности;
- использование для эвакуации пострадавших, составляющих II и III сортировочные группы, специально оборудованного санитарного транспорта для продолжения лечебных манипуляций в период транспортировки.

Иванов А.В.
Городская Мариинская больница
г.Санкт-Петербург, Россия

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Важным резервом для повышения уровня рождаемости в стране является адекватное эффективное лечение бесплодия, в т.ч. с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий, которые включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Медицинская помощь при осуществлении перечисленных вмешательств осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 26.02.2003 г. N 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии мужского и женского бесплодия» и относится к высокотехнологичным видам медицинской помощи, финансирование которых осуществляется из средств федерального бюджета.

В Санкт-Петербурге дополнительно Постановлением Правительства города было утверждено Положение, согласно которому лечение бесплодия с использованием ВРТ проводится также за счет средств регионального бюджета. Для его реализации было организовано несколько специализированных отделений в стационарах города, в т.ч. на базе городской Мариинской больницы, рассчитанное на 600 лечебных циклов в течение года.

Лечебный цикл экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и инъекции сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки (ИКСИ) включает: первичный прием пациентов и назначение схемы лечения, проведение индукции суперовуляции (с использованием агонистов гонадотропин релизинг гормона, с антагонистами гонадотропина с применением мочевых гонадотропинов, рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона, введение триггера овуляции), ультразвуковой мониторинг индукции суперовуляции, пункцию фолликулов и получение ооцитов, оплодотворение, культивирование эмбрионов, при необходимости - проведение ИКСИ, перенос эмбрионов в полость матки, ведение посттрансферного периода, диагностику беременности.

Выявление и отбор пациентов производится лечащим врачом, осуществляющим первичную медицинскую помощь. При этом приказом Комитета по здравоохранению определен перечень необходимых обследований и порядок направления на ВРТ.

Трехлетний опыт работы отделения показал следующее. Из общего числа циклов в 87,5% случаев был проведен перенос эмбрионов. Из этого числа беременность наступила менее чем в половине случаев (40,8%). Наступившая беременность закончилась родами в 68,3% случаев. Из числа родов 43,8% были срочными, 4,5% - преждевременными, в 51,8% было проведено кесарево сечение. Почти в каждом пятом случае (17,9%) родились двойни. В 0,25% имела место внематочная беременность.

Таким образом, более широкое внедрение в практику современных ВРТ с использованием накопленного опыта их практической реализации является важным резервом повышения рождаемости в стране.

Кузнецова В.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук
г.Санкт-Петербург, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДПЕРСОНАЛА В ВОПРОСАХ МАРКЕТИНГА

В последние десятилетия российское здравоохранение претерпевает множество изменений в связи с переходом к рыночным отношениям. Происходит интенсивное внедрение платных услуг в учреждениях здравоохранения, в связи с этим наблюдается рост конкуренции на рынке медицинских

услуг. Но главной целью любой медицинской организации, особенно оказывающей коммерческие услуги, является достижение полной удовлетворенности пациентов. Все это однозначно требует внедрения маркетингового подхода, то есть знание и реализация на практике всеми сотрудниками основных принципов маркетинга.

С целью выяснения уровня подготовленности медперсонала в вопросах маркетинга, нами был проведено исследование на базе родильного отделения акушерского стационара (г.Санкт-Петербург). Было опрошено 49 сотрудников. Среди опрошенных преобладали женщины, составляя 83,7%. В возрастной структуре большую и примерно равную долю составили лица моложе 30 лет (28,6%) и 30-39 лет (32,6%), меньшим был процент респондентов 40 лет и старше. Более половины (55,1%) имели высшее образование, 44,9% - среднее специальное. Больше половины респондентов работали врачами (51,0%), 36,7% - акушерками и 12,4% - санитарками. По общему медицинскому стажу респонденты распределились следующим образом: почти треть опрошенных сотрудников (30,2%) имели общемедицинский стаж более 21 года, примерно равные доли составили лица, работающие менее 4 лет (21,0%), от 5 до 10 лет (23,2%) и от 15 до 20 лет (19%); 7% опрошенных имели стаж от 11 до 15 лет.

Лишь каждый десятый (10,9%) опрошенный считал, что имеет полное представление о концепции маркетинга, имели частичное представление - более половины респондентов (56,6%), не имели - 30,6%. Как и следовало ожидать, наибольшим процент не имевших представления о маркетинге был в возрастной группе старше 50 лет (66,7%). Доля тех, кто не имел представления о маркетинге была вдвое выше (47,4%) среди лиц со средним специальным образованием по сравнению с имевшими высшее образование (25,5%). Респондентам было предложено дать определение маркетинга. Правильным оно оказалось только в 11,5% случаев, не совсем правильным - в 65,4% случаев и неправильным - в 23,1%, что практически соответствовало субъективной самооценке респондентов. Процент тех, кто считал, что в учреждении применяется маркетинговый подход и тех, кто придерживался противоположной точки зрения, был равен и составил 26,1%, а почти половина опрошенных (48,0%) затруднились ответить.

Важным аспектом маркетинга являются вопросы ценообразования. Мы изучили мнение респондентов о ценах на услуги. Почти половина (46,8%) опрошенных считала, что цены на услуги родильного отделения не соответствуют качеству оказываемой помощи. Их удельный вес был вдвое выше (64,3%) среди респондентов со средним специальным образованием по сравнению с имевшими высшее образование (36,4%).

Считали цены разумными 44,4%, треть респондентов (35,6%) полагала, что цены низкие, а каждый пятый (20,0%) - что они завышены. Наибольший удельный вес (66,7%) тех, кто считал цены высокими, был среди санитарок и примерно одинаковым он был среди врачей и акушерок (29,4% и 31,8% соответственно).

На вопрос, из каких издержек складываются цены на медицинские услуги, правильно ответили лишь 8,5% опрошенных, а большинство (81,9%) перечислили издержки частично правильно. Респондентов, считавших, что оплата труда не соответствует ценам на медицинские услуги, оказываемые отделением, было 71,4%. Их доля была примерно равной среди сотрудников со средним специальным и высшим образованием (50,0% и 47,1% соответственно).

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод, что некоторые медработники (в основном, имеющие высшее образование) более осведомлены в вопросах маркетинга. Но для большинства сотрудников целесообразно организовывать более углубленную подготовку по данным разделам с целью успешной интеграции концепции маркетинга в повседневную практику учреждения здравоохранения.

Максимова А.А., Саввина Н.В.
Институт последипломного обучения врачей «СВФУ им. М.К. Аммосова»
г.Якутск, Республика Саха

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

На современном этапе развития общества решение проблемы снижения уровня инвалидности населения - одно из приоритетных направлений здравоохранения, а также социальной политики, проводимой государством. Инвалидность является сложной медико-социальной проблемой, и уровень

ее обусловлен многочисленными факторами: демографическими, экологическими, социально-экономическими. Инвалиды - один из наиболее социально уязвимых контингентов, находящихся под патронажем медицинской и социальной служб. Через деятельность службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) оценивается социальная политика государства в целом.

Улучшение состояния здоровья детей и молодежи, отношения молодых людей к здоровому поведению является важным гуманитарным и экономическим фактором, своего рода перспективным капиталовложением. В то же время дети и молодежь являются уязвимой частью общества и зачастую не обладают политической властью и влиянием, а их здоровье и благосостояние свидетельствуют о степени желания и способности общества заботиться о своих гражданах.

В конце 20-го - начале 21 века заболеваемость детей в РФ увеличилась на 42,5%, у подростков - на 64%. Увеличение заболеваемости зарегистрировано по всем классам болезней, формирующих хроническую патологию: по заболеваниям органов дыхания (на 34% у детей и на 39,4% у подростков); органов пищеварения (соответственно на 77,4 и 49,7%); нервной системы (на 15 и 23%). Количество детей больных сахарным диабетом за этот период увеличилось на 80%; отмечается рост онкологической заболеваемости, в структуре которой ведущее место занимают злокачественные новообразования крови.

Острой медико-социальной проблемой остаются ухудшение состояния психического здоровья детей подросткового возраста.

Несомненно, что в связи с расширением медицинских знаний и улучшением технологий в настоящее время гораздо больше детей выживают с различными расстройствами и нарушениями, перенесшие несчастные случаи и даже и даже с онкологическими заболеваниями. В то же время это выживание зачастую не освобождает детей от инвалидности, физических или психических дефектов.

Высокая заболеваемость приводит к резкому росту инвалидности среди детей и подростков. В структуре причин детской инвалидности по Республике Саха (Якутия) на 2010 г., на первом ранговом месте стоят врожденные аномалии - 66,7 на 10000 детского населения (2006 - 77,5; 2007 - 73,1; 2008 - 68,8; 2009 - 70,0); на втором месте - болезни нервной системы - 64,6 на 10000 детского населения (2006 - 69,5; 2007 - 61,2; 2008 - 63,8; 2009 - 63,6); на третьем месте - психические расстройства и расстройства поведения - 30,5 на 10000 детского населения (2006 - 24,8; 2007 - 30,5; 2008 - 29,9; 2009 - 29,9); на четвертом месте- болезни уха и сосцевидного отростка - 12,9 на 10000 детского населения (2006 - 13,3; 2007 - 12,5; 2008 - 12,4; 2009 - 12,6); на пятом месте - болезни органов дыхания - 10,0 на 10000 детского населения (2006 - 13,5; 2007 - 11,8; 2008 - 10,6; 2009 - 11,1).

Наблюдающееся увеличение уровня инвалидности вследствие хронических заболеваний, очевидно, обусловлено снижением уровня профилактической работы лечебно-профилактических учреждений. В связи с этим важнейшим стратегическим направлением деятельности органов и учреждений здравоохранения должны стать профилактика и ранняя диагностика заболеваний, своевременное лечение и эффективное диспансерное наблюдение.

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

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В КУЗБАССЕ

Первого января 2012 г. отделение ЭКМПиМЭ стало структурным подразделением ГКУЗ «Кемеровский областной центр медицины катастроф». Отделение представлено тремя филиалами в городах Кемерово, Новокузнецк и Таштагол.

Основная задача отделения ЭКМПиМЭ - это круглосуточное оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим, госпитализированным в ЛПУ области, а также медицинская эвакуация. Отделение оказывает экстренную консультативную помощь по 27 специальностям. Круглосуточно готовы выехать на вызов 230 специалистов, в числе

которых - врачи и средние медицинские работники высокого профессионального уровня со стажем работы не менее 10 лет и квалификационной категории не ниже первой. Многие из них - кандидаты и доктора медицинских наук. Работа таких специалистов осуществляется на основании гражданско-правового договора (государственного контракта) по итогам конкурса. Оплата производится по факту выезда, по количеству отработанных часов. Стоимость часа зависит от стажа работы, категории, наличия ученой степени и варьирует от 450 р/час работы медицинской сестры до 1400 р/час работы доктора мед. наук (в среднем 700 р/час).

За первые 4 месяца текущего года выполнено 1123 выезда, из них 603 (54%) - вызовы к взрослым пациентам, 520 (46%) - к детям.

Медицинские эвакуации детей проводились значительно чаще, чем взрослых (69% против 27%). При этом среди общего числа детских эвакуаций, эвакуация новорожденных детей составляет 60%. Данная ситуация обусловлена недостаточными возможностями ЛПУ области использовать все современные методы интенсивной терапии, анестезиологии и реаниматологии. Это особенно справедливо для детей в критических состояниях, нуждающихся в лечении в условиях специализированных отделений реанимации и интенсивной терапии. Из-за отсутствия таких отделений большинство детей, особенно новорожденных, требует перевода в лечебно-профилактические учреждения более высокого уровня.

Консультации специалистов на месте выполнялась 30% детей и 45% взрослых, операции выполнялись только лишь 1% детей и 28% взрослых.

Консультативная помощь детям в ЛПУ области оказана по 14 специальностям, среди которых: комбустиология - 25%, инфекционные болезни - 23%, неонатология и хирургия - по 13%, неврология - 7%, нейрохирургия - 6% и т.д. Консультативная помощь взрослым более разнообразна и оказана по 23 специальностям. Среди самых востребованных консультантов можно отметить офтальмолога, хирурга, нейрохирурга.

Среди операций взрослым, проведенных в ЛПУ области преобладают операции больным с острой сосудистой патологией (43% - 73 операции), на втором месте, примерно в равных соотношениях - операции, выполненные торакальным и нейрохирургом (11 и 13% соотв.), далее следуют абдоминальные хирургические операции и мини-операции под контролем УЗИ (по 7%), остальные случаи оперативного лечения можно назвать единичными. Единичными также являются операции на местах детям, за отчетный период их было всего 4.

Таким образом, по итогам работы отделения ЭКМП в составе КОЦМК можно сделать следующие выводы:

1. Медицинская эвакуация взрослых больных составляет 27% всех вызовов. Остальные 73% приходятся на долю операций или консультаций в ЛПУ области.

2. Среди всех «детских» вызовов преобладает медицинская эвакуация (69%). Причем на долю эвакуации новорожденных приходится 60% всех «детских» эвакуаций. Это обусловлено отсутствием на местах специализированных отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

3. Операции на местах детскими хирургами - консультантами отделения ЭКМП сведены к минимуму, большинство детей, состояние которых требует оперативного вмешательства, эвакуируются в специализированные учреждения области.

4. Самое большое количество операций взрослому населению приходится на сосудистую патологию (43% от числа всех операций).

5. Действующая в Кузбассе модель оказания экстренной консультативной помощи является экономически эффективной, т.к., несмотря на значительные затраты бюджета области на данный вид службы, большая часть больных после консультации специалиста или высокотехнологичной операции долечиваются в ЛПУ области.

Пазина Т.А., Вавин Г.В., Рубан Е.Э., Бачурина Т.В.
ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

Актуальность. Контроль качества аналитического процесса продолжает оставаться наиболее

важным компонентом в деятельности лаборатории, и, поскольку надежность и чувствительность лабораторной техники растет, должны быть предусмотрены жесткие критерии оценки результатов лабораторных исследований. Осуществляющийся в нашей лаборатории контроль качества позволяет обнаружить и отследить погрешности, проявляющиеся в процессе выполнения лабораторных исследований, которые способны исказить клинико-лабораторную информацию о состоянии пациента.

Внутрилабораторный контроль качества, проводимый нами ежедневно, предполагает контроль за всеми этапами лабораторного исследования, начиная с подготовки пациента к анализу и заканчивая использованием результатов в диагностике и лечении. Наиболее распространенные ошибки на преаналитическом этапе связаны с процедурой сбора, хранения и транспортировки проб биоматериала.

Большая часть преаналитического этапа (назначение анализа, подготовка пациента, забор, маркировка и транспортировка биоматериала) находятся полностью в ведении клиницистов. Тесное сотрудничество клинической и лабораторной служб позволяет избежать потери информативности исследования вследствие тех или иных нарушений.

Аналитический этап является наиболее сложным и трудоемким. Влияние многочисленных факторов, воздействующих на разных стадиях работы с образцом, приводит к погрешности результата. Благодаря оснащению лаборатории современным оборудованием, значительно упрощается весь процесс проведения исследований. Исключение ручных рутинных процедур из аналитического процесса значительно повышает точность и аналитическую надежность результатов. Наша лаборатория располагает основным современным оборудованием, необходимым для экспресс-диагностики: это биохимический анализатор «Beckman-synchron CX-4», гематологический анализатор «Beckman-Coulter AC T», полуавтоматический анализатор «DocuReader», анализатор количественного определения белка мочи «Белур», коагулометр «Coagulation Analyses TS 4000», ионоселективные анализаторы «K, Na, Easy Blood gas», анализатор «Rapidlab-865».

По всем основным лабораторным методикам в лаборатории проводится ежедневный внутрилабораторный контроль качества. Мы используем аттестованные универсальные контрольные материалы с нормальным и патологическим диапазоном значений, фирмы «Beckman Coulter, I T Beker Humatrol, Easy GC, фирмы Medica, Вектор-Бест-Ново».

Материалы исследования. Используемые контрольные материалы обладают следующими преимуществами:

- Универсальность - один контрольный материал можно использовать на различных анализаторах и различных методиках.

- Максимальная приближенность к пробе пациента - основой контрольного материала являются образцы биологической природы.

Экономическая эффективность: благодаря большому сроку годности один лот контроля используется в течение длительного периода времени, что позволяет реже заводить установочную серию. Автоматизацию работы по контролю качества обеспечивает специализированная программа ALTEY laboratori QSC 5,0. Преимущества этой программы несомненны, поскольку значительно упрощается работа по ведению контрольных карт. Допустимые значения для CV (коэффициент вариации) и B (коэфф. смещения) в расчете на 10 и 20 точек уже занесены в программу, благодаря чему происходит автоматизированная оценка контрольной карты согласно ОСТУ. Среднее значение и стандартное отклонение для каждого показателя рассчитывается на основании установочной серии, т.е. по 20 измерениям. Оценка результатов проводится по правилам Вестгарда. Если происходит нарушение правил Вестгарда, то программа автоматически информирует об этом соответствующей надписью. С автоматизацией лабораторного процесса улучшаются и показатели контроля качества. Все основные методики укладываются в пределах 2 сигмальных отклонений, что указывает на стабильность и правильность аналитического исследования.

Кроме этого, наша лаборатория активно участвует в межлабораторном контроле качества, который осуществляется Федеральной системой внешней оценки качества (ФСВОК). Данная программа позволяет получить информацию о возможных проблемах в лаборатории, позволяет оценить внутри и межлабораторную воспроизводимость; оценить систематические отклонения результатов нашей лаборатории от аттестованных значений контрольного материала.

Мы провели анализ нашей работы по внешнему контролю качества за 6 лет. В период с 2005 по 2007 гг. все биохимические исследования выполнялись на полуавтоматических анализаторах

«Clima-15 и фотометре-5010». При определении активности амилазы и трансаминаз (АСТ, АЛТ) полученные результаты среднего допустимого значения превышали допустимый относительный размах в пределах 5-8%, в таких методиках как мочевина, креатинин - в пределах 4-7%. По некоторым другим методикам (таким как кальций и билирубин) мы не всегда укладывались в пределы среднего допустимого значения. С приобретением в 2008 г. автоматического биохимического анализатора Synchron CX-4 у нас появилась возможность перевести все биохимические методики на более современные кинетические методы исследования.

Преимущества работы на новом анализаторе сразу же отразились на результатах контроля качества, как внутрилабораторного, так и внешней оценке (ФСВОК). Результаты оценки правильности и воспроизводимости за последние 3 года вполне удовлетворительные. Отклонения среднего допустимого значения наблюдались лишь в методиках определения общего кальция и хлоридов в пределах 0,2-1,3%. Данная систематическая погрешность, по-видимому, связана с качеством реактивов, что тоже нужно иметь ввиду, анализируя качество исследований.

На постаналитическом этапе - основной источник ошибок - это ошибки ручного ввода результатов в бланк исследований. Оптимальным решением этой проблемы является использование автоматического переноса данных от анализатора в информационную лабораторную сеть. В настоящее время продолжается внедрение компьютерной информационной системы «Doctors Assistent» интегрированной с клинической информационной системой.

Выводы.

Таким образом, автоматизация технологического процесса в сочетании с современными методами исследований позволяют нам значительно повысить точность и надежность результатов, что в конечном итоге ведет к улучшению обслуживания пациентов и оказанию своевременной медицинской помощи.

Полукарова Е.А., Гульняшкина Н.А.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Отделение восстановительного лечения МЛПУ «Зональный перинатальный центр»
г.Новокузнецк, Россия

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследования. Информировать врачей области о работе одного из первых отделений восстановительного лечения, курируемого кафедрой неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии.

В последнее время все больше уделяется внимания здоровому образу жизни, сбалансированному питанию и немедикаментозным методам коррекции гомеостаза. В связи с этим в рамках национального проекта «Здоровье» активно открываются отделения восстановительного лечения. В практической работе врачи разных специальностей стали широко использовать валеологические технологии при реабилитации пациентов. Это приводит к тому, что пациент становится активным участником восстановления своего здоровья, а не «наблюдателем со стороны». Отделение восстановительного лечения было открыто в 1996 г. Идея создания отделения принадлежит первому заведующему В.Н. Ляховецкому при участии кафедры неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии. В течение последних 9 лет отделение находится на базе МЛПУ «Зональный перинатальный центр». За 16 лет работы накоплен опыт лечения и реабилитации пациентов методами мануальной терапии, остеопатии, иглорефлексотерапии, мануально-мышечного тестирования, фитотерапии на фоне лечебного голодания. В отделении разработано несколько программ очищения организма на фоне лечебного голодания и немедикаментозного лечения. Базовый курс лечения, который в основном включает в себя методики очищения кишечника, тюбаж печени и фитотерапию. Лечебный курс ориентирован на пациентов с различной соматической патологией и составлен с учетом проведения восстановительных методик: различные виды массажа, мануальной терапии, иглорефлексотерапии, лечебной гимнастики, фитотерапии. Программа для амбулаторных пациентов, проводимая в выходные дни. Сотрудники, работающие в отделении, прошли подготовку на кафедре мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии, консультацию и лечение больных проводят сотрудники этой кафедры. Мануальный метод, направленный на коррекцию или ликвидацию патологических проявлений, вызванных изменениями в позвоночнике,

суставах, мышечном и связочном аппарате человека. Остеопатический метод основан на учении Гиппократа о целостности организма и его взаимодействии с окружающей средой. Включает в себя висцеральную терапию, направленную на стимуляцию внутренних органов с целью восстановления первичной физиологической подвижности, а также кранио-сакральную терапию, способствующую улучшению циркуляции спиномозговой жидкости, а также проведению нервных импульсов. Акупунктурный (иглорефлексотерапия) метод, использующий непосредственное воздействие на основные проводящие системы организма (нервную, сосудистую, лимфатическую) и опосредованную активизацию главных управляющих систем (центральная нервная система, нейрогуморальная, эндокринная, иммунная). Массажные методики включают классический лечебный массаж, восточный линейный, точечный, антицеллюлитные массажные программы. Современная аппаратная ИМАГО-диагностика (валеодиагностика), использующая метод биорезонанса, способна без забора биологических жидкостей и тканей с высокой степенью достоверности диагностировать не только инфекционно-паразитарные состояния (описторхоз, лямблиоз, аскаридоз и т.д.), но и изменения гомеостаза организма на уровне функциональных нарушений.

Основной подход к лечению больных осуществляется с позиций рассмотрения целостного функционирования организма, его структурной, химической и эмоциональной составляющих при помощи мануального мышечного тестирования. В связи с этим, работа с пациентом строится таким образом, что используемые методы диагностики позволяют установить и ликвидировать первопричину заболевания и в дальнейшем подобрать индивидуальную программу реабилитации и профилактики. Метод психоэмоциональной коррекции позволяет нам улучшить не только психоэмоциональное состояние пациента, но и купировать различные синдромы (болевой, диспепсический и др.), что позволяет повысить качество нашего лечения и качество жизни самого пациента. Стационарным пациентам (курс лечения 9 дней) сотрудники отделения читают лекции о сбалансированном питании, здоровом образе жизни и о влиянии эмоций на возникновение и развитие заболеваний. В отделение ведется прием амбулаторных пациентов, в том числе и детей от 0 до 16 лет с различной неврологической и соматической патологией. При работе с детьми врач обязательно проводит диагностику и, при необходимости, лечение родителей, т.к. зачастую проблемы детей унаследованы от родителей. И если это касается эмоционального дисбаланса, то решение этих проблем не представляется возможным как в плане излечения, так и предупреждения возникновения рецидивов заболевания.

Такой комплексный подход к лечению, основанный на 16-летнем опыте работы отделения, значительно повышает эффективность используемых методик восстановительного лечения.

Сабаев А.В., Кондратьева Н.А., Зубенко Л.А.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1»
г.Омск, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ГОРОДА ОМСКА ЗА 2001-2010 ГГ.

За период времени с 2001 по 2010 гг. в городе Омске наблюдается рост числа случаев госпитализации пациентов в результате острых отравлений химической этиологии на 32,4% ($t=9,6$, $p=0,0000$).

Увеличение числа случаев госпитализации в результате острых химических отравлений обусловило начало процесса стандартизации токсикологической помощи населению в условиях стационара неотложной помощи. Начало процесса стандартизации было положено в 2000 году разработкой первичных пробных алгоритмов ведения пациентов с острыми химическими отравлениями.

За период времени с 2004 по 2008 гг. разработаны и внедрены в практику следующие направления скорой госпитальной помощи пострадавшим в результате химических воздействий:

1. Оказание неотложной помощи больным с острыми отравлениями (на этапе приемного отделения);
2. Методы оказания первой медицинской помощи при острых отравлениях;
3. Показания для консультации врача-токсиколога на уровне приемного отделения;

4. Алгоритм ведения больного с алкогольной интоксикацией;

5. Госпитализация в отделение острых отравлений лиц со среднетяжелым и тяжелым алкогольным опьянением.

6. Открытие в 2006 году информационно-консультативного кабинета центра острых отравлений.

В 2008 году указанные направления развития стационарной медицинской помощи пострадавшим в результате острых химических отравлений нашли свою реализацию в Приказе МУЗ ГКБСМП - 1 N 99 от 01.04.2008 г. «Об организации оказания неотложной помощи в МУЗ ГКБСМП - 1», являющегося по своей сути локальным технологическим стандартом медицинской помощи.

Поэтапное внедрение направлений стационарного этапа неотложной помощи пострадавшим в результате острых химических отравлений позволило достичь определенных положительных результатов в работе центра острых отравлений.

Так, за период с 2001 по 2010 гг. существенно вырос процент госпитализации пациентов с острыми химическими отравлениями, обратившихся за медицинской помощью в приемное отделение центра острых отравлений (с 77,0% до 96,8%), при этом снизился удельный вес госпитализаций в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на 74,6% (t=27,8, p=0,0000). Данный факт объясняется тесным взаимодействием центра острых отравлений с бюджетным учреждением здравоохранения города Омска «Станция скорой медицинской помощи» посредством информационно-консультативного кабинета, качеством оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе, правильной диагностикой острых отравлений врачами и фельдшерами бригад скорой помощи. Госпитализация пострадавшего с острым отравлением химической этиологии является обоснованным шагом в свете скорой неотложной помощи данному контингенту пациентов как условие для полноценной детоксикации и профилактики нарушений жизненно важных функций организма.

Применение стационарных методик детоксикации и наблюдения за пациентом позволили получить положительный результат динамики летальности при острых химических отравлениях. Анализ показал, что к концу периода наблюдения отмечается снижение показателя летальности в центре острых отравлений на 62,8% (t=2,6, p=0,0083).

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

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Низкая минеральная плотность (НМП) и остеопороз (ОП) являются самыми распространенными заболеваниями костной ткани. Сегодня на степень их проявления оказывает влияние то, что взрослое население употребляет с пищей на 50-60% кальция меньше нормы, а дети еще меньше (Л.А. Челнакова, 1912). Это объясняется тем, что население стало, в частности, мало употреблять молочных продуктов. Обнаруживаются НМП и ОП у ортопедо-травматологических больных, так как снижена двигательная активность, изменяется характер питания, синтез витамина D3 в почках, а поэтому и всасывание кальция в желудочно-кишечном тракте. Напряжение тканей приводит к торможению в гипоталамусе и сейчас же в передней доле гипофиза увеличивается образование пролактина, нарушающего менструальный цикл. В гипоталамусе также уменьшается продукция нейрогормонов (фоллиберина и люлиберина), что ведет к уменьшению образования в передней доле гипофиза фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов и, следовательно, концентрации половых гормонов. Их молекулы реже касаются рецепторов остеобластов и поэтому уменьшается их активность. Все это следует учитывать в лечебном процессе.

В последние годы на фоне НМП наблюдается увеличение сроков консолидации переломов не только у взрослых, но и у детей. Это свидетельствует о том, что решение проблемы НМП и нарушения ремоделирования костной ткани остается одной из приоритетных в травматологии и ортопедии. Одним только совершенствованием оперативных вмешательств и улучшением качества имплантатов проблемы не решить.

При постановке диагноза заболевания костной ткани в настоящее время как основное следует регистрировать и ОП. Должна быть признана профессия врача, который осуществляет лечение ОП. Он должен быть представителем единого координационного центра по ОП, для создания которого еще нужно разработать документы и регистр больных с переломами, как симптомами ОП. Осуществление работы из одного центра повысит, в том числе, и качество научно-исследовательских работ, способных внести существенный вклад в предупреждение и лечение переломов у больных ОП.

Следует создать концепцию четкой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи больным ОП. Недостаточный уровень знаний врачей по проблеме ОП - одна из причин низкого интереса соответствующего специалиста к этой проблеме. 77% врачей, не занимающихся проблемой ОП, не направляют больных к другим специалистам для проведения обследований на остеопороз. Наибольшие затруднения у врачей возникают при необходимости назначить фармакологическую терапию, организовать профилактику, направить на костную денситометрию. Из-за большой продолжительности лечения больные не соблюдают рекомендаций врача. Устранить дефицит знаний помогает тематическое обучение.

Путем создания организационной модели оказания специализированной медицинской помощи больным ОП на уровне первичного звена можно сократить нерентабельные потери времени врачей многих специальностей и уменьшить материальные затраты на малоэффективное лечение. Важно создать единый протокол ведения и порядка диспансеризации больных с переломами и после эндопротезирования, стандарта объема и качества обследования группы риска в условиях поликлиники.

Крайне актуальной является разработка стандарта стационарного лечения больных с переломами различной локализации, включая эндопротезирование. Требуется проведение исследований для получения объективных доказательства целесообразности использования того или иного метода при ведении больных с переломами на фоне ОП в послеоперационном

Тимофеев В.В., Бондаренко А.В.
КГБУЗ «Городская больница N 1»
г.Барнаул, Россия

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

В последнее время происходит неуклонное увеличение количества высокоэнергетических воздействий в результате дорожно-транспортных происшествий, падений с высоты и пр. В тоже время работ посвященных политравме (ПТ) ОДС у детей относительно немного. Наша собственная статистика отличается тем, что с 2000 г. все пострадавшие с ПТ в г.Барнауле, включая детское население, согласно приказу, доставляются в одно лечебно-профилактическое учреждение - КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул», обслуживающее район с четкой административно-территориальной структурой и известной численностью населения.

Цель исследования. Определить заболеваемость, распространенность, характер и структуру политравмы опорно-двигательной системы у детей в крупном по величине городе, наметить пути ее снижения.

Материалы и методы исследования. За 11 лет с 2001 по 2011 гг. в КГБУЗ «Городская больница N 1, г.Барнаул» с территории города было доставлено и госпитализировано 617 детей с ПТ ОДС, в среднем 56 человек в год, из них мальчиков - 381 (61,8%), девочек - 236 (38,2%). Медиана возраста составила 14 лет, интерквартильный размах - от 8 до 16 лет. Детей раннего возраста (1-3 года) - 28 (4,5%), дошкольного (4-7 лет) - 79 (12,8%), младшего школьного (8-11 лет) - 137 (22,2%), среднего школьного (12-14 лет) - 111 (18,1%), подросткового (15-17 лет) - 262 (42,4%). Как видно, число пострадавших детей с возрастом увеличивается, большинство составили подростки.

Результаты исследования. Причинами ПТ у детей служили дорожно-транспортные происшествия - 399 (64,7%) случаев, падения с высоты больше собственного роста - 98 (15,9%), бытовые травмы - 65 (10,5%), криминальные - 27 (4,4%), уличные - 19 (3%), спортивные - 7 (1,1%), школьные - 1 (0,2%), промышленные - 1 (0,2%).

Сочетанная травма отмечена у 548(88,8%) детей, множественные повреждения

опорно-двигательной системы - у 69 (11,2%). Согласно шкале ISS (3), тяжесть ПТ менее 17 баллов констатирована у 358 (58%) пострадавших, от 17 до 25 баллов - у 143 (23,2%), от 26 до 40 баллов - у 75 (12,2%), свыше 40 - у 41 (6,6%). У большинства детей преобладала нетяжелая ПТ, тем не менее, примерно 1/5 часть детей имела ПТ с угрозой для жизни.

Частота черепно-мозговых травм, от общего количества детей, в различных сочетаниях, составила 82,3%, повреждение внутренних органов 25,9%, травмы опорно-двигательного аппарата 94,9%

Из 617 детей с ПТ, наблюдавшихся в отделении, погибли 20 (3,2%).

Все умершие имели черепно-мозговые травмы, повреждения опорно-двигательного аппарата - 18 и травмы внутренних органов - 16 человек.

Наиболее высокой госпитальная летальность отмечалась в 1-ю неделю, что напрямую связано с тяжестью полученной травмы, на 2-й недели - с развитием гнойно-септических осложнений во втором периоде травматической болезни.

Выводы.

1. Частота новых случаев политравмы у детей в условиях крупного города составляет 1 случай на 10 тыс. населения в год.

2. Среди различных возрастных групп, детского возраста, преобладают подростки, 15-17 лет, как наиболее активная часть детского населения.

3. Наиболее часто причинами политравмы являются дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты.

4. У детей школьного возраста отмечается сезонность тяжелого травматизма.

5. Лечение детей с политравмой должно проводиться в специализированном отделении множественной и сочетанной травмы, где в полном объеме может быть оказана помощь при всех имеющихся повреждениях.

Устьянцева И.М., Петухова О.В., Хохлова О.И.

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

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Актуальное требование сегодняшнего дня - это наличие лабораторной информационной системы (ЛИС) в современной лаборатории.

Современная ЛИС должна соответствовать:

- тенденциям развития программных средств автоматизированного лабораторного оборудования;
- высоких технологий, используемых в деятельности лаборатории;
- обеспечивать адекватное планирование, управление и контроль лабораторных процессов.

Автоматизация КДЛ ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» реализована с помощью программного комплекса «PSM PLUS». Данный комплекс состоит из лабораторной информационной системы (ЛИС) Process Systems Manager (PSM), производства компании «Ф. Хоффманн-Ля Рош» (Швейцария) и системы оперативного управления лабораторией «Акросс. Клиническая лаборатория» (АКЛ), производства фирмы «Акросс Инжиниринг» (Москва), реализованной на платформе «1 С».

Комплекс «PSM PLUS» обеспечивает эффективную автоматизацию процедур заказа и выполнения лабораторных исследований с использованием современных технологий: штрих-кодовой идентификации образцов биоматериала, ввода данных с помощью оптических считывателей бланков.

В лаборатории используется ЛИС следующей конфигурации:

- 6 рабочих мест ЛИС, интегрированных с 6 лабораторными анализаторами следующих моделей: гематологический (Sysmex XT-2000i), биохимические - Hitachi Cobas 6000 (модули 501 и 601) и Hitachi 912, кислотно-основного состояния (Roche OMNI S), гемостаза (STA Compact), урометр (Cobas u 411);

- 2 рабочих места внутрилабораторного контроля качества.

Последовательность работы сотрудников лаборатории состоит из следующих этапов: регистрация заказов, преаналитическая подготовка и сортировка образцов, проведение анализа, проверка и печать результатов, сортировка бланков с результатами анализов по подразделениям.

Регистрация заказов включает в себя прием и маркировку пробирок с образцами и бланков направлений этикетками со штрих-кодом. Затем в базу данных компьютера вводится информация о данных пациента и назначениях с направлений. При регистрации заказов этикетки бланков сканируются многолучевыми настольными сканерами. По мере пополнения базы данных контингента количество случаев регистрации новых записей пациентов в регистратуре лаборатории сокращается.

Профили исследований, выполняемые лабораторией, размещены на экране регистраторов в виде удобных для просмотра и манипуляции групп, обеспечивая высокую скорость регистрации заказа. Правила автоматического заполнения и контроля, встроенные в модуль регистрации ЛИС, помогают регистратору, заполняя автоматически до 50% реквизита заказа.

В лаборатории ежедневно выполняется до 4000 исследований в клиническом и 2000 исследований в биохимическом отделах. Основные анализаторы загружены на полную мощность 10-14 часов в день. Задания на исследования поступают из регистратуры в готовом виде. Обычной преаналитической подготовкой, сортировкой образцов и загрузкой проб в анализаторы занимаются лаборанты. В задачу врача входят ежедневная подготовка анализаторов к работе, проведение внутри- и внелабораторного контроля качества, постановка новых тестов, просмотр результатов исследований по мере поступления с анализаторов и их авторизация.

Внедрение «PSM PLUS» позволило осуществить единое оперативное управление всеми данными, поступающими из разных источников (анализаторы, ручные методики, бумажные документы, например, заказы на исследования) и их консолидацию в информационной базе лаборатории, а также получать актуальную информацию о результатах анализа пациента в любой момент времени. Соединение с анализаторами обеспечило полноценный двухсторонний обмен данными в режиме реального времени.

Хранение результатов исследований и демографической информации пациентов в электронной базе данных исключило внутренний бумажный документооборот. Журналы и отчеты лаборатории формируются автоматически. «PSM PLUS» осуществляет консолидацию и хранение результатов контроля качества лабораторных исследований в соответствии с российскими и международными стандартами. Оптимизация схемы движения образцов и снижение как общего количества первичных пробирок (биохимические и иммунохимические тесты выполняются из одной пробирки), так и пробирок с аликвотами (анализаторы Рош позволяют работать с первичными пробирками) существенно снизило долю ручных операций и, как следствие, число внутрилабораторных преаналитических ошибок.

Дальнейшее развитие информационной составляющей лаборатории планируется расширить с включением в ЛИС бактериологического подразделения КДЛ и внедрением рабочих мест регистрации пациентов в других подразделениях центра (взрослая и детская поликлиники, приемное отделение стационара, отделение реанимации и интенсивной терапии), что позволит еще больше разгрузить лабораторную службу.

Таким образом, внедрение проекта автоматизации экономически выгодно, т.к. позволяет наращивать объемы выполняемых анализов и расширять их ассортимент без пропорционального увеличения штата и тем самым решить вопрос повышения качества и эффективности обслуживания населения.

Часовников К.В.

Кафедра медицинской кибернетики и информатики ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития г.Новокузнецк, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА НА ЗАПАДНО-СИБИРСКОМ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ КОМБИНАТЕ

Травматизм является третьей по значимости причиной смертности в Российской Федерации. У работающего населения травматизм занимает первое место среди причин смертности в

трудоспособном возрасте.

Актуальность проблемы травматизма кроется в производственных отношениях между работодателем и работником. Правила техники безопасности являются залогом травмобезопасности на производстве. В настоящее время на первое место среди травм стал выходить человеческий фактор.

Нами проведено исследование показателей травматизма среди работников металлургического комбината за 14-летний период (с 1997 по 2010 гг.)

В качестве объекта исследования нами взят работающий коллектив металлургических комбинатов «Евраза» (Западно-сибирский металлургический комбинат (ЗСМК).

Единицей наблюдения послужил случай наступления травмы. Метод исследования - статистический (анализ динамических изменений).

Количество случаев травматизма в 1997 году составляло 14,5% (4508) от общего количества заболеваний. Начиная, с 1998 года по 2000 показатели травматизма снизились до 10,2% от общего количества заболеваний, что в абсолютных числах составило - 2491 случай. Темп роста составил - 44,75%. С 2001 по 2005 годы показатель травматизма вырос с 13% в 2001 году до 19,3% в 2005 г. Данная тенденция свидетельствовала о ненадлежащем контроле мероприятий по технике безопасности на комбинате. Тенденция продлилась по 2006 год. С 2007 года наметился серьезный перелом тренда на понижательный и в 2010 году показатель составил - 11,7%.

Данные полученного исследования свидетельствуют об абсолютном сокращении количества травм на комбинате. В случаях на 100 работающих на Западно-сибирском металлургическом комбинате наметилась стойкая тенденция сокращения количества травм. В первую очередь это связано с модернизацией данного производства и усиления мероприятий по охране труда и техники безопасности. Это сокращение нагляднее и в днях нетрудоспособности с 239 случаев на 100 работающих в 2008 году до 207, 8 в 2010 году. Что составило 13,1%.

В настоящее время сами работники стали более бережно относиться к своему состоянию здоровья. Проведенный социологический опрос среди работников показал, что не только заработная плата выступает основным стимулом для рабочих промышленных предприятий, но и создание комфортных и безопасных условий рабочих мест.

Корпоративная культура труда на комбинате способствует сокращению количество случаев травматизма и повышению заинтересованности в сохранении и укреплении состояния здоровья конкретного металлурга.

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

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

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОТ СРОКОВ ИХ ПЕРЕВОДА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Проблема лечения пострадавших с политравмой, несмотря на пристальное внимание к ней во всем мире, все еще далека от своего решения. Пациенты с политравмой, составляя всего 8-10% от общего числа больных в травматологических стационарах, дают более 60% летальных исходов от травм. Необходимо отметить, что страдают, в основном, люди наиболее трудоспособного молодого возраста, что дополнительно ставит эту проблему и в категорию социальных. В России, в отличие от европейских стран, значительная доля пострадавших с политравмой получает медицинскую помощь не в специализированных травматологических центрах, а в обычных районных и городских больницах, что существенно снижает ее качество. Чтобы повысить качество лечения и снизить летальность у данной категории пострадавших, необходим их перевод в специализированный травматологический центр. И чем раньше будет осуществлен перевод и оказана квалифицированная высокотехнологичная помощь, тем будет выше ее эффективность.

Цель исследования. Оценить влияние сроков перевода пострадавших с политравмой в специализированный центр на летальность.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 486 пациентов в возрасте от 15 до 76 лет, средний возраст составил 35,6±0,6 лет. Из них большую часть составляли мужчины - 364 (74,9%), меньшую часть - женщины 122 (25,1%). Пострадавшие с политравмой были транспортированы собственной медицинской бригадой клиники в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» из других лечебных учреждений впервые 7 суток от момента травмы, из них 233 пострадавших были транспортированы в течение первых 24 часов после травмы. Транспортировка осуществлялась на расстояние от 15 до 900 км, в среднем на 158±5,1 км. На расстоянии более 400 км от клиники и из труднодоступных для автомобильного транспорта мест использовался вертолет, на котором было транспортировано 5 пострадавших. Максимальное время транспортировки вертолетом составило - 2 ч. 30 мин. При транспортировке вертолетом 3-им пациентам проводилась ИВЛ.

Тяжесть травматических повреждений оценивалась по шкале ISS (Injury Severity Score) и составляла в среднем 32,6±0,3 баллов. При поступлении состояние всех больных расценивалось как тяжелое и крайне тяжелое. Летальных случаев во время проведения транспортировки не было. Средняя летальность на этапе лечения в стационаре у пострадавших с политравмой транспортированных из других ЛПУ за период 2005-2009 гг. составила 13,4%.

Не смотря на то, что мы стремились, как можно к более раннему переводу пострадавших с политравмой в нашу клинику, сроки переводов были разными (табл. 1).

Таблица 1

**Сроки перевода пострадавших с политравмой
из других лечебных учреждений**

[illegible]	2005	2006	2007	2008	2009	[illegible]	
						абс. ч.	%
1-[illegible]	43	30	58	49	53	233	47,9
2-[illegible]	13	16	15	38	20	102	21
3-[illegible]	6	10	13	16	13	58	11,9
4-[illegible]	4	2	5	9	7	27	5,6
5-[illegible]	11	16	8	12	13	66	13,6

Основной причиной позднего перевода было отсутствие объективных критериев для принятия решения о транспортабельности пострадавших у специалистов «на местах». Только половина пострадавших с политравмой - 47,9%, было транспортировано в 1-е сутки после травмы, 38,5% пострадавших были суммарно транспортированы на 2-е, 3-и и 4-е сутки. Оставшиеся 13,6% были переведены в нашу клинику уже в компенсированном, относительно стабильном состоянии.

Результаты исследования. От времени перевода пострадавших прямопропорционально зависела и летальность данной категории пациентов на этапе лечения в стационаре (табл. 2). При проведении транспортировки в течение 1-х суток от момента травмы, летальность в стационаре составила 6,4%, на 2-е сутки она достигала 20,6%, а на 4-е сутки - 30%. Количество пациентов, нуждающихся в переводе в специализированный центр на 5-7 сутки было незначительным, 66 человек переводились компенсированном или субкомпенсированном состоянии, летальность составляла 7,6%. Летальность «на местах», к этим срокам, достигала 60%.

Все пациенты, переведенные в поздние сроки (5-е и более сутки) имели различные тяжелые осложнения травматической болезни. Они же явились у пяти пациентов причиной летального исхода.

При анализе летальных исходов, была выявлена их четкая зависимость от срока перевода в специализированный травматологический центр и индекса степени тяжести травмы по ISS у пострадавших с политравмой. Пациенты с исходно низким показателем индекса тяжести травмы, в отличие от пациентов с более тяжелыми повреждениями погибали при более позднем переводе из неспециализированных ЛПУ в специализированный травматологический центр. При ISS в 42 балла у пациентов транспортированных в первые сутки от момента травмы, летальность составила всего 6,4%. В группе пациентов транспортированных на 4-е сутки от момента травмы, при ISS = 39 баллов летальность была на много выше и составляла 30%. Как правило, основной причиной таких исходов, является несвоевременное оказание полноценной высокотехнологичной

помощи, даже у пострадавших с изначально менее тяжелыми повреждениями.

Таблица 2

Зависимость уровня летальности от сроков перевода из других лечебных учреждений и исходной тяжести повреждений

[illegible]	[illegible]				
	1	2	3	4	5 и более суток
[illegible]	233	102	58	27	66
[illegible]	15	21	15	9	5
[illegible]	6,4	20,6	25,9	30	7,6
[illegible]	42	40	39	39	39

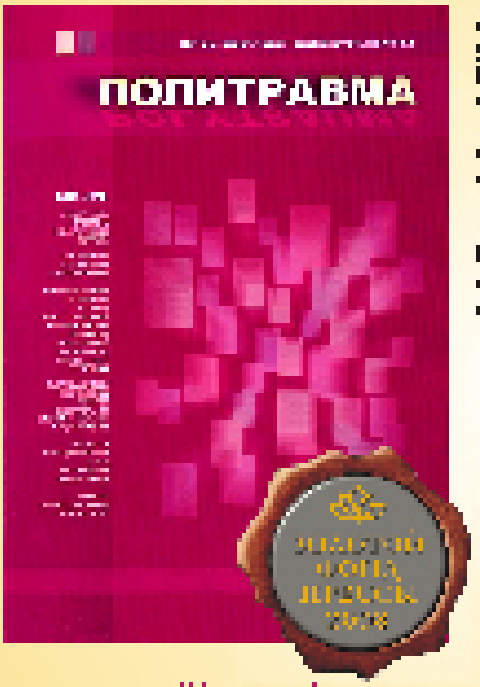
Выводы.

На основе проведенного анализа качества лечения пациентов с политравмой в не специализированных стационарах (ЦРБ, не специализированные городские больницы) нами были сделаны неутешительные выводы. Лечение, проводимое там, не эффективно. Слабая материально-техническая база, низкий профессиональный уровень сопровождаются большим количеством диагностических и тактических ошибок, приводят к быстрой и необратимой декомпенсации состояния пострадавших с политравмой, что в свою очередь ведет к увеличению летальности у данной категории пациентов. Поэтому только ранний перевод (в течение 1-х суток) в специализированные травматологические центры сможет исправить сложившуюся ситуацию.

ВНИМАНИЕ!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА

научно-практический рецензируемый квартальный журнал «ПОЛИТРАВМА»



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ

Бережной С.Г., Лукач В.Н., Глущенко А.В.
БУЗОО «ГК БСМП N 1»
Кафедра анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
г.Омск, Россия

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОУРОВНЕВОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ С СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ

Актуальность. Под критическими состояниями, обусловленными дыхательной недостаточностью некардиогенной природы, подразумевают синдром острого легочного повреждения и его наиболее тяжелую форму - острый респираторный дистресс-синдром. СОЛП и ОРДС регистрируются в промышленно развитых странах - от 1 на 1000 до 3-10,5 на 100000 населения в год. Для России - около 15000-30000 в год. Сепсис и тяжелый сепсис является фактором риска и основной причиной острого повреждения легких в 40-60% всех случаев повреждения легочной ткани, ОРДС - в 25-42%.

Смертность от ОРДС чрезвычайно высока и зависит от фона, на котором он развивается. При множественной травме и синдроме сдавления смертность составляет 50-60%, в случае развития ОРДС на фоне токсического шока и непроходимости кишечника - 100%, а при сепсисе - 90%. Высокая степень корреляции между системной воспалительной реакцией и ОРДС обусловлена общими патофизиологическими механизмами, лежащими в основе этих двух процессов. Клиническими выражениями данных патофизиологических процессов становятся гипоксемия с нарушением вентиляцонно-перфузионных отношений, легочным шунтом, усилением гипоксической вазоконстрикции, увеличение работы дыхания, рост сопротивления в дыхательных путях, нарушение механики легких.

Тактика интенсивной терапии во многом зависит от тяжести повреждения легких и преследует цель коррекции и поддержания адекватного газообмена. При проведении респираторной поддержки целесообразно следовать концепции «протективной» искусственной вентиляции легких. Для улучшения газообмена и биомеханических свойств легочной ткани нами предложена стратегия многоуровневой вентиляции легких.

Цель исследования. Доказать эффективность метода и улучшить газообмен в легких у пациентов с негомогенным повреждением легочной ткани при помощи многоуровневой (трехуровневой, MLV) вентиляции.

Материалы и методы исследования. Искусственная вентиляция легких с использованием многоуровневой вентиляции аппаратом ИВЛ AURA (Chirana) проводилась 26 пациентам с тяжелым повреждением легочной ткани, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (для гнойно-септических больных). Исходные значения парциального напряжения кислорода в артериальной крови и респираторного индекса у пациентов были значительно снижены, а фракция внутрилегочного шунтирования изначально была существенно повышена. В течение первых суток после начала респираторной поддержки с использованием MLV, у пациентов отмечался рост PaO_2, SaO_2, респираторного индекса, появилась положительная рентгенологическая динамика, улучшились показатели биомеханики легочной ткани.

Результаты исследования. В результате проведения искусственной вентиляции с использованием режима многоуровневой вентиляции у 26 пациентов было достигнуто стойкое улучшение артериальной оксигенации.

Выводы.

У пациентов с тяжелым повреждением легких применение респираторной поддержки с использованием многоуровневой вентиляции приводит к существенному улучшению альвеолярной вентиляции и артериальной оксигенации, к снижению фракции внутрилегочного шунтирования. Использование данного вида вентиляции по сравнению с традиционными методами респираторной терапии ведет к разрешению дыхательной недостаточности, к уменьшению сроки проведения ИВЛ и длительности пребывания пациентов в отделении реанимации.

Бочаров С.Н., Сороковиков В.А., Бочарова Ю.С., Вологин Э.В.
ФГБУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН г.Иркутск, Россия

ТРАНСФУЗИОННАЯ ЗАЩИТА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ

После неограниченного использования цельной крови и ее компонентов стало очевидно, как опасна чужая кровь. Показания к переливанию препаратов крови активно пересматриваются и основными направлениями решения этой проблемы являются: внедрение заменителей крови и ее компонентов и использование аутологичной крови в различных вариантах. Однако использование заменителей компонентов крови эффективно лишь в условиях клинически незначимой кровопотери, поскольку они не протезируют кислородно-транспортную функцию крови, не корригируют повреждения транскапиллярного обмена и системы гемостаза. С этих позиций перспективной представляется разработка и совершенствование методов использования аутокрови.

Цель работы. Разработать концептуальный подход к выполнению инфузионно-трансфузионной терапии в периоперационном периоде у пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы, позволяющий снизить риск осложнений и улучшить результаты лечения.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты исследований 1240 пациентов, перенесших протезирование крупных суставов. Пациенты были рандимизированы на 3 группы: с однократным забором аутокрови за 3 суток до операции - 430 пациентов; 2 кратным - за 5 и 2 суток до операции - 460 человек и с использованием компонентов донорской крови - 350.

Задачи исследования. Изучение влияния предоперационных гемаферезов и возврата дренажной крови на функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, симпатико-адреналовой и гипоталамо-надпочечниковой систем; транскапиллярного обмена, систему гемостаза и микроциркуляции; эритропоэз, кислородно-транспортную функцию крови. Исследовали биохимический состав дренажной крови и ее бактериальную обсемененность. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке в соответствии с рекомендациями группы CONSORT с использованием ППП STATISTICA.6v.

Результаты иследования. Установлено, что наиболее предпочтительной и безопасной для лиц молодого и среднего возраста является двукратный забор аутологичной крови по 10% ОЦК каждый. Для гериатрических пациентов - однократный - 10% ОЦК. Предоперационные гемаферезы корригируют повреждения сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, способствуют ранней активации эритропоэза, обеспечивают протекторное антиишемическое действие.

Реализация принципа нормализации транскапиллярного обмена с использованием компонентов аутологичной крови обеспечила: эффективную кислородно-транспортную функцию крови, функциональную стабильность эндокринной системы, гемостаза, отсутствие повреждения системы микроциркуляции; исключила инфузионную перегрузку сосудистой системы, обеспечила «0» гидробаланс.

При изучении дренажного содержимого установлено, что она стерильна, по своему качественному составу аналогична венозной крови пациента, обеднена наличием тромбоцитов, а трехкаскадный фильтр, используемый для возврата дренажного содержимого пациенту, обеспечивает удаление макро и микропримесей. Возврат дренажного отделяемого не оказывает повреждающего действия на функциональное состояние органов и систем пациента.

Опыт клинического применения разработанной нами программы восполнения кровопотери, основанной на поддержании нормального транскапиллярного обмена обеспечивают функциональную стабильность пациентов, сохранение спонтанного дыхания, исключают развитие РДС и полиорганной недостаточности даже при потере 80% ОЦК.

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

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Актуальность. Частота переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого и старческого возраста неуклонно увеличивается. У пациентов старше 65 лет она составляет 38% от всех переломов. Консервативное лечение этих пациентов в 70-75% случаев сопровождается различными осложнениями, а летальность в первый год после травмы достигает 33,7-71%.

Раннее хирургическое вмешательство позволяет избежать гипостатических осложнений, но частота послеоперационных осложнений все еще остается высокой. Анатомо-физиологические особенности проксимального отдела бедра при переломе создают условия для развития тромбозов подколенного, бедренного и илеокавального сегментов в 45-80% случаев. Вероятность ТЭЛА в данной ситуации возрастает до 28-50%. При этом смертность от нее достигает 2-5%, а 18% больных умирают в ближайшие 3 месяца на фоне повторной ТЭЛА.

Широкое внедрение эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭТБС) в повседневную клиническую практику коренным образом изменило отношение ортопедов к лечению переломов шейки бедренной кости. Применение современных тотальных протезов позволяет восстановить прежнее качество жизни пациентов. Однако, это вмешательство более травматично, чем большинство методов остеосинтеза шейки бедренной кости, может сопровождаться значительной кровопотерей, а риск развития ТЭО без их профилактики в послеоперационном периоде сопоставим с таковым при консервативном лечении переломов.

Цель исследования. Изучить влияние возраста, сроков и объема оперативного вмешательства на частоту и тяжесть развития тромбоэмболических осложнений у пострадавших с проксимальными переломами бедренной кости.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 143 пациента с переломами проксимального отдела бедренной кости. В зависимости от изучаемого параметра пациенты были разделены на группы:

- лечение - оперативное (n=121),
- консервативное (n=22);
- возраст - средний (n=24),
- пожилой (n=42),
- старческий (n=77);
- операции - остеосинтез спонгиозными винтами (n=33),
- остеосинтез пластиной (n=25),
- интрамедуллярный остеосинтез штифтом с блокированием (n=37),
- тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (n=26).

Результаты и их обсуждение. Вероятность развития венозного тромбоза увеличивалось пропорционально времени от момента травмы до поступления в стационар (коэффициент ранговой корреляции Спирмена R=-0,329; p=0,000059). Оперативное лечение проводилось не позднее 5 дней с момента поступления в стационар. В послеоперационном периоде у большинства пациентов было выявлено наличие гиперкоагуляции. Повышение агрегационной активности тромбоцитов отмечалось у 92,9% всех пациентов. Фибринолитическая активность крови у пациентов возрастала статистически не значимо, что объяснялось снижением функциональной активности эндотелия у пациентов в пожилом и старческом возрасте. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей в послеоперационном периоде развился в 14,9% случаев. При тотальном эндопротезировании, наиболее травматичной и длительной операции, количество тромбоэмболических осложнений ниже, чем при других вмешательствах.

По количеству тромбозов у пациентов не было статистически значимых различий в зависимости от возраста. Однако у пациентов старческого возраста распространенные окклюзионные и эмболоопасные флотирующие тромбозы вен нижних конечностей встречаются

чаще, чем у больных пожилого и среднего возраста на 9% и 12,5% соответственно (p=0,045; Ψ^2=6,22; df=2).

При изучении отдаленных результатов лечения в течение года после выписки из стационара было выявлено 14 (9,8%) летальных исходов. При консервативном лечении отмечалась наибольшая летальность (27,3%), причем каждый третий умер от тромбоэмболии легочной артерии. Наименьшее число погибших зарегистрировано при остеосинтезе штифтом и тотальном ЭТБС (p=0,028; Ψ^2=10,9; df=4)

Выводы.

Эндопротезирование тазобедренного сустава наиболее адекватно позволяет восстановить функцию сустава. При этом количество тромбоэмболических осложнений ниже, в сравнении с большинством методов остеосинтеза шейки бедренной кости. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей в послеоперационном периоде развивается в 14,9% случаев. Возраст в большей степени влияет не на частоту развития послеоперационных венозных тромбозов, а на тяжесть и характер течения тромботических осложнений. Консервативная тактика лечения у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости наиболее часто приводит к летальному исходу.

Власов С.В., Сафронов Н.Ф.

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

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕКСАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Актуальность. Операции протезирования крупных суставов относятся к группе высокого риска развития опасных для жизни тромбоэмболических осложнений. При этом риск развития тромбозов при тотальном эндопротезировании коленного сустава в 1,5-2 выше, чем при замене тазобедренного сустава, что обусловлено рядом особенностей оперативного вмешательства. По данным ряда авторов применение низкомолекулярных гепаринов за 12-15 часов до операции не служит гарантией предотвращения тромбоза, но более чем в 1,7 раза увеличивает вероятность геморрагических осложнений, таких как повышенная кровоточивость в ходе операции и развитие спинальной гематомы после нейроаксиальных блокадах.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности предоперационного применения клексана у пациентов с планируемой операционной кровопотерей и высоким риском развития венозного тромбоза.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 82 пациента с тотальным эндопротезированием коленного сустава. В исследуемой группе (n=39) накануне за 12 часов до операции всем пациентам вводился клексан 40 мг подкожно. Всем пациентам проводилась спинномозговая анестезия. Исследовались показатели гемостаза до применения клексана и непосредственно перед операцией. Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей проводилось до операции и через 7 дней после оперативного вмешательства.

Результаты исследования. Перед операцией в исследуемой группе после применения клексана у всех пациентов была констатирована нормокоагуляция, а в группе сравнения отмечался гиперкоагуляционный синдром. При этом показатели АЧТВ, МНО, ПТИ достоверно различались в группах. Во время операции, несмотря на применение антикоагулянтов, объем кровопотери в группах не отличался. А в послеоперационном периоде в исследуемой группе с применением клексана отмечено статистически незначимое уменьшение дренажных потерь. Исследование вен нижних конечностей в послеоперационном периоде выявило тромботические изменения в дистальных венах оперированной конечности. В исследуемой группе отмечался тромбоз суральной вены у одного пациента (2,6%), тогда как без применения клексана тромбоз выявлен у 8 (18,6%) пациентов (Ψ^2=3,869, p=0,049).

Выводы.

Применение клексана 40 мг за 12-15 часов перед эндопротезированием коленного сустава не увеличивает периоперационную кровопотерю, но достоверно снижает риск развития венозных тромбозов.

Ефремова С.В., Соловьев А.О., Соколова О.В.
Клинический онкологический диспансер
Омская государственная медицинская академия
г.Омск, Россия

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ

Цель исследования. Лабораторное определение эффективности мультимодальной анестезии (ингаляционно-внутривенной в сочетании с эпидуральным введением анестетика) в условиях миоплегии и ИВЛ при операциях по поводу опухолевых заболеваний легких. Обследовано и пролечено две группы пациентов: основная и контрольная.

Основная группа включала 20 пациентов в возрасте от 42 до 61 года. Объем проведенных операций: лобэктомия, билобэктомия и пневмонэктомия. В качестве анестезиологического пособия у этих больных был использован метод мультимодальной анестезии. Вечером перед операцией они получали 10 мг сибазона per os. В день операции им выполняли стандартную премедикацию (атропин+димедрол+сибазон в/м) за 40 минут до операции. В операционной катетеризировали эпидуральное пространство (Перификс ONE 451 18G) на уровне Th7-Th5 в зависимости от объема оперативного вмешательства. Тест-доза лидокаина составляла 40 мг (2,0% раствор). Венозный доступ достигался катетеризацией v.subclavia на стороне операции (Цертофикс Дуо). В дальнейшем осуществлялась инфузия в эпидуральное пространство локального анестетика (фентанил 0,005% 2 мл + адреналина гидрохлорид 0,1% 0,1 мл + раствор наропина 0,2% до 50 мл) при помощи шприцевого насоса. Индукция в анестезию достигалась введением фентанила, сибазона и пропофола. Миоплегия проводилась эсмероном. ИВЛ осуществляли респиратором G.E. Aespire низким потоком. Для поддержания анестезии использовался севофлюран (севоран) в сочетании с эпидуральным введением локального анестетика со скоростью 6-9 мл/час.

Контрольная группа представлена больными в возрасте от 40 до 65 лет. Объем оперативных вмешательств тот же. В качестве анестезиологического пособия была применена тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. Премедикация проводилась стандартная. Индукция в анестезию и миоплегия были аналогичными. Респираторная поддержка осуществлялась тем же оборудованием в режиме нормовентиляции, а поддержание анестезии - дозированным введением пропофола, атарактика и фентанила.

Для оценки эффективности указанных методов анестезии проводился забор крови в наиболее травматичные и физиологически значимые моменты оперативного вмешательств (разрез кожи, торакотомия, лоб- или пульмонэктомия) для определения в сыворотке крови уровня кортизола и инсулина анализатором IMMULISE 1000, а также содержания глюкозы. В результате лабораторных исследований было выявлено следующее:

- гемодинамический профиль при мультимодальной анестезии отличался от профиля традиционной внутривенной анестезии большей стабильностью;
- уровень кортизола в сыворотке крови был ниже в основной группе (389-557 нмоль/л) по сравнению с контрольной группой (586-800 нмоль/л);
- содержание инсулина в сыворотке крови основной группы (2,57-9,88 мкМЕ/мл) значительно отличалось от уровня инсулина (менее 2,00-2,20 мкМЕ/мл) в контрольной группе;
- гликемический профиль в обеих группах был в сравнимых пределах.

Выводы.

Таким образом, мультимодальная анестезия является достаточно надежным методом антистрессорной защиты при оперативных вмешательствах в торакальной хирургии. Стабильный гемодинамический и гликемический профиль при любой анестезии не является достоверным критерием достаточной антистрессовой защиты. Интраоперационный метод определения изменений уровня инсулина в плазме является, по нашему мнению, достаточно объективным критерием адекватности защиты организма от хирургической и анестезиологической агрессии.

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А., Екимовских А.В., Ситников П.Г., Данцигер Д.Г., Романова Т.В.
Филиал ФГБУ «НИИОР» РАМН в г.Новокузнецке
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ МЗ и СР РФ»
МБЛПУ «Городская клиническая больница N1»
г.Новокузнецк, Россия

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМАХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Цель исследования. Изучить состояние функции эндотелия при комах, обусловленных острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. В течение первых 7 суток обследовано 38 человек, находящихся в коме, обусловленной острым периодом ОНМК. I группу составили 20 больных геморрагическим инсультом, средний возраст средний возраст у них составил 56,6±2,3 лет, II группу - 18 человек с ишемическим инсультом, средний возраст - 58,5±2,2 лет. Состояние больных при поступлении расценивалось как крайне тяжелое, и по шкале APACHE II определялось в 18,4±2,2 и 17,8±2,2 баллов, соответственно. Оценка степени утраты сознания проводилась по шкале комы Глазго и в 1-е сутки в I группе составила 7,4±0,8 баллов, во II группе - 7,2±0,8 баллов. Группы были сопоставимы по возрасту, тяжести исходного состояния, срокам поступления. Пациенты I группы не были оперированы в виду отсутствия показаний к оперативному лечению. Иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы Biomedica (Австрия) в сыворотке крови определяли содержание эндотелина 1 (ЭТ-1). Продукцию оксида азота (NO), фактора Виллебранда (vWF) и тромбомодулина оценивали с помощью тест-систем фирмы R&D Systems (США) и Technoclone (Австрия), с использованием комплекта оборудования для ИФА (ридер, вошер, шейкер-инкубатор) фирмы «BioRad»(США).

Результаты и обсуждение. В период с 1-х по 5- е сутки исследования, в I группе определялось достоверное снижение уровня ЭТ-1 с дальнейшим его ростом выше контрольных значений на 7-е сутки. Во II группе секреция ЭТ-1 на протяжении всего исследования определялась нормальной, лишь на 3-и сутки заболевания уровень ее повышался относительно предыдущих суток. В отношении стабильных метаболитов NO на протяжении всех суток исследования в обеих обследуемых группах разницы получено не было. Активность vWF в 1-е сутки исследования регистрировалась в нормальном диапазоне как в I, так и во II группе. К 3-им суткам она возрастала, превышая физиологическую норму в обеих группах больных. При этом во II группе активность vWF определялась достоверно повышенной в сравнении с I группой. На 5-е сутки заболевания в I группе активность vWF снижалась до нормальных значений, тогда как во II группе она сохранялась высокой. На 7-е сутки исследования активность vWF регистрировалась в диапазоне нормальных значений у всех пациентов. Концентрация тромбомодулина в I группе на 1-е сутки регистрировалась в диапазоне нормальных величин, возрастала к 3-им суткам, превышая норму, и к 5-7-м суткам возвращалась в физиологические пределы. Во II группе уже с 1-х суток исследования регистрировалось увеличение концентрации тромбомодулина, и до 5-х суток исследования, отмечался ее статистически значимый рост, лишь к 7-м суткам содержание тромбомодулина снижалось до нормы.

Таким образом, в I группе регистрировался более ранний функциональный ответ эндотелия на возникшую в организме катастрофу в отличие от II группы. На 3-и сутки регистрировалось возможное структурное повреждение эндотелия, подтверждающееся повышением активности фактора vWF и тромбомодулина в сыворотке крови. Во II группе в 1-е сутки развития заболевания значения ЭТ-1 и NO определялись в пределах нормы. В это же время регистрировалось повышение активности фактора Виллебранда и концентрации тромбомодулина, сохраняющееся на одном уровне до 5-х суток исследования.

Такая картина позволяет предположить, что во II группе регистрировалось более раннее структурное повреждение эндотелия при сохраненной функциональной активности.

Выводы.

ОНМК сопровождаются структурно-функциональными изменениями эндотелия.

При геморрагическом инсульте развиваются более ранние функциональные нарушения, а при ишемическом - структурные.

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ

Актуальность проблемы. Операции на легких сопровождаются риском осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Золотым стандартом послеоперационной аналгезии у этих больных стала эпидуральная блокада. Удовлетворительная степень эпидуральной блокады достигается при использовании относительно высоких концентраций местных анестетиков, что нередко приводит к глубокой симпатической блокаде и системных побочных реакций. Применение низкоконцентрированных растворов местных анестетиков не позволяет создать необходимой антиноцицептивной защиты. Поэтому повышение эффективности эпидуральной аналгезии достигается применением различных адъювантов, среди которых наиболее часто используют опиоиды и адреналин.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности адреналина при добавлении его к местному анестетику и опиоиду при эпидуральной аналгезии.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование у 50 пациентов, средний возраст которых составил 42±4,2 года. У всех больных выполнили резекцию легких или пневмонэктомию. В послеоперационном периоде всем больным обеспечили непрерывную эпидуральную аналгезию. Пациенты были рандомизированы на две группы по 25 человек. В основной группе в местный анестетик добавляли адреналин в концентрации 2 мкг/мл, в группе сравнения адреналин не использовался. Оценка адекватности аналгезии проводилась в покое и при кашле с помощью 100 миллиметровой визуально-аналоговой шкалы после восстановления сознания через 3, 6, 12 и 24 часа от начала обезболивания. Оценка частоты и выраженности побочных эффектов была направлена на регистрацию развития кожного зуда, задержки мочи, появления тошноты и рвоты, степени седации.

Результаты исследования. Достоверное снижение интенсивности боли в обеих группах больных по сравнению с исходными данными отмечалось с 3-го часа от начала аналгезии, достигая необходимого уровня к 3 часу в основной группе, и лишь к 12 ему часу после операции в группе сравнения без применения адреналина. Дозы бупивакаина и фентанила, которые потребовались для адекватного контроля над болью в первые 24 часа послеоперационного периода, при использовании в эпидуральной смеси раствора адреналина были достоверно ниже, чем при стандартной методике. Максимальная суточная доза бупивакаина в основной группе составила 217 мг, минимальная 202 мг, в группе сравнения 235 мг и 212 мг соответственно. Наименьший суточных расход фентанила также отмечался в группе, где использовался адреналин.

Максимальная суточная доза эпидурально использованного фентанила у пациентов основной группы составила 332 мкг, минимальная - 308 мкг. В группе, где адреналин не использовался - 360 и 324 мкг соответственно. Применение адреналина также снизило частоту возникновения побочных реакций (кожный зуд, диспептические и дизурические расстройства) по сравнению с группой, где адреналин не применялся.

Выводы.

Таким образом, добавление адреналина в дозе 2 мкг/мл к раствору бупивакаина с фентанилом при эпидуральной аналгезии после оперативных вмешательств на легких позволяет уменьшить суточную дозу местных анестетиков и опиоидных аналгетиков при улучшении качества обезболивания снизить побочные опийиндуцированные эффекты (избыточная седация, тошнота и рвота, кожный зуд).

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

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Цель исследования. Разработка и оценка эффективности комплексной программы периоперационного обезболивания на основе эпидуральной блокады и профилактики дыхательных расстройств при хирургическом лечении больных с большими и гигантскими послеоперационными абдоминальными грыжами.

Материалы и методы исследования. Исследования проводили у 61 пациента в возрасте от 40 до 70 лет, оперированных по поводу послеоперационных абдоминальных грыж. У 785 больных как сопутствующее заболевание было отмечено ожирение. Больные были разделены на две группы: основная группа (n=30) и группа сравнения (n=31).

В основной группе оперативное вмешательство проводили под общим обезболиванием в сочетании с эпидуральной анестезией.

В группе сравнения проводили тотальную внутривенную анестезию с ИВЛ. Послеоперационное обезболивание в основной группе выполняли методом продленной эпидуральной аналгезии с постоянной перфузией 0,2% раствора ропивакаина со скоростью 16,0±4,2 мг/час. В группе сравнения обезболивание проводилось системным применением опиоидных аналгетиков. Функциональное состояние легких в обеих группах оценивали по параметрам кривой поток/объем (FN) форсированного выдоха, которые фиксировались аппаратом FLOWSCREEN PRO (Германия). Определяли жизненную емкость легких, форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за секунду, индекс Тиффно, пиковую скорость выдоха. Прикроватные исследования этих параметров проводили портативным аппаратом SPIROTRON (Германия). Измерение показателей функции легких проводили накануне операции, в 1-4 дни и на 7 день после операции

Результаты исследования. Сравнительный анализ послеоперационной динамики параметров функции внешнего дыхания показал, что ФЖЕЛ в основной группе на 1-2, 2-3, 3-4 и 7-8 сутки после операции была снижена по сравнению с исходными показателями на 59%, 33%, 24% и 2% соответственно, а в группе сравнения на 61%, 54%, 34%, 13% соответственно. Пиковая скорость выдоха на 1-2, 2-3, 3-4 и 7-8 сутки была снижена по сравнению с исходными показателями в основной группе на 68, 84, 86, 97% соответственно, а в группе сравнения - на 61%, 54%, 66%, 87% соответственно. Средний койко-день для пациентов основной группы составил 20 дней, для больных в группе сравнения - 28 дней. Послеоперационные осложнения со стороны органов дыхания в основной группе были отмечены у 3 больных, а в группе сравнения - у 8 пациентов.

Выводы.

Результаты исследования показали, что в группе больных, которым проводилась продленная эпидуральная анестезия, показатели биомеханики дыхания хотя и ухудшались по сравнению с дооперационными, но в меньшей степени, чем у больных, где после операции аналгезия осуществлялась с помощью системного введения наркотических аналгетиков. Кроме того, выявлено, что послеоперационное обезболивание путем дозированной инфузии наропина в эпидуральное пространство снижает риск и частоту развития послеоперационных легочных осложнений и уменьшает сроки пребывания в стационаре.

Кохно В.Н., Локтин Е.М., Сухарева С.О., Флягин Т.С.
МБУЗ Городская клиническая больница N 2
г.Новосибирск, Россия

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ БЛОКАДА СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В настоящее время известны следующие способы анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах на нижних конечностях у пациентов с синдромом диабетической

стопы: внутривенная анестезия, спинальная анестезия, эпидуральная анестезия.

Каждый из перечисленных способов имеет ряд недостатков, например, таких как дестабилизация гликемического профиля в связи с голодом в период послеоперационной подготовки, длительная иммобилизация пациента в раннем послеоперационном периоде, связанная со спинальным и эпидуральным блоком, интраоперационное нарушение гемодинамики от кардиодепрессивного действия местных анестетиков, нарушения ритма, риск развития острого коронарного синдрома.

Нами предложен относительно простой и безопасный способ анестезиологического пособия при оказании хирургической помощи пациентам с диабетической стопой - пролонгированная анестезия седалищного нерва.

Цель исследования. Оптимизация выбора анестезиологического обеспечения больных с гнойно-некротической формой диабетической стопы путем применения блокады седалищного нерва.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование случайным образом включено 107 больных сахарным диабетом, течение которого осложнилось синдромом диабетической стопы. Пациентам производилась пролонгированная блокада седалищного нерва путем установки катетера в периневральное пространство и последующей инфузией местного анестетика (бупивакаин) в течение 72 часов.

Результаты исследования. В течение всей анестезии отмечались стабильные показатели гемодинамики. Не отмечалось развития осложнений. Удовлетворительная оценка анестезии пациентами. Улучшение показателей локального кровотока (плече-лодыжечный индекс) в конечности, на которой производилась блокада. Отмечаются ранние сроки заживления по сравнению с контрольной группой.

Выводы.

При проведении пролонгированной блокады седалищного нерва отмечается более комфортное течение раннего послеоперационного периода, низкий процент осложнений, более эффективное выздоровление. Данный вид анестезии является хорошей альтернативой ранее описанным классическим методам.

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

В настоящее время тяжелые травмы занимают второе место, после сердечно-сосудистых заболеваний, в списке причин смерти людей трудоспособного возраста. Как правило, на госпитальном этапе погибают пострадавшие с политравмой вследствие развития ее осложнений - полиорганной недостаточности. По данным ВОЗ полиорганная недостаточность в раннем послешоковом периоде (3-5 сутки) у пострадавших с политравмой развивается в 27-30% случаев, летальность составляет 32-65%. Важным компонентом интенсивной терапии синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) у пострадавших с политравмой являются экстракорпоральные методы лечения. В настоящее время широкое применение получили методики гемодиализа (диффузионный метод), гемофильтрации (конвективный метод) и гемодиафильтрации (смешанный метод). Предпочтение отдается конвективным методикам, так как их преимущество состоит в удалении субстанций с большей молекулярной массой, включая многие воспалительные медиаторы. Спорным вопросом до сих пор остаются продолжительность и объемы заместительной терапии, а также определение критериев ее начала.

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

Материалы методы исследования. Исследование основано на ретроспективном и

проспективном анализе результатов лечения пациентов с ПОН вследствие политравмы находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ФГБ ЛПУ "НКЦОЗШ" за период 2008-2012 гг. В исследование было включено 38 пациентов, разделенных на две группы. Рандомизацию осуществляли при помощи компьютерной программы с ограниченной базой данных случайных чисел. Нечетные числа соответствовали включению пациента в исследуемую группу - 18 пациентов, четные - в контрольную группу, 20 пациентов. Средний возраст пациентов составлял 38,5±3,8 лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 29/9 (76,3/23,7%) соответственно. В обе группы входили пациенты с политравмой, осложненной развитием СПОН, доминирующим компонентом являлась острая почечная недостаточность (ОПН). Группы сопоставимы по степени тяжести повреждения, по шкале ISS (Injury Severity Score) она составляла 41±1,4 баллов и тяжести состояния, по шкале MOD 19±0,7 баллов (75% вероятность летального исхода). В комплексном лечении СПОН всем пациентам проводился стандартный комплекс интенсивной терапии (респираторная поддержка, инфузионная, антибактериальная, реологическая терапия, по показаниям проводилась коррекция анемии, ацидоза, энтеральное и парентеральное питание) и почечная заместительная терапия. Заместительная почечная терапия проводилась аппаратом АК-200 - ультра (Gambro, Швеция), в режиме вено-венозной гемофильтрации, со средней скоростью кровотока 200-220 мл/мин. Сосудистый доступ осуществлялся путем катетеризации бедренной вены 2-х просветным катетером. Первый сеанс длился 1-2 часа с использованием низкопоточного диализатора с низкой скоростью кровотока. Длительность процедуры постепенно увеличивали до 4-5 часов. Контроль за состоянием пациентов осуществлялся с помощью клинико-биохимического мониторинга, оценивалась основные параметры гемодинамики и диуреза.

В контрольной группе критериями начала почечной заместительной терапии при нарастающей ОПН были: гиперкалиемия $\geq$ 6 ммоль/л, креатинин плазмы $\geq$ 280 мкмоль/л, диурез $\leq$ 20 мл/час. В основной группе выделялись дополнительные критерии для проведения заместительной почечной терапии, позволяющие начинать ее в более раннем периоде развития полиорганной недостаточности. Это - повышение Na^+ > 150 ммоль/л, осмолярность > 300 мосмоль/л, повышение токсичности плазмы по концентрации средних молекул $\geq$1,0. Снижение диуреза $\leq$ 40 мл/час.

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

У 11 пациентов исследуемой группы, для получения аналогичных результатов, потребовалось проведения меньшего количества сеансов гемодиализа и гемодиафильтрации по сравнению с контрольной и составило 8±0,53 процедуры. В данной группе отмечалось более раннее восстановление функции почек - переход в полиурию (14±2 сутки). Летальность в исследуемой группе была ниже и составила 7 человек (38,8% от общего числа больных данной группы).

Выводы.

При политравме, осложненной полиорганной недостаточностью, эффективность почечно-заместительной терапии напрямую зависит от степени водно-электролитных, метаболических изменений и степени токсикоза. Показанием к использованию диализных методов лечения может служить некоррегируемая гипернатриемия (концентрация натрия в плазме крови выше 150 ммоль/л) и гиперосмолярность (выше 300). «Раннее» начало использования диализных методов лечения

Куксинский В.А.

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

РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В комплексе реабилитации инвалидов медицинские вмешательства занимают немаловажное место в осуществлении восстановительных мероприятий с целью устранения или возможно полной

компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья. В частности, к реабилитационным мероприятиям относятся восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивная хирургия, протезирование. Очевидно, что осуществление на современном этапе полноценных восстановительных хирургических вмешательств невозможно без надежного, качественного реанимационно-анестезиологического обеспечения этих мероприятий. Это тем более актуально, что большинство инвалидов помимо заболевания, ставшего причиной инвалидности, имеют ряд сопутствующих патологических состояний, оказывающих неблагоприятное влияние на осуществление комплекса реабилитационных мероприятий.

Обобщен пятилетний опыт реанимационно-анестезиологического обеспечения реконструктивно-восстановительных операций, выделены основные категории пациентов по видам патологии, характеру и объему хирургических реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Наиболее многочисленную группу (50% от всего контингента больных) составили пациенты с артериальной патологией нижних конечностей. У пациентов данной группы более чем в 60% случаев была выявлена сопутствующая патология сердечно-сосудистой, дыхательной систем, явления исходной латентной полиорганной недостаточности. Учитывая наличие сопутствующей патологии с высоким риском декомпенсации, такие больные переводились в отделение анестезиологии-реанимации для предоперационной подготовки, коррекции нарушенных функций органов и систем. В данной группе инвалидов преобладали регионарные методы анестезии (88%), в послеоперационном периоде продолжалась коррекция нарушенных функций, интенсивная терапия, купирование болевого синдрома (в том числе, связанного с фантомными болями).

Следующую группу составили пациенты с повреждением позвоночника и спинного мозга (24%). Данная категория больных характеризовалась водно-электролитными, метаболическими расстройствами, наличием сопутствующей уроинфекции, нередко - наличием трофических нарушений кожных покровов и подкожной клетчатки. Более того, у пациентов с поражением спинного мозга выше среднегрудного уровня отмечались существенные нарушения биомеханики дыхания, что повышало риск дыхательных нарушений в послеоперационном периоде, развития нозокомиальной пневмонии. В 83% случаев инвалидам-спинальникам проводились общие методы обезболивания с управляемой ИВЛ, в ближайшем послеоперационном периоде, по возможности, переводили на спонтанное дыхание, что позволило избежать легочных осложнений, связанных с ИВЛ-ассоциированной инфекцией.

Третью группу пациентов (26%), значимую с точки зрения обеспечения реабилитационного процесса, составили больные с дегенеративными заболеваниями и посттравматическими повреждениями крупных суставов нижних конечностей, которым выполнялись операции тотального эндопротезирования тазобедренного или коленного суставов. Данная группа характеризовалась пожилым и старческим возрастом (до 87% пациентов группы), наличием сопутствующей коронарной патологии, высоким риском тромбоэмболических осложнений. Преимущественно при операциях тотального эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей выполнялись регионарные методы анестезии (96%), с элементами умеренной артериальной гипотонии. Профилактика ТЭЛА осуществлялась использованием низкомолекулярных гепаринов, проведением изоволемической гемодилюции, взвешенным подходом к гемотрансфузиям. Уровень интраоперационной кровопотери был не критичным, однако, в ближайшем послеоперационном периоде отмечались существенные дренажные потери. В связи с этим в первые сутки после подобных операций основной задачей являлось поддержание гемодинамических показателей и коррекции кровопотери.

Таким образом, реанимационно-анестезиологическое обеспечение медицинской реабилитации инвалидов является неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий в системе восстановления способностей инвалидов.

Кураматов Ш.Ю., Норузаков Т.Т., Ахмедова Р.Т.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Острая токсическая энцефалопатия - это осложнение, которое проявляется лихорадкой и внезапно возникающими неврологическими симптомами. Оно может возникнуть у детей с острыми

неспецифическими либо специфическими инфекциями (например, ОРИ) во время самой болезни или в течение 2-х недель после нее, и в любом возрасте - после вакцинации.

Типичная картина включает в себя симптомы раздражения мозговых оболочек, которые характеризуются оглушенностью и спутанностью сознания, чрезмерным беспокойством, эпилептическими припадками, миоклоническими судорогами, атаксией, хореей, повышением ВЧД. При микроскопическом анализе СМЖ обычно изменений не обнаруживается. Некоторые дети, особенно раннего возраста, переносят острую токсическую энцефалопатию без последствий, но в большинстве случаев имеются выраженные остаточные неврологические расстройства, в частности эпилепсия. По данным мировой литературы, по результатам патологоанатомических вскрытий, ни в одном случае не удалось выделить возбудителя из мозга. Бытует мнение, что в основе патогенеза лежит аллергический васкулит.

В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМ за период с 2009 по 2011 гг. отмечалась тенденция к некоторому увеличению данной патологии. Если в 2009 году было 0,7% больных с токсической энцефалопатией от числа всех поступивших детей в отделение, то в 2010 - 0,12%, а в 2011 году - 0,13%. При анализе выявлено, что данный диагноз является, как результатом осложненных ОРИ, так и вакцинации. Изучение анамнеза показало, что беременность и роды протекали с осложнениями. В оказании помощи таким больным чрезвычайно важна своевременная диагностика, поскольку интенсивная терапия может спасти больного. В связи с этим любого ребенка, у которого после многократной рвоты появилась хотя бы сонливость, надо экстренно госпитализировать. В тактике нашего лечения вошло, помимо интенсивной терапии (смесь 10% р-ра глюкозы с 4% р-ом KCl из расчета на кг веса ребенка), неоднократное применение обезболивающих препаратов, спазмолитических средств (но-шпа, платифидин, папаверин) на фоне противовирусной, противовоспалительной (дексаметазон, преднизолон) и противосудорожной терапии (сибазон, ГОМК).

Таким образом, оказание экстренной помощи детям с данной патологией, предупреждение осложнений от таковой во многом зависит от своевременной госпитализации и своевременно начатой интенсивной терапии, адекватного применения обезболивающих и противосудорожных препаратов.

Махмудов Х.А., Усманов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Абдусатторов А.А., Гофуров А.К.

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

ПРИМЕНЕНИЯ ПРОВОДНИКОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Актуальность. Современный этап развития анестезиологии характеризуется интенсивным поиском новых методов и средств анестезии, которые создавали бы не только оптимальный обезболивающий и седативный эффекты, полноценную защиту от чрезвычайных воздействий, оказывая при этом минимальное токсическое влияние на больных, метода анестезии, при этом.

Более того, при использовании многокомпонентного эндотрахиального наркоза используется ряд лекарственных препаратов, которые в наличии не всегда имеются, именно это и позволило нам применить проводниковую, а именно эпидуральную анестезию при экстренных операциях на позвоночнике - грыжах диска выраженным каудальным синдромом.

За последние 9 месяцев нами было проведено 40 анестезиологических пособии при экстренной интерляминоэктомии, из них 13 эндотрахеальный наркоз, 27 эпидуральный. Из результатов видно, что количество эпидуральной анестезии составляет большой процент. По возрастам это составляет от 50-70 лет.

Отбор пациентов происходил с учетом наличия показаний и противопоказаний по общепринятой методике. В качестве местного анестетика нами было использовано два вида анестетика: 2% лидокаин и 0,5% маркаин. В 10 случаях анестетик вводился в эпидуральное пространство одномоментно. А в 17 случаях использован метод длительного введения анестетика через катетер.

При оценке результатов установлено, что в 20 случаях наблюдалась легкая гипотония, в 6 случаях - умеренная гипотония и в 1 случае - с выраженной гипотонией. Все виды гипотоний

устранялись инфузионной терапией без применения вазопрессоров. В одном случае возникло явление полного спинального блока, из-за токсического действия маркаина, для ликвидации, которого потребовалось проведение комплексной реанимационной помощи. Такие виды осложнения: как головная боль, тошнота, рвота в нашей практике не встречались.

Таким образом, мы пришли к выводу, что преимуществом применения проводниковой анестезии при экстренных операциях на поясничном отделе позвоночника являются:

- Простота использования.
- Дешевый вид анестезии.
- Отсутствие легочных осложнений, чем при использовании аппаратно-масочной и эндотрохеальной анестезии.

Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Абдусатторов А.А., Гафуров А.К., Олимов Ш.Т.

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

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ С РЕФОРТАНОМ N ПЛЮС У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

На современном этапе поддержка эффективной центральной и церебральной гемодинамики рассматривается в качестве одного из главных принципов защиты мозга у лиц с острыми травматическими повреждениями головного мозга. Коррекция гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) проводится в основном для профилактики вторичных ишемических повреждений головного мозга, для чего необходимо обязательно поддерживать определенный уровень церебрального перфузионного давления.

Цель исследования. Изучить эффективность восполнения дефицита объема циркулирующей внутрисосудистой жидкости Рефортан N плюсом в процессе проведения противоотечной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 46 пациентов с ТЧМТ, оперированных в первые 6 часов после поступления в ФФРНЦЭМП. Возраст больных от 18 до 58 лет. В реанимационном зале приемного отделения пациентам обеспечены: центральный венозный доступ, инфузионная поддержка изотоническим раствором натрия хлорида, введение в наркоз после в/в инъекции 2 мл 0,1% раствора атропина сульфата, 2 мл 1% раствора димедрола и 400-600 мг тиопентала натрия, интубация трахеи, введение антидеполяризующих миорелаксантов (аркурон 4 мг), зондовая декомпрессия желудка. Коррекция артериальной гипотензии осуществлялась с помощью инфузии дофамина в дозе 6-8 мкг/кг/мин. В приемном покое после поступления обеспечено мультиспиральное компьютерное томографическое исследование головного мозга под наркозом тиопенталом натрия с ИВЛ. После МСКТ больного переводили в операционный блок. ИВЛ проводили аппаратами «Drager-fabius» с использованием 6-7 мл/л кислородной смеси. Наркоз обеспечивался введением тиопентала натрия (до 1 г) и пропофол из расчета 1,5-2,0 мг/кг. Анальгезия обеспечена введением фентанила в дозе 0,005 мг/кг. Для миорелаксации продолжено введение аркурон. Инфузионная терапия проводилась с использованием кристаллоидных и 6% Рефортан - 500 мл. После операции все пациенты доставлены в отделение интенсивной терапии (ОИТ), где им продолжена ИВЛ.

Выводы.

Смысл инфузии гидроксиэтилкрахмала - плазмозаменителей после противоотечных мероприятий состоит в том, чтобы сохранить объем циркулирующей внутрисосудистой жидкости, необходимый для эффективной перфузии головного мозга, улучшить реологию крови и ограничить потерю жидкости в интерстициальный сектор внеклеточного водного пространства. Преимущества имеют коллоидные плазмозаменители на основе гидроксиэтилкрахмала (6 и 10% Рефортан). В условиях инфузии 1000 мл 6% Рефортана и 10% Рефортана плюс, наблюдается стабильность гемодинамических показателей и достоверная положительная динамика артериального кровоснабжения головного мозга. Наилучший эффект отмечен при поддержке объема внутрисосудистой жидкости путем введения 1000 мл 10% Рефортана плюс, при котором наблюдалось достоверное улучшение показателей центральной гемодинамики и мозгового

Мелконян Д.Л., Овсепян Дж.А., Аракелян В.Г.
Медицинский центр «Сурб Аствацамайр» Роддом
г.Ереван, Республика Армения

ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Наиболее показательными параметрами когнитивного статуса пациента являются процессы внимания и памяти. С целью изучения постоперационных когнитивных дисфункций (ПОКД) после различных вариантов кратковременной внутривенной анестезии (КВВА) нами проведено сравнение показателей процессов внимания и памяти на до и послеоперационном этапах, полученных методом психологического тестирования.

Материалы и методы исследования. Исследовано 157 женщин в возрасте 21-37 лет (средний возраст - 27,96) со степенью риска ASA Cl. I и II, которым проведена операция искусственного прерывания беременности на сроке от 4 до 10 недель в условиях КВВА с сохранением спонтанного дыхания. Продолжительность операции 7±4 мин. В зависимости от применяемых препаратов, пациенты распределены на 5 групп:

1. Кетамин (1,5 мг/кг);
2. Кетамин (1 мг/кг) + Диазепам (0,14 мг/кг);
3. Кетамин (1 мг/кг) + Мидазолам (0,03 мг/кг);
4. Пропофол (2 мг/кг);
5. Пропофол (2 мг/кг) + Кетамин (0,35 мг/кг).

Во всех группах препараты вводились однократно, в расчетной дозе. Исследование когнитивных функций проведено методом психологического тестирования с применением следующих методик:

а) процессы памяти - «Узнавание фигур», «Кратковременная память», «Оперативная память»;

б) процессы внимания - «Таблицы Шульте», «Красная и черная таблица», «Кольца Ландольта в модификации Мелконяна Д.Л.»;

в) лабильность нервных процессов - «Критическая частота слияния мельканий (КЧМ)».

Психо-эмоциональный статус оценивался по уровню тревожности, определяемой методикой Тейлора в модификации Немчинова. Исследование проводилось на двух этапах:

1. За 2 часа до операции, и этот этап принимался как исходный, фоновый уровень.
2. Спустя 24-30 часов после операции.

Результаты и обсуждение. Наиболее выраженная ПОКД наблюдается у пациентов, у которых в качестве базисного анестетика применялся кетамин. Психоповреждающий эффект препарата колебался в пределах 32-41%, достигая по отдельным методикам до 55%, что сопровождалось также снижением средних показателей по тесту КЧМ. Наиболее выраженный психоповреждающий эффект выявлен при комбинированном применении кетамина с диазепамом, где ПОКД регистрирована у 40,7% пациенток, из коих у 3,7% изменения носили резко выраженный характер.

Полученные результаты, по видимому, обусловлены потенцированием психоповреждающего эффекта кетамина и бензодиазепинов. Наиболее благоприятными оказались «пропофоловые» группы, где ПОКД колебалась в пределах 11% (моноанестезия пропофолом) - 12,5% (пропофол + микродозы кетамина), при этом резко выраженные когнитивные расстройства наблюдались у 0,3% (моноанестезия пропофолом) - 1,2% (пропофол + микродозы кетамина) исследуемых и проявлялись в основном в нарушении концентрации внимания. Следовательно, применение микродоз кетамина в качестве потенцирующего и анальгетического компонента в дополнение к пропофоловой анестезии не сопровождается значительным нарастанием ПОКД.

Выводы.

Наибольшая безопасность психических функций в условиях КВВА обеспечивается при использовании пропофола. При отсутствии у пациента специальных показаний (гиповолемия и пр.), следует воздержаться от методик, в которых кетамин является базисным препаратом.

Пересторонина М.В., Корпачева О.В., Пальянов С.В., Замиралов К.А.

"Омская государственная медицинская академия
"
БУЗОО КРД N 1
г.Омск, Россия

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО И ГАЗОВОГО СОСТАВА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Актуальность. Основной причиной зависимости новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) от респираторной поддержки является респираторный дистресс-синдром (РДСН). В настоящее время известно, что РДСН разрешается в течение первых двух недель жизни новорожденного. Потребность в более длительной вентиляции может свидетельствовать о наличии других причин поражения респираторной системы, выявление и прогнозирование которых необходимо для планирования и коррекции ведения пациентов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных педиатрического стационара БУЗОО КРД N 1 г.Омска в период 2008-2011 гг. Пациенты были разделены на две группы: первая - с длительностью ИВЛ до 336 часов, вторая - с длительностью ИВЛ более 336 часов, была проведена оценка основных показателей кислотно-основного и газового состава капиллярной крови.

Мониторинг сатурации крови методом проводился пульсоксиметрически; определение кислотно-основного и газового состава капиллярной крови, забор материала проводился при пункции пятки новорожденного дважды в сутки; регистрация данных рентгенологического исследования органов грудной клетки; эхокардиографии.

Статистические методы: критерий ранговых сумм Вилкоксона, критерий X^2 Пирсона для независимых групп. Используемые средства: анализатор EasyBloodGas, прикроватный монитор GUARDIAN BPM-700, ультразвуковой сканер BIOCARE iMage 1.

Результаты исследования. При помощи критерия ранговых сумм Вилкоксона для независимых групп было выявлено статистически достоверное различие в группах исследования по pH и SaO_2. Эти показатели выше в первой группе по сравнению со второй. pH: медиана 7,314 (ДИ 95% 7,283-7,356) и 7,226 (ДИ 95% 7,198-7,294) соответственно, p=0,021. SaO_2: медиана 96,5% (95,2-97,4%) в первой группе и 95,4% (93,3-96,4%) - во второй, 0,046<p<0,057. Не найдено статистически достоверных различий в группах сравнения по pCO_2 и pO_2. pCO_2: первая группа - медиана 49,4 мм рт.ст. (43,3-53,1), вторая - 56,75 мм рт.ст. (40,9-72,5], p=0,271. pO_2: 37,5 мм рт.ст. (36-45) и 38 мм рт.ст. (35-44), 0,689<p<0,764. Используя критерий X^2 Пирсона для независимых групп, показана достоверно большая частота развития пневмонии в группе с длительной зависимостью от ИВЛ. Частота в первой группе - 45%, во второй 87%, разность частот 42±29% (ДИ 13-71%), 0,01<p<0,05, с одной степенью свободы.

Обсуждение. Оценивая тяжесть состояния пациента при поступлении, можно прогнозировать длительность потребности пациентов в респираторной поддержке, при этом достаточно использовать показатели капиллярной крови и SaO_2, что особенно актуально для пациентов с ЭНМТ.

Отсутствие значимых различий по pCO_2, вероятно, связано с относительно легкой его коррекцией при проведении адекватной ИВЛ. Подтверждается предположение о зависимости длительности ИВЛ от присоединения инфекции и развития пневмонии. Однако в группе детей с относительно быстрой экстубацией также выявляются пневмонии, что требует дальнейшего изучения и выявления дополнительных причин и признаков затяжной зависимости от респираторной поддержки.

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

ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ И МИОПАТИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Развитие нервно-мышечных нарушений у пациентов в критическом состоянии (КС) при сроке их пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) от 4 до 7 суток клинически выявляется у 25-35%. При сроке более 7 суток частота развития достигает 60-70%. В случае присоединения сепсиса, полиорганной недостаточности, частота развития полинейропатии (ПНП) и миопатии (МП) достигает 100%. Течение ПНП может маскироваться медикаментозной седацией, миорелаксацией и другими факторами. Восстановление занимает от нескольких недель до нескольких месяцев. Нейрофизиологические признаки ПНП КС могут сохраняться длительно, при тяжелом течении ПНП тетрапарез может быть необратимым.

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

Было обследовано 15 пациентов в КС в возрасте от 19 до 45 лет (26,6±9 лет), находящихся в ОРИТ с диагнозом политравма. Длительность пребывания в ОРИТ 26,6±9 койко-дней. Пациентам проводилась электронейромиография (ЭНМГ): суммарная и стимуляционная ЭНМГ; были обследованы берцовые нервы обеих нижних конечностей. Выполнялось ультразвуковое исследование мышц нижних конечностей для определения толщины мышц и подкожной клетчатки. Обследования проводились в первые 2 дня от момента поступления в ОРИТ и в конце каждой недели. При первичном обследовании в первый день нахождения в ОРИТ нейрофизиологические параметры у всех пациентов соответствовали возрастной норме. При повторном обследовании (через 1 неделю) у 4-х пациентов (27%) признаков ПНП не было выявлено. У остальных (73%) при первом динамическом обследовании и в последующем выявлялись изменения показателей ЭНМГ: снижение амплитуды мышечного ответа (М-ответа) при незначительных изменениях скорости проведения импульса и резидуальной латентности. Более значимые изменения претерпевал малоберцовый нерв. Также наблюдалось прогрессирующее уменьшение толщины выбранных мышц, которое составило около 6% от исходных показателей. Толщина подкожной клетчатки практически не изменялась.

Таким образом, развитие ПНП КС нейрофизиологически мы подтвердили у 73% обследуемых пациентов. Признаки ПНП и МП КС достоверно выявляются методом электронейромиографии уже к концу первой недели пребывания в ОРИТ. Электронейромиография является оптимальным, точным, неинвазивным методом диагностики полинейропатии и миопатия критических состояний на ранней стадии с возможностью динамического наблюдения.

Сайдахмедов И.О., Акбарова М.А., Пулатова Г.М., Таджибаева Г.М.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АЛЛЕРГИИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

На сегодняшний день применение большого числа лекарственных препаратов увеличило частоту аллергических реакций.

Согласно статистическим данным, риск развития аллергических реакций для большинства медицинских препаратов составляет от 1-3%. Среди всех побочных эффектов аллергические реакции составляют 6-10%. У госпитализированных больных в 15-30% случаев развиваются побочные реакции на лекарства. Летальные исходы происходят в 1 из 10000 аллергических реакций. Лекарства служат причиной смерти 0,01% хирургических и 0,1% терапевтических больных.

В центр экстренной медицины с 2002 -2005 гг. поступило: в 2002 году - 100, в 2003 - 95, в 2004 - 111 больных с аллергической реакцией. Из них в 2002 - 30, в 2003 - 25, в

2004 - 26 человек с лекарственной аллергией. Умерло 9 человек (0,09%).

Наиболее часто способствуют развитию лекарственной аллергии пенициллины (природные, синтетические и полусинтетические), цефало-спорины, тетрациклины, макролиды, аминогликозиды, линкомицин, хи-нолоны, сульфаниламиды, анальгетики и другие нестероидные противо-воспалительные средства, барбитураты, производные фенотиазина, местные анестетики, ингибиторы АПФ, белковые препараты и гормоны.

У вышеперечисленных больных, госпитализированных в экстренный центр, причинами лекарственной аллергии были:

1. ампициллин;
2. диклофенак;
3. бисептол;
4. абактал и др.

Особенность больных, поступающих в экстренный центр, - тяжесть состояния из-за поздней диагностики. Несмотря на наличие жалоб больных на высыпания, подташнивание, головные боли и другие симптомы, лекарства не отменяются, больные длительно получают одновременно препараты различных групп, часто не патентованные. Поэтому больные плохо поддаются лечению.

Специалисты экстренного центра наряду с классическими методами лечения планируют использование проточного фильтрационного плазмафереза, который даст возможность снизить смертность от лекарственной аллергии.

Выводы.

1. Для решения вопроса о возможности применения лекарственных препаратов необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

а) тщательный сбор анамнеза;

б) при появлении аллергической реакции прекратить при□м препарата.

2. В связи с тяжестью состояния больных, поступающих в экстренный Центр, рекомендовано использование прогрессивных методов лечения, а именно проточного фильтрационного плазмафереза.

Соловьев А.О., Орлов С.Н., Ефремова С.В.

Клинический онкологический диспансер
"Омская государственная медицинская академия"
г.Омск, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ЭЛАСТОМЕРНЫХ ПОМП В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ

В данной работе обобщен опыт использования одноразовых эластомерных изделий у 124 пациентов, оперированных по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований органов грудной и брюшной полостей.

Актуальность применения данных устройств объясняется отсутствием адекватной антиноцицептивной защиты и реабилитации жизненно важных функций организма в раннем послеоперационном периоде традиционными методами аналгезии (опиоиды, НПВС и т.д.) вне отделения реанимации и интенсивной терапии.

Из указанных 124 пациентов 68 были оперированы на различных этажах брюшной полости, 56 - на легких (объемы вмешательств от резекции доли легкого до пневмонэктомии). В качестве анестезиологического пособия была использована мультимодальная комбинированная анестезия (Е.С. Горобец и авт.) в условиях миоплегии и ИВЛ. Данная методика анестезии разрешена к применению на территории России Росздравнадзором РФ (15.09.2010 г.).

В качестве локального анестетика для введения в эпидуральное пространство использовалась трехкомпонентная смесь, состоящая из ропивакаина (препарат наропин 0,2% раствор фирмы Астра Зенека) 1 мг/мл, раствора фентанила 2 мкг/мл и раствора адреналина гидрохлорида 2 мкг/мл (H. Breivik , G. Niemi).

Введение указанной локальной смеси продолжалось в ОРИТ непрерывно по потребности. Оценка выраженности болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале, а так же по данным лаболаторно-клинических исследований (гликемический профиль, гемодинамические показатели, уровень кортизола и инсулина в плазме). Скорость введения анестетика определялась

эмпирически, и составляла 4-9 мл/час. Довольно большой разброс скорости введения объясняется степенью хирургической агрессии, различным уровнем болевого порога, различной массой пациентов.

В качестве механизма подачи анестетика в эпидуральное пространство использовались насосные станции Б. Браун Спейс.

При переводе пациента в профильное отделение, после обсуждения с лечащим врачом-хирургом, продолжалась мультимодальная аналгезия с использованием эластомерных одноразовых инфузионных помп с регулятором скорости введения. Мы использовали изделия фирмы Tuoren Groop (Cina) объемом 100 мл (варианты скорости инфузии 2/4/6/8 мл/час). Данное изделие имеет «замок» для мгновенного прекращения инфузии. Скорость введения регулируется съемным ключом.

Эластомерная помпа заполняется врачом-анестезиологом с соответствующей записью в истории болезни. После установки скорости инфузии ключ передается лечащему врачу-хирургу. Пациент переводится в ПИТ профильного отделения с рекомендациями по объему и качеству инфузионной терапии, кратности измерения АД, ЧСС.

Даже небольшой опыт применения продленной эпидуральной аналгезии при помощи эластомерных помп вне ОРИТ позволяет отметить следующее:

- отказ от рутинного применения традиционных схем послеоперационной антиноцицепции значительно улучшает качество жизни пациентов, позволяет проводить раннюю активизацию.
- наличие продленной симпатической блокады способствует более раннему восстановлению моторики ЖКТ.
- практически полностью отсутствуют нарушения функции внешнего дыхания, обусловленные «щажением» оперированной области.
- значительно упрощается процесс текущей обработки послеоперационных ран.
- предпочтительнее применение эластомерных помп большего объема.
- удаление катетера из эпидурального пространства должно четко коррелироваться с введением гепаринов.

Умаров О.М., Махмудов Х.А., Исаков А.А., Абдусатторов А.А., Аббосхонов Г.Х., Гофуров А.К.

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

ИНТРАКОРОТИДНОЕ ВВЕДЕНИЕ НИМОДИПИНА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Актуальность. Проблема мозгового инсульта сохраняет свою чрезвычайную медико-социальную значимость, занимая среди причин смертности 2-3 место. В связи с этим многие аспекты, такие как диагностика, методы лечения, реабилитация больных продолжают интенсивно изучаться с помощью современных подходов и технических средств. В последнее время в анестезиолого-реаниматологической практике при острых мозговых инсультах широко используется препарат нимодипин.

Нимодипин - производное дигидропиридина - относится к группе антагонистов ионов Ca^+. В отличие от других антагонистов Ca^+ специфической особенностью нимодипина является его преимущественное действие на сосуды мозга и минимальное влияние на сосудистое русло, препарат легче проникает через гематоэнцефалический барьер.

Наиболее эффективным является начало лечения первые 3-6 ч. Появления первых признаков инсульта («период «терапевтического окна»).

Цель исследования. Провести сравнительное проспективное исследование безопасности и эффективности нимодипина в суточной дозе до 50 мл в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. В ОРИТ ФФРНЦМ в течение 2-х лет нимодипин успешно используется у больных с ОНМК ишемического характера после установки катетера в a.temporalis с дозатором инфузиомат. Внутриартериально нимодипин вводили в начальной дозе 1 мл/ч первые сутки, в последующие сутки - 2 мл/ч. В ОРИТ прошли 155 больных с диагнозом ОНМК ишемического, характера, из них у 50 применялся нимодипин в указанной дозировке

внутриартериально в течение 7-8 суток. В возрасте от 55-65 лет - 15, от 65-73 лет - 25, 73 года и старше - 10.

Результаты исследования. У больных, у которых применялся нимодипин, в общем состоянии и в неврологическом статусе наблюдались более выраженные положительные сдвиги, чем у пациентов, которым нимодипин не назначали. Летальность снизилась до 18%.

Таким образом, внутриартериальное введение нимодипина благоприятно влияет на течение и исход острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Меньшиков А.А., Цеймах Е.А., Бондаренко А.В., Кузнецов С.Ю.
«Алтайский государственный медицинский университет Росздрава»
г.Барнаул, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДВС - СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

В настоящее время многие клиницисты важными и приоритетными в хирургии сочетанных повреждений считают вопросы нарушения системы гемостаза. Существуют мнения, что тяжелая сочетанная травма вызывает настолько существенные изменения в ее функционировании, что в дальнейшем они определяют течение и исход травматической болезни. Характерными для политравм, по мнению ряда исследователей, являются клинические проявления «синдром гемореологической несостоятельности»: тромбозы, тромбоэмболии легочной артерии, инфаркты миокарда, инсульты. Проанализированы результаты лечения 267 больных с тяжелой сочетанной травмой. Клинические проявления данного синдрома выявлены у 50 (18,7%) пациентов: у 29 - тромбозы, у 5 - тромбоэмболии легочной артерии, у 8 - инфаркты миокарда, у 8 - инсульты.

Трансфузии свежезамороженной плазмы остаются базовым и наиболее важным компонентом лечения ДВС - синдрома.

Однако недостатком заместительной терапии свежезамороженной плазмы при ДВС - синдроме является «перегрузка» больных факторами свертывания, в частности, фибриногеном, фибронектином, VIII фактором, фактором Виллебранда, поэтому трансфузии свежезамороженной плазмы необходимо проводить при обязательной гепаринотерапии. В тоже время гепаринотерапия может приводить к «рикошетным» тромбозам, вызывать тромбоцитопению и усиление агрегации тромбоцитов, инициировать усиление коагуляции с возникновением сильных кровотечений, снижать уровень эндогенного гепарина.

Цель исследования. Все вышеперечисленное послужило основанием для использования нами криосупернатантной плазмы для лечения ДВС - синдрома у больных с политравмой. Первые испытания криосупернатантной фракции плазмы в терапии острых и подострых ДВС - синдромов и ее состав изучены В.А. Елыкомовым в Алтайском краевом гематологическом центре (В.А. Елыкомов 1998 г.). Этими исследованиями установлено, что супернатантная фракция плазмы представляет собой препарат с полным набором физиологических антикоагулянтов и компонентов фибринолитической системы, но со сниженной, по сравнению со свежезамороженной плазмой, общей коагуляционной активностью, значительным снижением количества фибриногена, фактора VIII, фактора Виллебранда.

Материалы и методы исследования. Криосупернатантная фракция плазмы применена нами у 48 больных с тяжелой сочетанной травмой, осложненной шоком II-III степени, причем у 12 больных - без прикрытия гепарином. У всех больных ДВС - синдром был документирован положительными паракоагуляционными тестами, тромбинемией, депрессией фибринолиза, уровень фибриногена в крови у всех больных был выше 5,0 г/л. Дозировки вводимой плазмы варьировали от 200 до 500 мл в сутки в течении 5-6 дней. После проведения курса лечения положительный клинический эффект отмечен у всех больных. Нормализовывалось антикоагулянтное звено гемостаза, уровень фибриногена, уменьшилась депрессия фибринолиза. Тромботических и тромбоэмболических осложнений при применении супернатантной фракции плазмы не было. Аллергических реакций при введении супернатантной плазмы не отмечено. Пирогенные реакции, появившиеся у 6-и больных, успешно купированы внутримышечным введением антигистаминных препаратов и анальгетиков.

Выводы.

Таким образом, результаты применения криосупернатантной фракции плазмы у пациентов с политравмой показали, что она может быть использована в комплексной терапии ДВС - синдрома у этого контингента больных, не вызывает тромботических и тромбоэмболических осложнений и по эффективности не уступает свежезамороженной плазме.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Агафонова Н.В., Конев С.В., Милюков А.Ю.
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 КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата являются повреждения таза, которые составляют до 5-10% от общего числа травматологических больных. В структуре политравмы частота повреждений таза варьирует от 30 до 58% (Muller M., Allgower et all., 1990, Rieger H., 1996). Серьезность проблемы заключается в том, что 60-78% получивших данную травму - лица трудоспособного возраста, с преобладанием мужчин. По данным К.К. Нигматуллина в структуре инвалидности в результате последствий травм опорно-двигательного аппарата, удельный вес повреждений таза составляет 40%. По данным В.В. Агаджаняна, В.С. Бабоша, В.Н. Пастернака и др. тяжесть повреждений таза, особенно в сочетании их с другими повреждениями, обусловливают высокую летальность, от 8,5 до 86,3%. 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). Оставаясь методом скрининга традиционные методики рентгенографии таза недостаточно информативны, так, при повреждении задних структур тазового кольца, расхождение диагнозов достигает 55% (Серебрякова С.В., Черемисин В.М., 2003). По мнению Зыряновой Т.Д. диагноз перелома костей таза в 91,4% устанавливается клинически. 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).

Цель исследования. Оценить значимость спиральной компьютерной томографии у пациентов при политравме с подозрением на повреждение костей таза.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты комплексного лучевого исследования, с использованием рентгенографии таза и спиральной компьютерной томографии (СКТ), у 434 больных с повреждениями таза при политравме.

СКТ проводили на аппарате Hi Speed dual (General Electric, USA). Сканирование осуществляли по стандартной программе исследования таза, толщиной среза и шагом томографии 10 мм, подачей стола 15 мм за оборот трубки, при питче 1,5:1. Общее время сканирования составляло от 20 до 30 сек. При этом лучевая нагрузка составляла в среднем от 2,1 до 2,4 мзв. В дальнейшем использовали ретроспективную реконструкцию «сырых» данных с толщиной среза 5 мм и интервалом между спиралями 2,5 мм, в результате чего количество полученных аксиальных изображений увеличивалось в 4 раза, а реконструкции при мультипланарном и объемном рендеринге приближались к изотропическим, то есть имеющим одинаковое пространственное разрешение во всех направлениях. Из вторичных постпроцессинговых реконструкций применяли: мультипланарные реконструкции (MIP) - проекция средней интенсивности (AIP, от англ. Average Intensity Projection), различной толщины (тонкие и толстые MIP) как наиболее применимых в травматологии и ортопедии, позволяющих на суммационном СКТ изображении детальнее визуализировать линии перелома костей и положение металлоконструкций; объемный рендеринг - 3D визуализация СКТ данных, результатом которого возможно представление на одном объемном изображении тканей с разной плотностью разным цветом с регулируемой степенью прозрачности. Постпроцессинг изображений значительно расширил возможности СКТ-диагностики и визуального представления информации. Планиметрические измерения в многообразии полученных реконструкций позволяли планировать тактику и метод оперативных вмешательств.

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 таза было показано, что

при проведении спиральной компьютерной томографии количество повреждений как в области заднего, так и в области переднего полукольца было зарегистрировано выше, чем при обзорной рентгенографии. При этом следует отметить, что если различия диагностики повреждений в области переднего полукольца не столь выражены (дополнительно обнаружено 6% повреждений), то в области заднего полукольца они существенны - разница достигала 54,2%. Различия в диагностике повреждений вертлужной впадины составили 41,4%, головки бедренной кости - 56,7%. Иными словами больше половины повреждений тазового кольца (60,2%) и от 40% до 60% повреждений тазобедренного сустава не было зарегистрировано при анализе обзорной рентгенограммы таза. Клинический диагноз повреждения таза, выставленный на догоспитальном этапе, был подтвержден методом СКТ у 90,5% пациентов.

Так же необходимо отметить, что только сам факт наличия повреждения, не способен задать правильное начальное направление в выборе лечения, большое значение имеет детализация травмы по степени стабильности. Соответствие оценки тяжести повреждений (по шкале тяжести травм ISS) и тяжести состояния пострадавшего (по шкале APACHE III) способствует адекватной тактике оказания последовательной дифференцированной медицинской помощи в необходимом объ□ме восстановления повреждений и, соответственно, адекватной оценке динамики течения травматической болезни.

Факторы, сопровождающие проведение рентгенографических исследований таза:

- финансовые затраты: стоимость проекции рентгенографии таза х количество пациентов за анализируемый промежуток времени, с увеличением затрат в 3-4 раза, при рекомендуемых европейскими станадартами многопроекционных исследований;
- лучевая нагрузка при проведении однопроекционной рентгенографии таза составляет 2,2 мзв., с увеличением дозы облучения до 6,6-8,8 мзв. при многопроекционном исследовании;
- стандарт времени выполнения однопроекционной рентгенографии таза 10 минут, в соответствии с приказом N 132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики».

Выводы.

При получении объективной оценки повреждений таза у пациентов при политравме посредством СКТ, проведение рентгенографии таза бесполезна. Отказ от проведения рентгенографического исследования у пациентов при политравме с подозрением на повреждение таза, в условиях стабильной гемодинамики, позволяет экономить средства без вреда для здоровья пациента, снизить лучевую нагрузку и уменьшить время диагностического процесса.

Агафонова Н.В., Конев Е.В., Ишуткин И.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.

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

МРТ ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 0,2 ТЛ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ТОМОГРАФА

Актуальность. Коленный сустав травмируется у людей достаточно часто: на его долю приходится около 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижней конечности. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности. Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений коленного сустава является точность диагностики существующих изменений, особенно на ранних стадиях заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса. Несовершенство и несвоевременность диагностики повреждений структур коленного сустава и, как следствие, неправильное лечение в 45-75% случаев приводят к развитию различных форм и степеней его нестабильности, дегенеративно-дистрофических изменений в нем, что сопровождается стойкой инвалидизацией пострадавших. Внедрение МРТ в широкую клиническую практику позволило значительно расширить возможности лучевой диагностики заболеваний костно-суставной системы. Основными достоинствами МРТ являются возможность непосредственной визуализации и одномоментной оценки состояния синовиальной оболочки, суставного хряща, фиброзно-хрящевых структур, костей и параоссальных мягких тканей.

Цель исследования. Оценить возможности 0,2 Тл магнитно-резонансного томографа в выявлении повреждений менисков и связочного аппарата коленного сустава.

Материалы и методы исследования. За период с 2008 по 2010 годы нами было проведено магнитно-резонансных исследований у 153 пациентов с подозрением на повреждения мягкотканых структур коленного сустава, в возрасте от 18 до 50 лет, с давностью травмы от 1 недели до года. Было обследовано 92 мужчины (60%) и 61 женщина (40%). Всем больным была проведена магнитно-резонансная томография, которая выполнялась на аппарате «Signa Profile» фирмы General Electric с напряженностью магнитного поля 0,2 Тл, в режимах Т1, Т2 и Т2 с подавлением сигнала от жировой ткани, в аксиальной, сагиттальной и коронарной плоскостях.

Результаты исследования. Среди выявленных травматических повреждений мягкотканых элементов коленного сустава доминировали разрывы медиального мениска, наблюдавшиеся у более половины обследованных пациентов - 120 случаев (78,4%), на втором месте по частоте располагались разрывы передней крестообразной связки - 54 (35,3%) случая. Повреждения задней крестообразной связки наблюдались у 11 пациентов (7,2%), большеберцовой коллатеральной связки у 38 (24,8%), малоберцовой коллатеральной связки у 17 (11,0%), латерального мениска у 18 (11,7%), поддерживающих надколенник связок у 12 (7,8%) пациентов, собственной связки надколенника у 2 (1,3%), Субхондральные переломы суставных поверхностей мыщелков бедренных и большеберцовых костей наблюдались у 32 (22,8%) пациентов, трансхондральные переломы мыщелков и надколенника - у 9 (5,9 %), перелом мыщелков бедренной и большеберцовой костей у 12 (7,8%) пациентов. Контузионный отек костного мозга субхондральных отделов суставных поверхностей мыщелков бедренной и большеберцовой костей наблюдался у 90 обследованных (58,8%). У 30 (19,6%) пациентов повреждения менисков и связочного аппарата носили изолированный характер, сочетанные повреждения встречались в 123 (80,4%) случаях.

Выводы.

Использование низкопольного магнитно-резонансного томографа у пациентов с травмой коленного сустава позволяет выявить прямые и косвенные признаки повреждений мягкотканых структур, хрящевых суставных пластинок, менисков и костей коленного сустава, акцентируя внимание врача при проведении эндоскопии сустава на детальное изучение повреженных структур.

Агафонова Н.В., Конев Е.В., Ишуткин И.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.

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

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Актуальность. Травма шейного отдела позвоночника по своей распространенности и частоте неблагоприятных исходов представляет собой одну из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем, встречается в 2-4,6% случаев от числа закрытых травм. По данным отечественных авторов, травмы шейного отдела наблюдаются в 8-9% случаев, грудных - в 40-46%, поясничных - в 48-51%. Приводя к глубокой инвалидности, травма шейного отдела позвоночника тяжелейшим образом отражается на жизни пациента, его семьи и всего общества. В основном речь идет о молодых людях - средний возраст получивших травму 15-35 лет. Чаще страдают мужчины. Основными причинами травмы являются дорожно-транспортные происшествия и ныряние. Повреждение спинного мозга при травме шейного отдела в 45-60% наблюдений сопровождается грубыми неврологическими расстройствами в виде тетраплегии, нарушений чувствительности и функции тазовых органов, чуть меньше по сравнению с грудным и поясничным отделами. Летальность при повреждении шейного отдела позвоночника, по данным разных авторов, составляет 15-50% и зависит от уровня повреждения.

Цель исследования. Оценить целесообразность проведения МРТ при травме шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты обследования 28-ми пациентов, перенесших травму шейного отдела позвоночника различной степени тяжести, проведенных в период 2010-2011 гг. Женщины составили - 7 человек (25%), мужчины - 21 человек

(75%). Возраст пострадавших составил от 21 до 50 лет. Срок давности полученной травмы от 1 до 10 суток. Из лучевых методик проводились стандартная спондилография в двух проекциях (28 пациентам), спиральная компьютерная томография (28) с последующей реконструкцией изображений, магнитно-резонансная томография (10) с применением Т1 и Т2 режимов.

Результаты исследования. При проведении стандартной спондилографии травматические изменения определялись у 17 (60%) пациентов. У 11 (40%) выявлялись компрессионные переломы в виде клиновидной деформации тел позвонков со снижением высоты тела, а также с снижением высоты межпозвонковой щели. У одного обнаружен перелом зубовидного отростка, со смещением. У 6 (21%) пациентов определялся компрессионный перелом тел позвонков с отрывом переднего края тела. У 8-х (28%) пациентов был выявлен передний подвывих позвонков, с стенозированием просвета позвоночного канала в 4 случаях. У 9 (32%) пациентов имелась кифотическая инверсия позвоночника. Листезы позвонков выявлялись у 5 (18%) пациентов.

При проведении спиральной компьютерной томографии результаты рентгенографии подтверждены у всех пострадавших, дополнительно были выявлены линейные переломы тел позвонков у 4-х (14%) пациентов, переломы суставных отростков у 6-х (21%) , что не визуализировалось на стандартных рентгенограммах. Также дополнительно диагностировалось смещение костных фрагментов в полость позвоночного канала у 5-х (18%) пациентов.

С целью уточнения характера изменений в спинном мозге, мягких тканях шеи, при несогласованности неврологической симптоматики и полученных данных, 10 (35%) пациентам была проведена магнитно-резонансной томографии, при которой были выявлены: контузионные изменения выше- и нижележащих позвонков у 8 (28%) пациентов; очаги ушиба спинного мозга у 6-х (21%); травматический разрыв задней продольной связки с грыжей межпозвонкового диска, с компрессией спинного мозга в 7-х (25%) случаях; признаки повреждения паравертебральных мягких тканей у 4 (14%) пациентов.

Таким образом, пациентам с травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника, при подозрении на повреждение спинного мозга, межпозвонковых дисков, паравертебральных мягких тканей, целесообразно проводить в комплексе с рентгенологическими методами диагностики магнитно-резонансную томографию.

Агафонова Н.В., Стенникова Ю.А., Конев С.В.

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

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Актуальность. Политравма характеризуется высокой до 40% летальностью, инвалидностью до 43,4% и длительными сроками нетрудоспособности (Корнилов Н.В. и др., 1999). На долю пострадавших при политравме приходится до 28% от общего числа травматологических больных, с преобладанием лиц трудоспособного возраста. В настоящее время лучевая диагностика составляет один из наиболее значимых компонентов помощи больным с политравмой. Традиционная рентгенография остается методом первичной диагностики у пациентов с политравмой, но, в то же время, она имеет низкую чувствительность и специфичность, особенно у пациентов, находящихся в критическом состоянии. При этом возрастает роль спиральной компьютерной томографии, которая позволяет в минимальные сроки осуществить диагностику всех повреждений при политравме и определить лечебную тактику.

Цель исследования. Оценить возможности компьютерной томографии и традиционной рентгенографии в выявлении травматических повреждений у пациентов с политравмой в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования. За 2011 г в отделении лучевой диагностики ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» обследовано 110 пациентов с политравмой. Среди них было 44 (40%) женщины и 66 (60%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 33,2 г. Наибольшее количество пациентов - 84 (76,4%), было доставлено в течение 2-4 часов от момента получения травмы.

Дорожно-транспортный травматизм составил 71% (78 пациентов), производственный травматизм - 14,5% (16 пациентов) и кататравма - 14,5% (16 пациентов). Лучевые методы исследования проводились на стационарных рентгеновских аппаратах Compax, Prestilix 1600X, передвижном AMX 4 и спиральном компьютерном томографе (СКТ) Hi Speed Dual (General Electric), Исследования проводили в рентгенологическом отделении, реанимационном отделении и в операционной. Всего было выполнено 389 (100%) рентгенологических исследований и 157 СКТ (100%) исследований. Распределение исследований по анатомическим областям представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение исследований по анатомическим областям

	24 (15,2%)	53 (33,8%)	73 (18,8%)	52 (33,1%)	8 (5,1%)	86 (22,1%)	50 (12,9%)	5 (3,2%)
	63 (40%)	22 (14%)	20 (12,7%)	45 (28,7%)	7 (4,5%)	-	-	-

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

1 группа - 42 (38,1%) пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой;
2 группа - 29 (26,4%) пациентов - с повреждением костей таза;
3 группа - 17 (15,5%) пациентов с преобладающей торакальной травмой;
4 группа - 11 (10%) пациентов с преобладающей спинальной травмой;
5 группа - 11 (10%) пациентов, с преобладающей абдоминальной травмой.

При рентгенологическом исследовании пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой у 12 (28%) пациентов были выявлены переломы костей свода черепа, у 6 (14%) пациентов - перелом скуловой кости. При СКТ-исследовании дополнительно у 6 (14%) пациентов были выявлены переломы костей свода черепа, не выявленные на рентгенограммах, у 8 (19%) пациентов - перелом основания черепа, у 7 (16,6%) пациентов - перелом костей лицевого скелета, у 7 (16,6%) пациентов - гемосинус, у 29 (69%) пациентов - ушиб головного мозга, у 3 (7%) пациентов - субдуральная гематома, у 1(2,3%) пациента - эпидуральная гематома, у 2 (4,7%) пациентов - внутримозговая гематома. Всем пациентам данной группы проводилась СКТ органов грудной клетки, по результатам которой, у 10 (23,8%) пациентов был выявлен ОРДС - 1 ст., у 15 (35,7%) пациентов - ОРДС 2 ст., у 9 (21,4%) пациентов - ОРДС 3 ст., у 5 (12%) пациентов - аспирационная пневмония, у 3 (7%) пациентов - ателектаз легкого.

В группе пациентов с повреждением костей таза, по данным рентгенологического исследования у 2 (6,8%) пациентов были выявлены переломы подвздошной кости, у 2 (6,8%) пациентов - перелом боковых масс крестца, у 17 (58,6%) пациентов - переломы лонной кости и седалищной кости, у 4 (13,7%) пациентов - разрыв лонного и крестцово-подвздошных сочленений, у 4 (13,7%) пациентов - перелом дна вертлужной впадины. При СКТ-исследовании дополнительно к диагностированным повреждениям у 2 (6,8%) пациентов был выявлен разрыв крестцово-подвздошных сочленений, у 2 (6,8%) пациентов - перелом дна вертлужной впадины, у 2 (6,8%) пациентов - перелом боковых масс крестца, у 6 (20,6%) пациентов - забрюшинные гематомы.

В группе пациентов с преобладающей торакальной травмой, при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, у 17 (100%) пациентов выявлены переломы ребер, которые у 13 (76,4%) пациентов сочетались с ушибом легкого, у 9 (53%) пациентов - с пневмотораксом и гидротораксом. При СКТ-исследовании дополнительно к диагностированным повреждениям у 5 (29,4%) пациентов был выявлен ОРДС 1 ст., у 9 (53%) пациентов - ОРДС 2 ст., у 3 (17,6%)

пациентов - ОРДС 3 ст., у 2 (11,7%) пациентов - пневмомедиастинум, у 1 (5,8%) пациента - аспирационная пневмония.

В группе пациентов с преобладающей спинальной травмой, по результатам рентгенологического исследования были выявлены повреждения шейного отдела позвоночника: у 5 (45,4%) пациентов - компрессионный перелом перелом тела позвонка, у 4 (36,3%) пациентов - компрессионно-оскольчатый перелом тела позвонка, у 2 (18%) пациентов - фрагментированный перелом тела позвонка, у 2 (18%) пациентов - перелом остистого отростка позвонка. При СКТ-исследовании дополнительно у 2 (18%) пациентов был выявлен стеноз позвоночного канала за счет смещенных костных фрагментов, у 4 (36%) пациентов - перелом дуг и суставных отростков позвонков. При рентгенологическом исследовании грудного отдела позвоночника, у 6 (54,5%) пациентов был выявлен компрессионный перелом тела позвонка, у 5 (45,4%) пациентов - компрессионно-оскольчатый перелом тела позвонка, у 5 (45,4%) пациентов - перелом поперечных отростков позвонков. При проведении СКТ-исследования дополнительно у 3 (27,2%) пациентов - перелом дуг позвонка, у 2 (18%) пациентов - перелом суставных отростков позвонка, у 2 (18%) пациентов - перелом остистых отростков, у 4 (36%) пациентов - перелом поперечных отростков.

При рентгенологическом исследовании поясничного отдела позвоночника, у 6 (54,5%) пациентов был выявлен компрессионный перелом, у 7 (63,6%) пациентов - компрессионно-оскольчатый перелом, у 6 (54,5%) пациентов - перелом поперечных отростков позвонка, у 5 (45,4%) пациентов - перелом остистых отростков позвонка. При СКТ-исследовании дополнительно у 2 (36%) пациентов выявлен перелом дуги позвонка, у 2 (36%) пациентов - перелом суставных отростков позвонка, у 1 (9%) пациента - разрыв межпозвонкового диска.

У пациентов с абдоминальной травмой обзорная рентгенография была не информативной, поэтому всем пациентов выполнялась СКТ брюшной полости с внутривенным болюсным введением контрастного препарата. Методом СКТ было выявлено у 2-х (18%) пациентов повреждение печени в виде субкапсулярной гематомы и локального размозжения печеночной ткани. Ушиб почек выявлен был у 2 (18%) пациентов в виде разрыва капсулы почки и паранефральной гематомы с тромбозом почечной артерии. Повреждение селезенки в виде разрыва, пропитывания паренхимы кровью и субкапсулярной гематомы выявлено было у 3-х (27%) пациентов. У 2 (18%) пациентов - был диагностирован разрыв купола диафрагмы. У всех пациентов, обследованных методом СКТ имели место признаки гемоперитонеума. При абдоминальной травме

Выводы.

1. Комплексное применение методов лучевой диагностики у пациентов при политравме в раннем посттравматическом периоде позволяет получить более полное представление о степени тяжести повреждений, снижает количество диагностических ошибок и определить тактику хирургического лечения.

2. Для диагностики травматических повреждений у пациентов с политравмой в раннем посттравматическом необходимо проводить компьютерно-томографическое обследование для выявления всех травматических повреждений.

3. Методика СКТ - должна быть «золотым стандартом» в диагностике характера и объема повреждений органов и систем при политравме, а мультипланарные и 3D реконструкции СКТ позволили планировать тактику и метод оперативных вмешательств.

Акбарова М.А., Арслонов М.А., Тапвалдиев Н.А., Юлдашев А.Х.
Ферганский государственный университет
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ С ТРАВМАМИ ТАЗА

Реабилитационное лечение спортсменов с травмами таза имеет свои особенности, учитывающие не только характер повреждения, но и их высокую физическую подготовленность, а также спортивную специализацию.

Под нашим наблюдением находились проходившие реабилитационное лечение 26 больных спортсменов с различными видами повреждений таза.

Лечение делится на три этапа: иммобилизация, восстановление функций нижних конечностей, восстановление общей трудоспособности.

Основные задачи первого периода: нормализация психо-эмационального состояния спортсмена; улучшение крово- и лимфообращения травмированной области; снижение болевого синдрома; активизации репаративных процессов в зоне перелома; предупреждение осложнений (пневмоний, пролежней и т.п.); профилактика мышечной атрофии, тугоподвижности суставов; включение элементов ранней тренировки опорной функции конечностей.

Длительность этого периода различна и определяется характером перелома и особенностями регенеративных процессов, а также состоянием других органов и систем. В первые дни после травмы по мере стихания болей и при удовлетворительном состоянии пациента назначается комплекс энергичных упражнений для суставов верхних и нижних конечностей 2-3 раза в день. В последующие 8-10 дней проводятся дыхательные упражнения грудного типа, активизирующиеся за счет увеличения их количества и глубины.

Упражнения общетонизирующего характера начинаются с периферии (голеностопные, коленные, а затем и тазобедренные суставы) неповрежденной конечности, они оказывают благотворное реперкуссивное влияние на трофику травмированной конечности. В последующие 12-15 дней увеличиваются амплитуда и количество движений в суставах верхних и нижних конечностей, свободных от иммобилизации, значительно возрастает и количество повторений; назначаются активные движения для пальцев и голеностопного сустава травмированной конечности.

Учитывая, что у всех 26 спортсменов со сложными переломами костей таза в связи с длительным нахождением на постельном режиме наступила атрофия мышц тазового пояса и нижних конечностей, с 10-12-го дня назначалось ритмическое и длительное изометрическое напряжение этих мышц до 5-7 секунд, оптимальное количество повторений - 10-12 раз.

Второй этап реабилитации начинается через 6-8 недель псоле травмы. В этом периоде, по мере наступления костной регенерации, в зоне перелома, установленной во время контрольного рентге-нологического обследования, назначаются упражнения, направленные на устранение контрактур в суставах нижней конечностей, а также общеукрепляющие упражнения для всех мышечных групп верхних и нижних конечностей, брюшного пресса и мышц спины.

Одновременно больных обучают правильному поворачиванию на бок, назначается комплекс упражнений лежа на животе. Второй период длится от 6-8 месяцев до полутора лет с момента травмы (в зависимости от ее характера, степени нарушения анатомических образований и остаточной деформации таза, различных осложнений).

Завершается этот период полным восстановлением функционального состояния нервно-мышечного аппарата и суставов ног; при отсутствии жалоб и хорошем общем состоянии встает вопрос о переводе спортсмена на третий, заключительный, этап спортивной реабилитации.

Основной задачей этого этапа является восстановление функционального состояния сердечно-сосудистой системы до исходного уровня, а также скоростно-силовой выносливости и нарушенной координации движений. Поставленные задачи решаются благодаря выполнению беговых, спортивно-восстановительных, имитационных и, в последнюю очередь, специальных упражнений и технических приемов.

Афанасьев Л.М., Цегельников М.М., Власова И.В.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСВЕЖИМИ СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НА УРОВНЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Травма верхней конечности является тяжелой социальной проблемой. От 40 до 70% травм опорно-двигательной системы составляют травмы верхней конечности. Сочетанные повреждения сосудов, нервов и сухожилий 36-44%.

Пациентов с сочетанным повреждением сосудов, нервов, сухожилий в условиях неспециализированных отделений оперируют в отдаленном, так называемом «холодном» периоде, восстановление же сосудов, как правило, не производят. Это в свою очередь приводит к фиброзу тканей, восходящему и нисходящему тромбозу сосудов на большом протяжении, мышечной дегенерации при повреждении нервов, увеличению процента гнойных осложнений. Как итог - тяжелые реконструктивные оперативные вмешательства. Все это и явилось причиной проведения исследования, целью которого является доказать возможность проведения и необходимость выполнения одномоментного восстановления поврежденных сосудов, нервов и сухожилий при их сочетанном несвежем повреждении на уровне предплечья.

Материалы и методы исследования. Пациенты основной группы 18, группы сравнения 20 человек. Пациенты обеих групп в результате различных травм получили сочетанные повреждения сосудов, нервов и сухожилий и / или мышц на уровне предплечья. Пациенты основной группы поступали к нам из других городов, где им уже была проведена первичная хирургическая обработка ран. Данные пациенты были прооперированы у нас экстренно повторно от 3 до 21 дней после травмы. Пациентам контрольной группы оперативные вмешательства проведены в нашем отделении в первые сутки после травмы.

Характеристика основной группы: мужчин - 15, женщин - 3. Средний возраст - 37±5. Характеристика группы сравнения: мужчин - 12, женщин - 8. Средний возраст - 39±6.

Пациентов обследовали в отдаленные сроки после оперативного вмешательства: сбор жалоб, анамнеза заболевания, осмотр локального статуса, определение функции сегментов в отдаленном периоде - объем движений в суставах, сила мышц в баллах и килограммах при обследовании кисти. Кроме того выполнялась термометрия, холодовая проба.

После клинического обследования проводили дуплексное сканирование сосудов с определением объемной скорости кровотока.

По результатам обследований у пациентов из основной группы восстановление нормального уровня температуры при проведении холодовой пробы 21±1,5 мин. Объемная скорость кровотока 2,7±1,02 мл/мин., данные термометрии - 29,3±1,7°.

Результаты группы сравнения. Восстановление нормального уровня температуры при проведении холодовой пробы 20,5±1,4 мин. Объемная скорость кровотока составила 2,51±1,2 мл/мин. Термометрия - 30,1±1,9°. Статистически значимых различий по результатам обследований между группами не выявлено ($p<0,01$).

Из осложнений: поверхностный некроз кожных покровов в области швов пациентов основной группы - 2, группы сравнения - 1. Все осложнения были связаны с механизмом первичной травмы. Гнойных осложнений не было.

Выводы.

Использование всего комплекса профилактики гнойно-септических осложнений, одномоментное восстановление всех структурных образований, а именно сухожилий, нервов, артерий у пациентов с несвежими сочетанными повреждениями на уровне предплечья позволяет получить результат, аналогичный результату лечения пациентов со свежими повреждениями.

Афанасьев Л.М., Исаев Е.А.

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

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Проблема лечения больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей верхней конечности является одной из наиболее актуальных в травматологии. С увеличением количества высокоэнергетических травм возросло число тяжелых повреждений верхних конечностей. Травма верхней конечности составляет 40-58% всей травмы опорно-двигательного аппарата.

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.), зарубежных источников 14-40% (Patzakis M.G., 2003 г.; Perry D.J. et al.., 1985 г.).

Вопросы выбора методики остеосинтеза, а также сроков его выполнения до сих пор являются одними из важных нерешенных аспектов данной проблемы.

Цель исследования. Доказать возможность использования первичного накостного остеосинтеза в лечении больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей верхних конечностей.

Исследование основано на анализе лечения 106 больных, пролеченных в нашем отделении в период с 1999 г. по 2011 г. с открытыми переломами 132 длинных трубчатых костей верхних конечностей, вызванными различными травмирующими факторами. Основная группа 51 пациент, оперированные методом первичного накостного остеосинтеза. Контрольной группой служили 55 пациентов, у которых остеосинтез костных отломков был выполнен аппаратами внешней фиксации различных компоновок.

Все пациенты были трудоспособного возраста от 21 до 55 лет, средний возраст составил 38 лет.

Не осложненных переломов (без повреждения других структур) было 80, открытых переломов с повреждением сухожилий, мышц, сосудов, нервов, в том числе травматических ампутаций 26. Преобладает производственный травматизм 65%, большинство травмированных составили лица тяжелого физического труда. Основными причинами травматизма были дорожно-транспортные происшествия, бытовой и производственный травматизм.

По локализации переломы распределились следующим образом. В исследовании использовали международную классификацию переломов ASIF/AO. Преобладающими видами повреждений были диафизарные переломы типа А2 и А3 - 91 случай.

В ходе сравнительного анализа результатов лечения двух указанных групп пациентов использовались клинический, рентгенологический, бактериологическое исследование раны, электронейромиография.

Анализ нашего клинического материала показал, что опасения, связанные с высоким риском развития гнойных осложнений после накостного остеосинтеза открытых переломов, являются необоснованными при условии использования всего комплекса мер профилактики - качественная первичная хирургическая обработка, атравматичная техника хирурга, работа в мокром поле, тщательный гемостаз и дренирование, адекватная антибактериальная терапия, позволило нам в 100% случаев избежать серьезных гнойных осложнений у больных основной группы. Только у одного пациента из 41 пролеченных накостным остеосинтезом наблюдалось поверхностное нагноение мягких тканей. Проведенный ретроспективный анализ историй болезни пациентов контрольной группы выявил 20 случаев развития послеоперационных осложнений в виде поверхностного и глубокого нагноения мягких тканей и 3 случая спицевого остеомиелита.

Стабильная фиксация костных отломков пластинами позволила сократить сроки внешней иммобилизации у пациентов основной группы и начать проведение разработки движений в оперированном сегменте в среднем с 7-10 суток вне зависимости от локализации перелома,

что способствовало восстановлению периферического кровотока конечности.

Выводы.

Первичный накостный остеосинтез при открытых переломах длинных трубчатых костей верхних конечностей возможен с соблюдением всего комплекса мер профилактики инфекции.

При открытых переломах длинных трубчатых костей верхних конечностей первичный накостный остеосинтез сокращает сроки лечения, уменьшает расходы на лечение, способствует улучшению конечных результатов.

Баковский В.Б., Головкин С.И., Журавлева И.А., Семенова Е.М., Ващенкова Т.А., Килочек Т.К.

МБУЗ Детская городская клиническая больница N 5
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ОБОСНОВАНИЕ РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Результаты лечения детей с сочетанной и множественной травмой во многом зависят как от метода остеосинтеза, так и от времени его проведения.

Цель исследования. Определение оптимального времени остеосинтеза при сочетанной и множественной травме у детей на основе показателей маркеров скрытых органных нарушений: белка S100 и цистатина С.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты проспективного когортного двойного слепого исследования показателей белка S100 и белка Цистатина С у 52 детей с сочетанной и множественной травмой. При поступлении в программу комплексного обследования (центральная гемодинамика, биохимия, изоферменты) включали исследование белка S100 - маркера активации астроглии в первые минуты травматического повреждения мозга и белка цистатина С - чувствительного маркера скорости клубочковой фильтрации и ранней почечной дисфункции. Оценку значений обоих маркеров на первые сутки проводили с интервалом 5-6 часов, далее - на вторые, третьи, четвертые и шестые сутки после травмы. Использовали набор для количественного определения белка S100B в сыворотке крови (норма: 15,9 -90 нг/л) иммуноферментным методом Кат. N 708-10 и набор для определения цистатина С человека в сыворотке крови (норма: 670-1070 нг/мл) методом ИФА Кат. N RD191009100.

Уровень маркеров изучен в трех группах. В первой было 18 детей с доминирующей скелетной травмой (ДСТ), где все переломы по классификации АО соответствовали В и С типам, присутствовали моно- и полисегментарные повреждения. Дети с доминирующей черепно-мозговой травмой (ДЧМТ) составили вторую группу из 17 больных с ушибами головного мозга всех степеней тяжести в сочетании с переломами костей конечностей, которые по классификации АО соответствовали А и В типам. Третью группу составили 13 детей с множественной скелетной травмой, у которых были переломы 2-х или более сегментов конечностей по тяжести соответствующие А-В, А-С или В-С типам по классификации АО. Дополнительно обследованы 4 пациента с тяжелой политравмой с клинически явными органными нарушениями.

Группу исключения составили случаи травм паренхиматозных органов, кишечника, почек с продолжающимся кровотечением, осложненной травмы позвоночника.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1 и Microsoft Office XL (лицензионное соглашение BXXR006B092218-FAN11).

Значение белка S100 в первые часы травмы 292 (235,4-358,4) нг/л у детей с ДЧМТ и 204,1 (163,1-282,7) нг/л у детей с ДСТ при исходном уровне в обоих группах цистатина С 839,8 (783,3-873,2) нг/мл и отсутствии значимого увеличения всех показателей в последующие часы и сутки, свидетельствовало о наличии функциональных полиорганных нарушений. В этих случаях отдавали предпочтение раннему остеосинтезу (1-3 сутки).

Результаты исследования. При значениях белка S100 от 312,2 нг/л до 1966,3 нг/л с последующим 2-х и более кратным увеличением в течение последующих 3-х суток при 2-х и более кратном с уровня 832 нг/мл увеличении цистатина С, диагностированы тяжелые

нарушения метаболизма мозга и почек, остеосинтез отсрочен на 6-7 сутки, оптимизировано общее лечение.

Отмечены минимальные функциональные нарушения в группе детей с множественной травмой, имеющие кратковременный абортивный характер без заметных в дальнейшем когнитивных расстройств, что расценено как показание к остеосинтезу в первые часы после травмы.

Выводы.

Использование комбинации маркеров S100 и цистатина С в качестве диагностического теста для косвенной оценки общего и регионарного кровообращения мозга и почек позволяет оценить риск развития полиорганной недостаточности с позиций патогенеза травматической болезни и имеет прогностическое значение при выборе оптимального времени проведения остеосинтеза при различной по тяжести и видам сочетанной и множественной травме.

Баубеков М.Б., Сулейменов Б.Ш.
НИИ травматологии и ортопедии
АО «Медицинский Университет Астана»
г.Астана, Республика Казахстан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Одна из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии - хирургия верхней конечности, основного органа труда человека. Несмотря на открытие специализированных отделений до сих пор остается много нереш□нных вопросов, касающихся тактики лечения больных с последствиями сочетанных повреждений верхних конечностей. Данные литературы говорят о том, что сочетанные повреждения сосудов и нервов на уровне плеча и предплечья составляют до 23-46% от общего числа сочетанных травм, а в сочетании с повреждениями сухожилий до 41-77%. Зачастую при поступлении больных с сочетанными травмами в травматологические отделения, выполняются только синтез костей и оставляя восстановление других поврежденных элементов конечности на поздний период. При этом результаты поздних реконструктивно-пластических операций оказываются менее эффективными, а сроки выздоровления больных при такой тактике лечения затягиваются.

Цель исследования. Разработать тактику лечения больных с последствиями сочетанных повреждений верхней конечности.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 87 больных с последствиями сочетанных повреждений верхней конечности.

В 96,5% наблюдений имело место сочетание повреждений сухожилий или мышц с нервами, артериями, неправильно сросшимися переломами костей и дефектами кожных покровов. У 22 больных имелось стойкая смешанная контрактура в лучезапястном и суставах пальцев кисти. Основой причиной контрактур явилось несвоевременное восстановление сухожильно-связочного аппарата и нервов, образование спаечного процесса в следствии длительной не контролируемой иммобилизации и отсутствия реабилитации. При оперативных вмешательствах в 88% случаев выявлено не восстановление сухожилий и выраженный спаечный процесс, который потребовал реконструкцию сухожилий.

Особое место в восстановительной и реконструктивной хирургии верхней конечности мы выделили проблему реиннервации, которая является ключевой с точки зрения восстановления функций кисти и конечной цели оперативных вмешательств. Поэтому в подавляющем большинстве наблюдений (68,6%) мы стремились провести микрохирургический шов с использованием различных методик и оптического увеличения: мобилизации концов нерва, изменения положения суставов конечности, транспозицию. Свободные аутонервные вставки использовали в 14,3% при дефектах ствола более 3-5 см и натяжении нерва при попытке проведения шва. Микрохирургический эндоневролиз применен 13 больным, который оказался весьма эффективным.

Дефект кожных покровов и мягких тканей конечности замещали различными лоскутами с автономным кровообращением на сосудистой ножке, ротационными или свободными на микроанастомозах. В необходимых случаях использовали покровно-двигательные лоскуты для одновременного замещения мышц.

Кроме того, у 8-ми больных использованы полнослойные трансплантаты, а у 4-х больных

лоскуты на временной питающей ножке, в 5-ти случаях лоскуты-флажки с соседнего пальца.

Несмотря на сложность и длительность восстановительных и реконструктивных операций у 87 больных с сочетанными повреждениями верхних конечностей нагноения (артриты, тендовагиниты) констатированы только у 2 больных (4,3%), поверхностные, без вовлечения в процесс глубь лежащих образований у 1 больного (2,1%). Краевые поверхностные некрозы случились у 3 пациентов (3,4%), но они не повлияли на исход вмешательств.

В работе использовали электромиографию, ангиографию сосудов верхней конечности при планировании реконструктивных операций на предплечье, кисти. Широко применяли неивазивные методы исследования, в частности дуплексное сканирование с цветным допплеровским картированием. При операциях использовался операционный микроскоп.

Выводы.

При выполнении восстановительных и реконструктивных операций у больных с последствиями сочетанных повреждений верхней конечности необходимо широко использовать различные современные методики лечения по восстановлению всех поврежденных структур, которые не требуют длительной иммобилизации и позволяют начать раннюю реабилитацию. Применение микрохирургической и прецизионной техники при выполнении данных операций считаем обязательным. Ранняя реабилитация позволяет предотвратить развитие контрактур суставов.

Бегимбетова Н.Б., Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ»
г.Курган, Россия

МИНЕРАЛЬНАЯ МАССА КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ И УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ

В задачу настоящего исследования входило изучение активности репаративного костеобразования после травм и удлинения конечностей при сохраненном и нарушенном менструальном цикле.

Под наблюдением находились 246 женщин в возрасте 18-40 лет. Из них 56 после травм нижних конечностей (голень, бедро) и 190 после ортопедических операций (удлинение голени и бедра). Измеряли минеральную плотность костей (МПК) скелета на рентгеновском двухэнергетическом костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp.». Менструальный цикл (МЦ) считали нарушенным, если менструаций не было 1,5-2 месяца. Эти расстройства именуются как опсопройоменорея, опсоолигоменорея, опсоменорея и олигоменорея. В контрольную группу входили здоровые женщины аналогичного возраста.

Травма. Масса минералов (ММ) в скелете через 2 месяца при сохраненном цикле была на 4% меньше, чем в норме, а при нарушенном цикле - на 19%. В поясничных позвонках соответственно на 5 и 10%. В шейках бедренных костей - 9 и 14%. В пространстве Варда - 4 и 20%. В большом вертеле - 14 и 25%. В диафизе - 6 и 10%. Во всей проксимальной трети бедренной кости - 8 и 14%.

Уравнивание длины конечности. ММ при нормальном МЦ была уменьшена во всем скелете на 22%, при нарушенном - 31%. В позвоночнике деминерализация составляла соответственно 9 и 19%. В шейках бедренных костей - 4 и 12%. В пространстве Варда - 13-31%. В большом вертеле - 7 и 13%. В диафизе бедренной кости - 4 и 9%. Во всей проксимальной трети бедренной кости 6 и 17%.

При травме, если она происходила в первые дни МЦ, возникало нарушение его в силу того, что механическое воздействие являлось сильнейшим стресс-фактором, вызывающим торможение в гипоталамусе и, как следствие, уменьшение продукция нейрогормонов и гонадотропинов. Снижалось образование половых гормонов, которые приводят в движение остеобласты и удерживают минеральные вещества в кости. Обычно ортопеды, проводящие плановые операции, как правило, не интересуются состоянием МЦ. Больных вызывают на плановые операции сразу после менструации - именно тогда, когда делать операцию как раз нельзя (А.А. Свешников и соавт., 1998 г.). В итоге МЦ нередко нарушался и менструаций не было 1,5-2 месяца,

иногда больше. Восстановлением цикла никто не занимается, ждут, когда нарушение пройдет само собой. А это является врачебной ошибкой, поскольку может наступить угасание функции яичников. Кроме этого, длительное время сниженная концентрация половых гормонов замедляла репаративный процесс.

В наших наблюдениях прослежена четкая взаимосвязь между состоянием МЦ, концентрацией эстрогенов и ММ скелета.

При низкой концентрации эстрогенов активность остеобластов уменьшалась, усиливалась резорбция и деминерализация, а врач сокрушается: «Почему плохо минерализуется регенерат?» Регулируя минерализацию регенерата, эстрогены защищают кость от воздействия паратирина.

В предыдущей нашей работе (А.А. Свешников и соавт., 1997 г.) мы обстоятельно изучили частоту встречаемости различных нарушений МЦ после травм и при удлинении конечностей и показали, что она составляет соответственно 60,1% и 76%. В данной работе обнаружено, что деминерализация выявлялась во всем скелете, прежде всего, в местах преимущественного расположения трабекулярной кости, так как в компактной - значительная часть минералов прочно фиксирована.

Веретельникова И.Ю., Ардашев И.П.

Кафедра травматологии, ортопедии
ВПХ, анестезиологии, реаниматологии и восстановительной медицины
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, России

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ «КОСТМА» И «КОЛЛАПАН» ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОЗВОНОЧНИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Цель исследования. Анализ воздействия материалов «Костма» и «Коллапан» на процессы регенерации костной ткани при остеомиелите позвоночника в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Исследования проводили на хвостовом отделе позвоночника крыс-самцов. Процессы остеогенеза изучали при заполнении экспериментальных остеомиелитических дефектов препаратами «Коллапан» или «Костма». В послеоперационном периоде осуществляли клиническое наблюдение за животными, рентгенографическое, морфологическое исследование препаратов в динамике на сроках 1, 3 и 6 месяцев.

Результаты исследования. При использовании материалов «Костма» и «Коллапан» для закрытия дефекта костной ткани к 6-му месяцу определяются начальные признаки образования костного блока. При этом «Коллапан» не подвергается деградации и замещению костной тканью. При использовании «Костма» происходит перестройка материала, его спаяние с материнским ложем, в итоге костный блок формируется ранее, чем при использовании «Коллапан».

Выводы.

Разработана экспериментальная модель остеомиелита позвоночника у крыс, которая позволяет исследовать процессы репаративного остеогенеза и влияние на него различных заменителей костной ткани. При использовании материалов «Костма» и «Коллапан» формирование костного блока прослеживается к 6 месяцу после операции, что позволяет использовать их для костной пластики при остеомиелите позвоночника.

Власов С.В., Никонова Т.А., Власова И.В., Сафронов Н.Ф.

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

ВЛИЯНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ И РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Актуальность. При эндопротезировании коленного сустава послеоперационная кровопотеря в 3-5 раз превышает интраоперационную потерю крови, приводя к развитию гиповолемии, анемии, нарушениям гемодинамики, повышению потребности в гемотрансфузиях. Суммарная кровопотеря

в течение суток нередко превышает 20-25% ОЦК, что в конечном итоге осложняет течение послеоперационного периода и ухудшает результаты лечения. Одной из основных причин послеоперационной кровоточивости является активация фибринолиза. Лекарственные средства, блокирующие избыточный фибринолиз, могут использоваться для уменьшения объема кровопотери. Однако изменение гемостаза может повысить риск развития тромбоэмболических осложнений, который при эндопротезировании коленного сустава и без того является очень высоким.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности интраоперационного применения транексама у пациентов с планируемой операционной кровопотерей и высоким риском развития венозного тромбоза.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 107 пациентов с тотальным эндопротезированием коленного сустава. В исследуемой группе (n=55) во время операции всем пациентам вводился транексам 10 мг/кг в виде внутривенной инфузии. Исследовались показатели гемостаза АЧТВ, МНО, РФМК, Д-димер а также индекс лизиса (ИЛ) до операции и в послеоперационном периоде. Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей проводилось до операции и через 4-5 дней после оперативного вмешательства.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде происходит статистически значимое увеличение показателей РФМК и Д-димера у пациентов в обеих группах. Однако после применения транексама концентрация продуктов лизиса фибрина в крови достоверно ниже, чем в группе сравнения. Результаты тромбоэластографии подтвердили эффективность транексама. Если фибринолиз у пациентов контрольной группы увеличивался на 20% (снижение ИЛ с 56±6,7% до 32±7,2%), то у пациентов с применением транексама его повышение ограничивалось 5%. Во время операции, различия в объеме кровопотери в группах не отмечено. А в послеоперационном периоде в исследуемой группе с применением транексама отмечено достоверное уменьшение дренажных потерь. Исследование вен нижних конечностей в послеоперационном периоде у пациентов с применением транексама не выявило тромботических изменений в дистальных венах оперированной конечности. В контрольной группе отмечался тромбоз дистальных вен у двух (3,8%) пациентов (X^2 =0,569, df-1, p=0,451).

Выводы.

Применение транексама 10 мг/кг в виде инфузии во время эндопротезирования коленного сустава достоверно снижает послеоперационную кровопотерю. При этом риск развития венозных тромбозов не увеличивается.

Власова Е.М., Алексеев В.Б., Малютина Н.Н.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России»
г.Пермь, Россия

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У РАБОТНИЦ ТЕКСТИЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА

В структуре хронической патологии у женщин в Пермском крае заболевания опорно-двигательного аппарата составляют 22,45%. В современном производстве ткач в основном женская профессия. Профессиональная деятельность осуществляется в цехах при одновременном обслуживании нескольких автоматизированных ткацких станков. В функции входит обслуживание и подготовка их к работе, смена челноков с пряжей, регулирование ее натяжения, устранение обрывов нити; снятие со станка готового полотна. Рабочий день проходит в постоянных переходах между станками. Работницы, занятые в производстве тканей, подвержены риску развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний костно-мышечной системы (позвоночника, верхних и нижних конечностей).

Цель исследования. Обследования - диагностика начальных форм патологии опорно-двигательного аппарата и предотвращение развития необратимого поражения, являющегося противопоказанием к работе.

В клинике центра медицины труда и профпатологии ФБУН «Федерального научного

центра медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» проведено обследование 60 женщин текстильного предприятия. Возраст работниц 44,2±6,3 года; стаж 8,5±2,7 лет. Факторы производства: работа в вынужденной и неудобной рабочей позе, статическое напряжение рук и монотонные повторяющиеся рабочие движения; статико-динамическая нагрузка на суставы нижних конечностей при работе в режиме «стоя».

По результатам анкетирования 72% работниц обращаются к специалистам в случае длительной интенсивной боли в позвоночнике или в конечностях. У 53-х женщин отмечены вегетативные нарушения в виде головокружения (у 47 чел.- при выполнении пробы «подбородок-грудина), головной боли к концу смены (39 чел.), вегетативных кризов (14 чел.). Боль в шейном и поясничном отделах позвоночника отмечают 45 и 21 чел., соответственно; диффузную боль в позвоночнике и крупных костях конечностей 31 чел. Повышенная чувствительность остистых отростков шейных (37) и поясничных (17) позвонков при перкуссии и пальпации наблюдалась в 90% случаев. Рентгенологическое подтверждение получено у всех обследованных в клинике центра (остеохондроз C_5-C_7 у 27; спондилез (C_4,C_5,C_6,C_7) - 10; спондилолистез L_{4-5}, S_1 - 7 обследованных; наружный эпикондилез у 13, двусторонний у 5, остеоартроз мелких суставов кистей I ст. у 24, коксартроз правого тазобедренного сустава II ст. - 7, III ст. - 5, гонартроз (I-III ст. по Келгрену) у 18 женщин). У 14 женщин - клинические признаки миозита правого предплечья, у 7 - крепитирующего тендовагинита предплечья. Динамометрия D 18,5±5,3 кг; S 20,5±5,5 кг. В 78,3% случаев женщины имели признаки 2-х, в 35% - 3-х нозологических форм.

К сожалению, остеоартроз имеет период бессимптомного течения и чем позже мы диагностируем костно-мышечные нарушения, тем меньше шансов на стабилизацию патологического процесса. Обратить нарушения современными терапевтическими методами полностью невозможно. При своевременных профилактических мероприятиях изменения в суставах носят функциональный характер, менее выражены. Цель - ограничение изменений и восстановление нарушенных функций. В основе - формирование группы риска во время ПМО: обучение работниц ежедневным разгрузочным упражнениям, соответствующим особенностям профессии; наблюдение гинекологом и эндокринологом (при гормональных нарушениях женщины уязвимы для нарушения структуры костной и хрящевой тканей); курсовая медикаментозная и физиотерапия 2 раза в год.

Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Тлеубаев Ж.А.

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

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Масштабы современного травматизма стали в индустриально развитых странах мира не только медицинской проблемой, но и приобрели острую социальную значимость (Гуманенко Е.К., 2006 г., Ерюхин И.А., 2002 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.

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

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

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

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

Грибанов Н.И.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ И ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

Hallux (abducto) valgus - наиболее часто встречающийся в литературе термин, обозначающий любые деформации на уровне медиального плюснефалангового сустава, которые сопровождаются в большинстве случаев вальгусным отклонением первого пальца. В реальности, термин Hallux valgus отражает только одну сторону комплексной патологии, включающей вальгусное отклонение первого пальца, варусное отклонение первой плюсневой кости, подвывих или вывих сесамовидных костей, поперечное плоскостопие, нередко и опущение медиального продольного свода стопы, а зачастую и деформацию непосредственно первого пальца (Егоров М.Ф., Гунин К.В., Тетерин О.Г., 2003 г.). На современном этапе развития ортопедии сохраняется проблема лечения поперечного плоскостопия и вальгусной деформации первого пальца стопы из-за значительной распространенности этой патологии, большого количества неудовлетворенных результатов после хирургической коррекции деформации стоп (Шугалова А.Б., Кричевский А.Л., 1996 г.).

По данным ЦИТО (1995 г.) поперечное плоскостопие составляет 55,2% всех статических деформаций у женщин и 38,1% у мужчин в возрасте от 20 лет и старше.

Данная патология в сочетании с другими статическими деформациями переднего отдела стопы вызывает значительные функциональные расстройства, а боли в дистальном отделе стопы обуславливают невозможность пользования обычной обувью, а также нарушают трудоспособность человека (Герасимов С.Г., 1998 г.).

В настоящее время не разработаны четкие критерии определения степени плоскостопия и hallux valgus (Левченко В.А., 1995 г.). Это можно объяснить тем, что широко применяемые отдельные методики исследования не дают полной информации о состоянии и функции переднего отдела стопы (Герасимов С.Г., 1998 г.).

На сегодняшний день применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения поперечного плоскостопия и hallux valgus. Консервативное лечение направлено на снятие болевого синдрома и профилактику прогрессирования заболевания, но оно не устраняет деформацию стоп (Шапошников Ю.Г., 1997 г., Попов А.В., 2000 г.). Данным фактом обусловлен большой интерес к хирургическим методам лечения. Известно более 250 способов коррекции поперечного плоскостопия (Нечволодова О.Л., 1996 г.). Такое обилие методов свидетельствует о том, что хирурги не могут найти оптимальный метод для коррекции данной патологии. Нерешенным остается вопрос стабилизации исправленных деформаций (Ильминский А.В., 2003 г.). Кроме того, особое значение в лечении поперечного плоскостопия приобретает адекватное послеоперационное ведение и обеспечение пациентов ортопедическими изделиями, позволяющими в ранние сроки восстановить работоспособность стопы (Кудрявцев В.А., 1994 г.).

Таким образом, все вышесказанное говорит о необходимости разработки единого лечебно-диагностического алгоритма, который позволит проводить качественное лечение пациентов с данной патологией.

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

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Непрерывный технический прогресс сопровождается увеличением количества тяжелых сочетанных повреждений у детей, осложненных шоком, кровопотерей, грубыми нарушениями жизненно-важных функций.

Цель исследования. Изучить структуру тяжелой сочетанной травмы у детей и оценить эффективность организации и технологии оказания специализированной медицинской помощи тяжелопострадавшим детям проходившим лечение в отделениях ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» за период с 2000 по 2010 гг.

Материалы и методы исследования. Данная работа основана на ретроспективном анализе 85 историй болезни детей с диагнозом политравма за период с 2000 по 2010 г. Для анализа использовались такие характеристики как возраст, пол, механизм получения травмы, время обращения в стационар, сочетание нозологичеких форм, вид лечения, сроки оперативного вмешательства.

Результаты исследования и обсуждение. 85 больных с диагнозом политравма пролеченных в нашем центре составили 8% от общего количества больных (1575) с повреждениями опорно-двигательного аппарата, что соответствует данным литературы. От 9 до 15% от общего количества больных с травматическими повреждениями.

У подавляющего числа пациентов 89,5% (76 чел) политравма является сочетанной, множественная определяется у 9,4% (8 чел) и 1 случай (1,1%) комбинированной травмы.

По возрасту пациенты распределяются следующим образом. Сочетанную и множественную травма чаще получают дети в возрасте 7-14 лет, 39 мальчиков (45%) и 19 девочек (22%).

Сотношение мальчиков и девочек составляет 2:1. 55 мальчиков (65%) и 31 девочка (35%).

Набольшее количество пострадавших поступает в весенне-летний период, 62 ребенка (74%).

По характеру полученной травмы превалирует дорожно-транспотрные происшествия 69 детей (81%). Из них 56 детей (65%) наезд автомобиля; 13 детей (16%) внутриавтомобильная травма. Время доставки в стационар: в течении 1-х суток - 50 детей (58%); от 1 до 3-х суток - 26 детей (30%); позднее 3-х суток - 10 детей (12%).

На 1-ом месте стоит сочетание скелетной и черепно-мозговой травмы 16 детей (40%).

Оперативное лечение повреждений опорно-двигательного аппарата в первые сутки после травмы проведено у 26 пациентов (65%). За исследуемый период зарегестрировано 5 летальных случаев. Во всех случаях это сочетанная травма.

Выводы.

1. Политравма составляет 8% по нашим данным от общего количества больных с травмами.
2. У подавляющего числа пострадавших 89,5% отмечаются сочетанные повреждения.
3. Наиболее часто диагноз политравма встречается у мальчиков в возрасте 7-14 лет, поступающих в весенне-летний период, что связано с большей подвижностью и некритичной оценкой последствий своих действий (игра на проезжей части, игры на стойках и т.д.).
4. На первом месте по механизму получения стоит травма, полученная в ДТП (81%).
5. Превалирующее большинство больных доставлены в течении 1-х суток, что является оптимальным временем для начала противошоковых мероприятий.
6. Большинство пациентов с повреждениями опорно-двигательного аппарата оперируются в первые сутки после травмы, что на наш взгляд оказывает благоприятное влияние на дальнейшее течение политравмы.

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

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

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

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

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

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

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

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

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

В первую группу были включены 114 пациентов (76 женщин и 38 мужчин), прооперированных

в Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров. Средний возраст составил 71,70 лет.

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

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

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

Общая летальность среди оперированных больных составила 16,67%.

Общая летальность среди не оперированных больных 35,71%.

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

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

Предполагается суммирование баллов, полученных по всем этим критериям.

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

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

Выводы.

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

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

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

Журавлева И.А., Головкин С.И., Ващенкова Т.А.

МБУЗ Детская городская клиническая больница N 5
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Врожденный вывих бедра (ВВБ) формируется на фоне тяжелой недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Известно, что у 5-6% больных после вправления вывиха бедра не происходит полноценного функционального восстановления сустава. Диагностируют недоразвитие суставной впадины и проксимального отдела бедра.

Цель исследования. Оценка патогенетической значимости концентрации оксипролина (ОП) в моче при лечении ВВБ у детей первого полугодия жизни. Проведено проспективное когортное исследование 36 детей в возрасте от 3 до 6 месяцев. Первая группа состояла из 15 детей соматически здоровых, контрольная группа. Вторая - из 21 пациента с ВВБ. Дети с ВВБ находились на грудном вскармливании, с введением прикорма в 6 месяцев. Признаки тяжелой дисплазии суставов подтверждены рентгенологическим и УЗИ методами. Лечение проводилось по методике Тер - Егиазарова - Шептуна. Средняя продолжительность лечения составила 6 месяцев. Исследование свободного ОП из суточного диуреза проведено с использованием

фотоэлектрического концентрационного колориметра КФК-2МП Исследование маркера костной резорбции провели однократно у 15 детей контрольной группы, а у 21 больного группы сравнения в начале лечения и спустя 2-3 месяца.

Использовались непараметрические методы статистики. Статистическую обработку полученных данных осуществляли на персональном компьютере с использованием программы STATISTICA 6.1. Исходный уровень ОП в контрольной группе оказался 8,11 мг/сут, в группе сравнения на начало лечения 5,58 мг/сут. Низкие показатели ОП у детей с дисплазией можно объяснить недостаточной активностью фибробластов, которые ответственны за структурную целостность соединительной ткани. Фибробласты синтезируют коллаген, в котором основной аминокислотой является ОП. Поэтому низкие его значения могут служить одним из маркеров тяжелой дисплазии соединительной ткани. При анализе изучавшегося показателя метаболизма соединительной ткани у 17 детей с ВВБ спустя 2-3 месяца с момента начала лечения отмечено достоверное, полуторократное увеличение свободного ОП по сравнению с показателями на начало лечения ($p<0,05$), средний уровень экскреции которого составил 9,94 мг/сут.

Известно, что значительная часть эндогенного ОП является продуктом распада различных форм коллагена. С учетом, что половина всего количества коллагена находится в костях, где его метаболизм происходит быстрее, логично предположить, что увеличение свободного ОП свидетельствует о нарушении динамического равновесия между деструкцией и биосинтезом коллагена в сторону относительного превалирования процессов его деградации и в целом о снижении скорости биологического оборота данного белка. Следовательно, экскреция ОП с мочой отражает процесс резорбции кости. При анализе количества экскретируемого ОП при тяжелом течении дисплазии тазобедренного сустава установлено достоверное увеличение его концентрации в суточной моче по мере прогрессирования заболевания ($r = 0,45$; $p<0,05$), что отражает тяжесть течения диспластического процесса суставов.

Таким образом, установлено прогностическое значение низкого исходного уровня ОП, который свидетельствует о наличии у пациента исходно тяжелой недиффиринцированной дисплазии соединительной ткани. Подтверждено, что у пациентов, у которых на этапе лечения концентрация свободного ОП увеличивается, имеет место продолжающиеся нарушения метаболизма соединительной ткани с вероятным неблагоприятным исходом развития тазобедренного сустава.

Зобнин А.В., Пронских А.А.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ КОКСАРТРОЗА

Самой наиболее встречающейся причиной заболевания тазобедренного сустава является дегенерация суставного хряща: коксартроз. В зависимости от стадии коксартроза выбирается тактика лечения.

Одной из причин развития коксартроза является феморо-ацетабулярный импиджмент. В диагностике важную роль играет осмотр врача, рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Консервативное лечение не устраняет причину импинджмента, поэтому оно редко бывает эффективным.

Избавиться от причины импинджмента можно только хирургическим путем, но это не значит, что любой импинджмент следует оперировать. Угол альфа дает объективное представление о поверхности сочленения головки и шейки бедренной кости. Он определяется путем проведения линий от центра головки через середину шейки и от центра головки до зоны перехода шейки в головку бедренной кости. В норме он не более 43 гр. (Notzli et al., 2002 г.; Beaule et al., 2005 г.). Следует ориентироваться на степень, в которой имеющийся импинджемент мешает жизни, работе, спорту.

За период 2011 г. и начало 2012 г. в отделении ортопедии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» проведено оперативное лечение 10 пациентам с импинджментом синдромом тазобедренного сустава.

Средний возраст пациентов составил 38,4 года, все пациенты были трудоспособного возраста и не имели инвалидности по заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Доминировали

односторонние заболевания суставов. Из 10 пациентов, у 2 диагностирован смешанный тип импинджмент синдрома (Cam + Pincer тип), у 8 пациентов диагностирован Pincer тип.

Основой диагностики являлась рентгенография, а также спиральная компьютерная томография с 3D реконструкцией, данные анамнеза и клинического осмотра.

Оперативное лечение заключалось в декомпрессивной крестообразной артротомии тазобедренного сустава, его ревизии и остеотомии, вновь образованных внутри и около суставных экзостозов. Общее время операции в среднем 30 минут, средняя интраоперационная кровопотеря около 200 мл. Средний предоперационный койко-день день составил 1,4. Средний общий койко-день составил 9,2.

В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилась комплексная медикаментозная терапия, эластичная компрессия нижних конечностей противоэмболическими чулками. Для всех пациентов была выработана индивидуальная программа реабилитации: проводилась ранняя активная разработка в оперированном суставе, ранняя активизация больных, ходьба с костылями на 2-3 сутки после операции. Полная нагрузка на оперированную конечность разрешалась через 1-1,5 месяца.

Ближайшие, до 2 месяцев и отдаленные, через 1 год, функциональные результаты оценивались при помощи шкалы W.H. Harris. Удовлетворительные и хорошие результаты (80-89 баллов) достигнуты у 9 пациентов, неудовлетворительные у 1 пациентки с развитием асептического некроза головки бедренной кости. Клинически все пациенты отмечали полное или частичное купирование болевого синдрома в оперированном тазобедренном суставе, значительное увеличение амплитуды активных движений в нем. Послеоперационных осложнений у данной группы пациентов зарегистрировано не было.

Выводы.

Диагностика и оперативное лечение данного заболевания на ранних стадиях способствует улучшению качества жизни пациента и позволяет отсрочить тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Дехканов К.М., Усманов С.Б.

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

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Цель лечения при тромбозе глубоких вен - предупреждение тромбоэмболии легочной артерии и развития хронической венозной недостаточности - посттромбофлебитического синдрома.

Наблюдения показывают, что тромбоз глубоких вен нередко развивается после переломов костей голени. Причинами данного осложнения травм чаще всего являются: прямая травма сосудистой стенки, которая ведет к разрыву интимы и пристеночным микротромбозам, сдавление сосудов извне гематомой, костными осколками или травматически отекшими тканями, что при последующей лечебной иммобилизации приводит к тромбозам глубоких вен.

Цель исследования. Изучение возможностей диагностики и эффективности лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей у больных с закрытыми переломами костей голени.

Материалы и методы исследования. За истекший срок нами диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей при закрытых переломах костей голени у 69 больных, находящихся на лечении в отделении экстренной травматологии ФФРНЦЭМП. Мужчин было 52 (75,4%), женщин - 17 (24,6%). Средний возраст пациентов составил 34 года.

Перелом берцовых костей на уровне верхней трети голени отмечен у 21 (30,4%) больных, средней трети - у 18 (26,1%), нижней трети - у 30 (43,5%) человек.

У больных с закрытым переломом костей голени при подозрении на тромбоз глубоких вен производили рассечение гипсовой повязки (если таковая имелась), проводилось УЗДГ, при которой определялась локализация и протяженность тромба. Проводилось ЭКГ, ЭхоКГ для оценки состояния полостей сердца, осмотр кардиолога.

Всем больным назначался строгий постельный режим в течение 7-8 дней, возвышенное

положение конечности, визуальная оценка состояния венозного кровотока в нижних конечностях, измерение их окружности.

Пациентам назначали прямые антикоагулянты (предпочитаем клексан) в сочетании с непрямыми (фенилин, кумадин), препараты, улучшающие реологию крови (реополиглюкин, производные пентоксифиллина и никотиновой кислоты), спазмолитики и неспецифические противовоспалительные средства (производные диклофенака и кетопрофена) парентерально или ректально. Эпизодов тромбоэмболии легочных артерий и летальных исходов у данной категории больных не отмечено.

Было выявлено, что тромбоз глубоких вен нижних конечностей у больных с переломами костей голени обычно развивался в связи с не применением прямых антикоагулянтов лечащим врачом или же от неправильного подбора схемы и способа его введения. Пациентам не применялись также физические методы профилактики, такие как подъем ножного конца кровати, ранняя активизация, что способствует ускорению кровотока в глубоких венах нижних конечностей.

Таким образом, риск развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей у больных с переломами костей голени может быть снижен путем применения антикоагулянтов, препаратов, улучшающих реологию крови, НПВС и физических методов профилактики.

Ключевский В.В., Соловьев И.Н., Сметанин С.М., Шакола С.К., Кумзеров П.Н.

"Ярославская Государственная Медицинская Академия"
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
г.Ярославль, Россия

ВЫБОР МЕТОДА ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБОЛИЗАЦИИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Операцию первичной хирургической обработки (ПХО) открытого перелома производим на этапе специализированной помощи (ортопедо-травматологический центр КБСМП имени Н.В. Соловьева г.Ярославля или межрайонные отделения травматологии) или в районной больнице врачебной бригадой медицины катастроф (анестезиолог, хирург, травматолог), если пострадавший нетранспортабельный. На этапе квалифицированной помощи осуществляется туалет раны, наложение повязки, транспортная или первичная лечебная иммобилизация (гипсовые лангетные повязки, скелетное вытяжение), инфузионная терапия шока, профилактика столбняка, антибактериальная терапия. Недопустимо туалет раны завершать наложением кожных швов. Если на этапе квалифицированной помощи хирургом выполнена операция ПХО, то в клинике при госпитализации осуществляется повторная хирургическая обработка. Она показана на 3-4 день после ПХО огнестрельного повреждения. Непременные условия выполнения операции ПХО открытого перелома:

- полное обезболивание;
- отмывание раны и кожи от грязи;
- отмывание раны большим количеством (до 10 литров);
- закрытие зоны перелома мышцами;
- дренирование раны несколькими трубками через отдельные проколы кожи;
- экономное иссечение кожи в самом конце операции на 1,5-2 мм;
- предупреждение тромбоза вен и нагноения раны антибактериальной терапией, антикоагулянтами и высоким поднятием конечности.

Фиксация перелома во время операции ПХО может быть окончательная - внутренний остеосинтез при изолированных нетяжелых переломах, и временная - аппаратами внешней фиксации и вытяжением при тяжелом разрушении тканей (первично открытые и огнестрельные переломы) или тяжелых множественных и сочетанных повреждениях. После неосложненного заживления раны на 16-20 день первичная лечебная иммобилизация заменяется на окончательную - выполняется внутренний остеосинтез. Предпочтение отдаем закрытому остеосинтезу стержнями. Накостный синтез пластинами и винтами осуществляем при многооскольчатых диафизарных переломах (по биологичному варианту), при около - и внутри суставных переломах. Аппараты внешней фиксации оставляем как окончательную иммобилизацию при осложненном течении перелома.

Таким образом, на современном уровне развития хирургии и травматологии при лечении открытых переломов для окончательной лечебной иммобилизации следует отдать предпочтение первичному и отсроченному внутреннему остеосинтезу, а не аппаратом внешней фиксации.

Ключевский В.В., Соловьев И.Н., Кумзеров П.Н.
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом ИПДО
ЯГМА КБ СМП им. Н.В. Соловьева
г.Ярославль, Россия

АНГИОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ АО - ГАРАНТИЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Наша клиника оказывает амбулаторную и стационарную помощь всему взрослому населению г.Ярославля (530 тыс. человек). Первые 20 лет работы (1970-1990 гг.) при лечении повреждений голеностопного сустава (ГС) применяли традиционные методы, исключая по-возможности необходимость оперативного лечения - закрытая репозиция под местной анестезией с применением аппарата Свердлова или ореховых щипцов, предупреждение повторного подвывиха после репозиции осуществляли спицами, проведенными через пятку в большеберцовую кость по Каплану-Абельцеву. Во многих случаях мы не получали удовлетворения от результатов лечения - частые повторные смещения, развивающиеся посттравматические артрозы из-за неполной репозиции сломанных лодыжек, сложности фиксации заднего края большеберцовой кости, необходимость 3-4 месячной иммобилизации гипсом, последующие стойкие отеки, позднее восстановление трудоспособности (6-8 месяцев) и частая инвалидизация пострадавших.

С 1990 г. коренным образом изменили тактику. Амбулаторно лечим лишь тех, у кого сломана одна (!) костная структура и нет подвывиха таранной кости. Остальных госпитализируем. Если нет полного вывиха, то попыток репозиции не делаем. На ногу надеваем бинт 3-4 размера, так чтобы он хорошо облегал ногу от кончиков пальцев до с/3 бедра. Здесь он фиксируется к коже пластырем. За дистальный конец бинта стопу подвешиваем к надкроватной раме (лучше) или к блоку надстопной рамы шины Белера. Под ногу подкладываем шину Белера. Стопа должна быть выше колена на 20-25 см.

При полном вывихе стопы его вправляем сразу под наркозом. Если вывих не рецидивирует, то ногу подвешиваем в сетчатом бинте, если рецидивирует, то накладываем скелетное вытяжение за пяточную кость. Дистальный конец шины поднимаем на спинку кровати, чтобы стопа была выше колена.

Подвешенная за конец бинта стопа устанавливается в положении супинации, что способствует устранению подвывиха таранной кости и репозиции переломов лодыжек (при пронационных повреждениях, а их 97%). При таком ангиотравматологическом подходе отек не развивается, если его не было, или полностью спадает на 5-6 день. На безотечной стопе легко пальпацией определяется полнота репозиции лодыжек. Если хирург предполагает, что она наступила, то накладываем глухую бесподкладочную гипсовую повязку до бугристости большеберцовой кости в положении легкой (!) супинации стопы. Если на рентгенограммах нет подвывиха, и имеется полная (!) репозиция лодыжек, то пригипсовывается каблук. Таких больных 20-25% среди всех госпитализированных. Повторное смещение имели место у 1,7%.

Остальных оперируем (75-80% всех госпитализированных). Непременное условие успешной операции: она выполняется только на полностью безотечной стопе; при чрез- и надсиндесмозных (пронационных) повреждениях ключом репозиции является наружная лодыжка или малоберцовая кость, поэтому в первую очередь выполняем их остеосинтез по технологиям АО. В необходимых случаях (разрыв связок синдесмоза) вводится через 3 кортикала позиционный винт (стопа должна быть при этом в положении легкого тыльного сгибания на 2-2,5 месяца). Первый этап операции обеспечивает устранение подвывиха таранной кости. Вторым этапом является остеосинтез внутренней лодыжки или подшивание разорванной дельтовидной связки по АО. После этого по АО винтом, проведенным спереди назад, фиксируется задний край большеберцовой кости.

При супинационных повреждениях (подсиндесмозные по АО) ключом к репозиции при операции является внутренняя лодыжка. Она обнажается и фиксируется первой.

После операции гипс не накладываем. Нога остается в возвышенном положении (лежит на шине с поднятым ножным концом). Больных выписываем после снятия швов на 12-14 день. Частичную нагрузку разрешаем через 4 недели, полную - через 8 недель, больные становятся трудоспособными через 12-14 недель.

В 2010 году через отделения нашей клиники прошли 343 больных с закрытыми повреждениями голеностопного сустава. Гнойные осложнения имели место у 4,5% оперированных. Тромбозов вен и тромбоэмболий не было. Инвалидов не было.

Таким образом, ангиотравматологический подход к лечению повреждений голеностопного сустава - возвышенное положение конечности, репозиция и операция на полностью безотечной стопе и использование технологий АО являются залогом гарантированного успешного лечения переломо-вывихов голеностопного сустава.

Кожевников В.В., Осипов А.А., Тен Ю.В., Мотин Ю.Г., Лепилов А.В., Нестеров Ю.Н.

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

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КАПСУЛЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Отдаленные результаты лечения врожденного вывиха бедра подтверждают актуальность этой патологии опорно-двигательного аппарата у детей и в настоящее время. Врожденный вывих бедра нередко впервые диагностируется у детей старше 2-3-х летнего возраста, также существует категория тератогенных и невправимых вывихов. В таких случаях необходимо хирургическое лечение - открытое вправление вывиха бедра. Общепризнано, что провоцирующими факторами развития коксартроза у детей младшего возраста, являются любые внутрисуставные оперативные вмешательства на диспластичном суставе. По нашему мнению, одним из немаловажных звеньев в патогенезе формирующегося диспластического пре- и коксартроза является структурная неполноценность капсульно-связочного аппарата, которая может также способствовать латеропозиции бедра.

В основу работы положен анализ результатов обследования 18 детей, у 7 из них - маргинальный, у 11 - подвздошный вывих бедра. В стандарт объема хирургического вмешательства входило - открытое вправление врожденного вывиха бедра с корригирующей межвертельной укорачивающей остеотомией бедренной кости и остеотомией таза по Salter. При проведении оперативного вмешательства иссекали участок перерастянутой капсулы тазобедренного сустава с целью ее морфологического исследования. Нами проведен сравнительный анализ особенностей структуры капсулы тазобедренного сустава у детей с маргинальным и подвздошным вывихом бедра, с участками относительно нормальной соединительной ткани.

По результатам исследования участка капсулы тазобедренного сустава, при маргинальном вывихе бедра, отмечено, что соединительная ткань с коллагеновыми гипертрофированными волокнами, признаками интерстициального отека и полнокровия сосудов с участками разволокнения. В сдавленных сосудах микроциркуляторного русла возникает перераспределение кровотока с полнокровием в более крупных сосудах, что приводит к нарушению оттока, экстравазации и интерстициальному отеку. Участки дезорганизованной соединительной ткани чередовались с участками нормально сформированной соединительной ткани, коллагеновые волокна которой имели четкую направленность. Выявленное нарушение структуры капсулы тазобедренного сустава были идентичны во всех случаях. При исследовании участка капсулы тазобедренного сустава при подвздошном вывихе, выявлены более выраженные структурные изменения. На фоне распространенной дезорганизации в виде хаотичного направления коллагеновых волокон отмечались единичные незначительные по распространению участки плотной оформленной соединительной ткани без нарушения структуры коллагеновых волокон. Морфологическая неполноценность перерастянутого участка капсулы при высоком врожденном вывихе бедра, несмотря на ее гипертрофию в месте прикрепления к шейке, усугубляется выявленной при исследовании выраженной степени недоразвития сосудистой сети.

Выводы.

Таким образом, выявленные особенности структуры при морфологическом исследовании капсулы тазобедренного сустава подтверждают факт капсулярно-связочной и сосудистой неполноценности в патогенезе развития пре- и коксартроза у детей, несмотря на полное восстановление анатомических взаимоотношений при оперативных вмешательствах. Результаты, полученные при морфологическом исследовании необходимо учитывать, планируя объем хирургического вмешательства и последующую программу реабилитации.

Куприенко О.А., Денисов А.А., Запольнов Г.П., Брежнев Е.В.
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
МБУЗ «ГКБ N 2»
г.Кемерово, Россия

ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДОМ БЕСКОНТАКТНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ

Лечение отморожений остается одной из самых сложных и актуальных проблем травматологии и ортопедии, а также хирургии. Холодовая травма встречается во всех частях нашей планеты, и в структуре травм мирного времени составляет от 1-10%. Материальные затраты на лечение пострадавших от отморожений в 3 раза превышают стоимость лечения общехирургического больного. Средняя продолжительность лечения отморожений более чем в 2 раза превышает длительность лечения больных с ожогами. При поражениях III-IV степени сроки лечения варьируют от 34 до 120 дней. Малоутешительны и результаты лечения: так выход на инвалидность при отморожениях составляет от 20-48%, а при глубоких поражениях от 70-94%.

Отличительной особенностью отморожений является скудность клинических проявлений в ранних периодах травмы. Это существенно затрудняет положение врачей при определении показаний для госпитализации и выборе тактики лечения. Отсюда вытекает необходимость разработки методов оценки тяжести поражения в ранних периодах травмы и прогнозирования последующих патологических проявлений отморожений. Решение этой задачи при холодовой травме позволит проводить лечение в достаточном объеме в самые ранние сроки после получения травмы, что очень важно, если учитывать относительно высокую обратимость патологического процесса при отморожениях.

Нами проведены клинические исследования на 20 больных, поступавших в отделение термических поражений МБУЗ «ГКБ N 2» г. Кемерово с ноября 2011 по март 2012 года с отморожениями конечностей в дореактивном периоде. При поступлении такого больного в санпропускнике проводилась инфракрасная бесконтактная термометрия аппаратом Cason CA380.

Местная температура тканей в пораженных сегментах конечностей варьировала от - 3°С до + 20°С. При температуре тканей + 12°С и выше (легкой степени отморожения) и локализации отморожений на верхних конечностей больные направлялись на амбулаторное лечение (20% обратившихся). При локализации отморожений на нижних конечностях и при местной температуре тканей от +11°С и ниже, больные госпитализировались в отделение термических поражений. Им проводилось лечение местной холодовой травмы согласно принятой в отделении схемы лечения местной холодовой травмы (термоизолизующие повязки, внутриартриальное введение препаратов реологической направленности, общее лечение отморожений: антиагреганты, антикоагулянты прямого и непрямого действия, спазмолитики, НПВН и др.).

Чем проксимальнее было отмечено снижение местной температуры, тем была большая вероятность развития токсемии в раннем реактивном периоде. Таким больным при поступлении назначалась инфузионная дезинтоксикационная терапия (6 человек - 37,5% госпитализированных).

Через сутки проводилось повторная бесконтактная термометрия тем же аппаратом. У всех больных отмечалось повышение местной температуры до + 30-33°С, у большей части больных (10 человек - 62,5%) уровень снижения местной температуры опускался более дистально

по сравнению с первичным измерением. У больных, у которых уровень повышения температуры опускался дистально незначительно или оставался на прежнем уровне, были диагностированы заболевания магистральных артерий (атеросклероз). В том месте, где отмечался резкий подъем местной температуры до +35°С, там, в последующем, через 5-7 дней, начинала формироваться демаркационная линия. Этот факт определил сроки и уровни проведения некрэктомий, ампутаций на пораженных конечностях.

Некротизированные ткани, особенно при отморожениях IV степени являются благоприятной средой для присоединения инфекции. Поэтому выполнение ранних некрэктомий с последующим местным лечением ран и их дальнейшим хирургическим закрытием, а также ампутаций, привело к снижению гнойно-некротических осложнений в ране и сокращению продолжительности пребывания больных в отделении.

Ланшаков В.А.
ГБОУ ДПО НГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ И МАССИВНЫХ РАЗРЫВОВ СУХОЖИЛИЙ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

При застарелых массивных (111 степени) повреждениях оперативное лечение в ряде случаев представляет трудноразрешимую задачу. Выделение иноперабельных форм разрывов («massive irreparable rotator cuff tear») зарубежными ортопедами и развивающейся вслед ротаторной артропатией («Rotator cuff - Tear Arthropathy») в результате многоплоскостной нестабильности плечевого сустава оправдано и необходимо. Оперативное лечение сложных форм повреждений вращающей манжеты плеча, направленно на артропластику местными тканями (сухожилиями подлопаточной, большой грудной, широчайшей, малой грудной мышцами), тенотомией длинной головки двуглавой мышцы плеча, перемещением сухожильно-мышечного комплекса надостной и подостных мышц, пластика дельтовидной мышцей, tuberoplasty, стабилизирующих операций и как резерв - протезирование плечевого сустава. В доступной отечественной литературе сведений об оперативном лечении тяжелых форм повреждений ротаторной манжеты плеча мы не нашли. Наш опыт лечения данных повреждений, особенно с использованием имплантатов из никелида титана, представляет особый интерес для отечественных травматологов-ортопедов.

Среди поступивших 125 больных с разрывами сухожилий (кроме длинной головки двуглавой мышцы плеча) ротаторов плечевого сустава мужчин было 89 (71,2%), женщин 36 (28,8%) при соответствующем сопоставлении $p<0,05$). Причем достоверно чаще повреждения сухожилий ротаторов плеча отмечены у лиц старших возрастных групп (старше 50 лет), чем младших (до 40 лет) при сопоставлении $t = 5,85$; $p<0,001$, что подтверждает данные литературы о влиянии возрастного фактора (ранняя изнашиваемость брадитрофных тканей) в генезе повреждений сухожилий ротаторов плеча и у лиц трудоспособного возраста (повышенные требования к тканям плечевого сустава при трудовой деятельности). Снижение эластичности тканей, ухудшение васкуляризации, обызвествление с возрастом и многие другие факторы играют заметную роль в степени повреждений. Так, массивные (II-III степени повреждения) разрывы выявились у 91 (72,8%) больных старше 50 лет ($p<0,01$) чаще, чем повреждения I степени. Средний возраст мужчин составлял 55,8 лет (31-72 лет), женщин 56,7 (35-68 лет), доминирующая рука была повреждена в большинстве случаев (у 75% человек). По срокам (после травматического повреждения до оперативного вмешательства) больных было: до 4 недель - 8 (6,4%), от 1-3 месяцев - 58 (46,4%), 3-6 месяцев - 48 (38,4%) и свыше 6 месяцев после травмы - 11 (8,8%) больных (в среднем 122 дня). Поздние сроки обращения (в 83,3% случаев) для оперативного лечения обусловлены как сложной диагностикой повреждений для широкого круга практических врачей, так и недостаточным знанием патологии ротаторной манжеты плеча.

Нами у 33-х из 91 больного с застарелыми и массивными разрывами сухожилий ротаторов плеча (третьей степени) использовались разработанные нами чрескостные (косые и V-образные расширенные) доступы с последующим остеосинтезом отростков лопатки скобами из никелид титана. Доступы к плечевому суставу выполнялись с одновременной декомпрессией субакромиального пространства. Для реинсерции сухожилий использовался у половины больных шовный материал, выполненный из никелид титана с чрескостной фиксацией по Codman,у и накостной фиксацией скобами из никелид титана.

У 9 (33,3%) больных с целью исключения прорезывания швов, улучшения реваскуляризации, повышения прочности трансоссальной фиксации использовался разработанный нами способ реинсерции по патенту РФ N 2202972.

У 5 (15,1%) больных для пластики и реинсерции использовалась часть сухожилия подлопаточной мышцы (по Cofield,y, 1982 г.) с чрескостной и накостной фиксацией имплантатами из TiNi.

У 2 (6,0%) больных использовалось сухожилие малой круглой мышцей, а у 4 (12,1%) сухожилие малой круглой и подлопаточных мышц по патенту РФ N 2429793 с использованием тканевых имплантатов, выполненных из никелид титана.

У остальных больных выполнены стабилизирующие операции с использованием (при сохранности) сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча и тканевых имплантатов из никелид титана и накостной фиксацией скобами из TiNi.

Отдаленные и ближайшие результаты (от 7 месяцев до 7 лет) оперативного лечения (по L.U. Biglianiet, M., 1992 г.) массивных разрывов сухожилий ротаторов плеча изучены у всех пострадавших и признаны хорошими у 15 (45,4%) пострадавших, удовлетворительными у 13 (39,4%) пострадавших и у 5 (15,1%) плохими. В целом (в сравнении с литературными данными) значительное число хороших результатов мы видим в применении чрескостных доступов, в улучшении оперативной техники и применения для пластики сухожилий конструкций из никелида титана.

В то же время, в основном, стабилизирующие операции обеспечивали удовлетворительные результаты лечения, хотя субъективно больные отмечали значительное улучшение функции плечевого сустава, в сравнении функции до операции.

Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Хомиджанов И.Б., Усманов С.Б.

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

ЧАСТОТА АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Острая непроходимость магистральных артерий конечностей (ОНМАК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины, несмотря на разработки показаний и тактики оперативного лечения, использования новых препаратов консервативной терапии. Высока опасность потери конечности и летальность, которая по последним данным достигает 5,6% (Пигин С.А., 2000 г.).

Цель исследования. Проведение анализа неудачного лечения данного контингента больных и частоты ампутаций сегментов конечностей у пациентов с острой непроходимостью магистральных артерий конечностей.

Материалы и методы исследования. За истекший период в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП с острой непроходимостью магистральных артерий конечностей прооперировано 690 больных.

Из них 105 (15,2%) пациентам выполнена ампутация сегмента конечности, причем первичная ампутация произведена у 28 (4%) пациентов, вторичная - у 77 (11,2%). Мужчин было 73 (69,5%), женщин - 32 (30,5%). Возраст пациентов: до 50 лет - 4, до 60 лет - 11, старше 60 лет - 90 больных.

Больным при поступлении в ПДО после физикального обследования выполняли УЗДГ и УЗДС. Для исключения экстравазального сдавления производили УЗИ брюшной полости и малого таза.

Острый тромбоз магистральных артерий в данной группе диагностирован у 82 пациентов, эмболия - у 23. Острая непроходимость на уровне подвздошно-бедренного сегмента диагностирована у 27 больных, бедренно-подколенный - у 66, дистальное поражение - у 12 пациентов.

Со IIa степенью поступило 9 больных, IIб - 30, IIIa - 42, IIIб - 9, IV - 15 пациентов.

105 больным выполнены следующие виды операций: тромбэктомий или тромбэмболэктомий

- 68, тромбэндартерэктомий - 5, реконструктивных операций - 4, первичных ампутаций - 28. Все операции у больных с высокой степенью ишемии конечности дополнялись фасциотомией.

Первичная ампутация сегмента конечности выполнялась у пациентов с IIIб и IV степенью ишемии. Основной причиной высокой степени ишемии явилось позднее обращение больных, многие из которых ошибочно лечились у невропатолога и терапевта, или не обращались к врачам ввиду отсутствия ангиологической грамотности, и только после появления явных признаков ишемии обратились за помощью к ангиохирургу.

20 пациентам, в связи с ретромбозом артерий, были выполнены повторные тромбэктомии (тромбэмболэктомии).

У 77 больных, несмотря на проведенные операции по восстановлению кровообращения отмечено нарастание ишемии конечности. Данной группе пациентов выполнены вторичные ампутации сегмента конечности; из них на уровне бедра - 66, в/з голени - 5, стопы - 4, пальцев - 2.

Из 105 больных после ампутаций сегментов конечностей умерло 16 (15,2%) пациентов. Причиной летальных исходов чаще всего явилось наличие сопутствующих тяжелых сердечно-сосудистых или неврологических расстройств.

Таким образом, позднее поступление больных, высокая степень ишемии конечности и ее прогрессирование нередко приводит к ампутации сегмента конечности. Для улучшения результатов лечения данной категории больных, по нашему мнению, необходимо проведение санпросвет работ в группах больных с высокой степенью риска развития острой непроходимости магистральных артерий (ИБС, ревматизм с пороками сердца, облитерирующий атеросклероз, эндартериит и др.), своевременная диагностика и выполненная операция.

Милюков А.Ю.

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

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Предлагается алгоритм лечения переломов вертлужной впадины, которым мы руководствуемся в своей работе и применили в лечении 690 пациентов. Все пациенты распределяются на две категории: с компенсированным общим состоянием (сумма ≥16 баллов) и некомпенсированным (≥17 баллов) общим состоянием, которое оценивается по шкале тяжести повреждений ISS (Injury Severity Score) и шкале тяжести состояния APACHE III, где сумма > 62 баллов, определяет состояние пациента как некомпенсированное.

Исключена группа больных с промежуточным «переходным» состоянием, так как, по нашему мнению, в этом период любые реконструктивные операции на тазобедренном суставе являются противопоказанными и совершенно необоснованно могут ухудшить состояние пациента.

Оценка степени стабильности сустава заключается в определении коэффициента повреждения впадины и площади разрушения вертлужной впадины. При коэффициенте повреждения > 35% и площади > 45% сустав оценивается как нестабильный и для его лечения применялись оперативные методы. Положительные результаты достигнуты в 71% пострадавших с травмой вертлужной впадины в первый год и в 61,7% в отдаленном периоде.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Среди медикаментозных средств, применяемых для лечения остеоартрозов, ведущее место в настоящее время занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они позволяют купировать болевой синдром и улучшить функциональное состояние суставов. Вместе с тем хорошо известны и их многочисленные побочные эффекты, что побуждает исследователей к поиску альтернативных способов медикаментозного лечения, обеспечивающих длительный терапевтический эффект и уменьшающих потребность в НПВП. Большой интерес в этом плане представляет гомеопатический препарат Артрофоон®, оказывающий противовоспалительное, анальгезирующее и метаболическое действие.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность препарата Артрофоон® у пациентов после тотального эндопротезирования крупных суставов.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 40 пациентов в возрасте от 42 до 64 лет после тотальной артропластики крупных суставов (тазобедренных, коленных) по поводу идиопатических остеоартрозов. 1 группу составили 20 больных, которые наряду с лечебной физкультурой получали препарат Артрофоон®. 2 группа (n=20) - группа клинического сравнения (в данной группе лекарственные средства не применялись). Пациенты 1 и 2 групп были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам, распространенности патологического процесса и проводимому хирургическому лечению. В исследовании использовали общепринятые на сегодняшний день критерии оценки эффективности препаратов для лечения остеоартроза - интенсивность болевого синдрома и зависимая от него функция сустава. Функциональное состояние суставов оценивали по главному критерию - суммарному алгофункциональному индексу Лекена и по методике оценки тяжести нарушения функции нижних конечностей. Артрофоон® назначали внутрь по 2 таблетки 4 раза в сутки.

Общая оценка эффективности лечения определялась следующим образом:

- улучшение (уменьшение болевого синдрома, снижение алгофункционального индекса, сохранение или увеличение объема движения в суставах);
- без эффекта (сохранение болевого синдрома, отсутствие снижения суммарного алгофункционального индекса, сохранение или незначительное уменьшение объема движений в суставах);
- ухудшение (сохранение или усиление болевого синдрома, увеличение суммарного алгофункционального индекса, уменьшение объема движений в суставах).

Клиническое обследование больных с использованием указанных выше критериев проводилось до применения препарата и спустя 3 месяца в обеих группах.

Результаты исследования. Полный курс лечения (3 месяца) прошли все больные 1 группы. На основании индекса Лекена установлено, что у 13 (65%) больных, принимающих препарат Артрофоон®, отмечалось улучшение, в 7 случаях (35%) эффекта не выявлено. В группе клинического сравнения улучшение отмечено у 10 человек (50%), без эффекта - 8 (40%) и в 2 (10%) случаях зафиксировано ухудшение.

Выводы.

1. Применение препарата Артрофоон® в послеоперационном периоде значительно снижает болевой синдром, сохраняет функцию суставов и улучшает качество жизни пациентов.
2. Препарат Артрофоон® является безопасным средством, так как характеризуется хорошей переносимостью и отсутствием побочных реакций.

Мироманов А.М., Доржеев В.В.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
ГУЗ Городская клиническая больница N 1
г.Чита, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Актуальность проблемы тромбоэмболических осложнений в ортопедии обусловлена не только тяжестью течения и высокой летальностью, но и трудностями своевременной диагностики. По данным многочисленных исследований, в 50-80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще, а во многих случаях ставится лишь предположительный диагноз. Симптомные и бессимптомные тромбозы глубоких вен (ТГВ) после обширных ортопедических операций без проведения профилактики диагностируются до 60% случаев.

Основными факторами, способствующими тромбообразованию у пациентов, перенесших протезирование крупных суставов являются:

- повреждение сосудистой стенки, связанной с хирургическим вмешательством;
- наследственность;
- сопутствующие заболевания (варикозная болезнь, ожирение, сахарный диабет и др.).

Не следует забывать, что больные подвержены гиподинамии, приводящей к застою крови в магистральных венах нижних конечностей. Вследствие вышеперечисленных причин, данная категория больных в отраслевом стандарте по профилактике и лечению ТЭЛА отнесена к группе высокого риска, с обязательным проведением соответствующей профилактики. До недавнего времени основными препаратами для профилактики тромбоэмболий были нефракционированные и низкомолекулярные гепарины, пероральные антагонисты витамина К. При этом основными недостатками гепаринов являлось парентеральный путь введения, что осложняет длительное применение и риск развития тромбоцитопении.

Антагонисты витамина К (варфарин) обладают непредсказуемым антикоагулянтным эффектом, взаимодействуют с многими лекарственными препаратами и продуктами, характеризуются медленным началом действия, требуют лабораторного контроля. Новые прямые ингибиторы тромбина лишены недостатков «старых» антикоагулянтов. Дабигатрана этаксилат (прадакса®) - новый пероральный, прямой ингибитор тромбина. Он характеризуется: предсказуемым антикоагулянтным эффектом, т.к. непосредственно связывается с тромбином с высокой афинностью и специфичностью, возможностью применения в фиксированной дозе, отсутствием необходимости в мониторинге терапии. Препарат обладает низким риском лекарственных взаимодействий, не взаимодействует с пищевыми продуктами. Показания для применения препарата: профилактика тромбоэмболических осложнений при ортопедических операциях. К противопоказаниям относят: индивидуальная непереносимость, беременность, возраст менее 18 лет, тяжелая почечная недостаточность, прием хинидина, клинически значимое кровотечение.

В нашем стационаре для профилактики венозных тромбоэмболий препарат Прадакса® применялся у 25 больных после эндопротезирования коленного и тазобедренного сустава. Профилактика начиналась через 12 часов после окончания операции в половинной суточной дозе - 110 мг, в дальнейшем по 220 мг однократно в сутки и проводилась весь период лечения в стационаре.

В последующем прием препарата осуществлялся в амбулаторных условиях до 30 дней с момента оперативного лечения. Контрольную группу составили пациенты, которым проводилась профилактика низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин 40 мг/сут). Поводили исследование клинических проявлений тромбоза, а также лабораторных показателей гемостаза (ПТИ, МНО, D-димеры).

Наши результаты показали сопоставимую эффективность сравниваемых групп. Таким образом, Прадакса® является перспективным атикоагулянтом, который может стать альтернативой низкомолекулярным гепаринам.

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

ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

Ежегодно в России возрастает количество операций по эндопротезированию тазобедренного сустава. От физических свойств костной ткани на момент операции зависит стабильность работы импланта и, как следствие, длительность периода восстановления и уровень жизни пациента после операции. Масса и архитектоника кости, а также ее прочность определяются сочетанием процессов резорбции и костеобразования. Ремоделирование напрямую зависит от концентраций в сыворотки крови общего кальция, фосфора и магния, активности щелочной фосфатазы, а также содержание системных регуляторов гомеостаза кальция. В настоящее время появилась возможность отследить его активность с помощью маркеров резорбции и синтеза костной ткани.

Цель исследования. Изучение особенностей ремоделирования костной ткани у больных коксартрозом по уровню биохимических маркеров резорбции и формирования кости.

Материалы и методы исследования. В клинических условиях было обследовано 22 пациента отделений травматологии и ортопедии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ», средний возраст 53,0±3 года. В нее вошли пациенты с коксартрозом, которым проводилось эндопротезирование тазобедренного сустава. В качестве контрольных показателей применяли данные, полученные при обследовании здоровых доноров сопоставимых по полу и возрасту.

Оценку состояния минерального обмена с учетом гормональной регуляции и влияющих на него факторов, а также активность процессов ремоделирования осуществляли на основании исследования концентрации общего кальция, фосфора, магния и активности щелочной фосфатазы, а также уровней P1NP, β-CrossLabs и паратгормона на автоматическом анализаторе "Cobas 6000 SWA" (Roche Diagnostics, Швейцария) с использованием реактивов Roche Diagnostics. Уровень соматотропного гормона (СТГ), остеокальцина и кальцитонина определяли на иммунохемилюминесцентном анализаторе "Immulite One" (США) с использованием реактивов фирмы DPC (США).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью прикладного пакета программ Statistica 6.0. Проверку нормальности распределения количественных данных выполняли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Для выявления различий между группами по количественным показателям использовали непараметрические критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллеса. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. В результате исследования получены более низкие концентрации кальция в исследуемой группе на 7,6% по сравнению с контрольной ($p=0,006$). Одновременно выявлено, что содержание магния в сыворотке крови на 13,2% ниже ($p=0,01$) по сравнению со здоровыми лицами.

Для пациентов с коксартрозом характерен пониженный по сравнению с контрольной группой (на 33,4%, $p=0,034$) уровень соматотропного гормона. В группе с коксартрозом уровни остеокальцина и кальцитонина более чем на 50% ниже, чем в группе сравнения, ($p=0,029$ и 0,034 соответственно). Объективная оценка особенностей процессов ремоделирования костной ткани на дооперационном этапе позволить осуществить адекватную медикаментозную коррекцию имеющихся нарушений для предотвращения послеоперационных осложнении.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Переломы диафиза бедра относятся к частым повреждениям опорно-двигательного аппарата у детей. Основным способом лечения до настоящего времени большинством авторов признается консервативный. Остается большой процент осложнений и неудовлетворительных результатов (несращение, длительные сроки иммобилизации, посттравматические остаточные деформации, укорочение, удлинение конечностей). За последнее десятилетие в лечении переломов длинных трубчатых костей у детей достигнут значительный прогресс, связанный с внедрением новых технологий. Хотя консервативное лечение обеспечивает хорошее формирование костной мозоли, длительная иммобилизация, а также физические, психологические и социальные факторы сделали хирургический подход все более и более используемым. Переломы бедренной кости резко ухудшают качество жизни и приводят к тяжелой степени нарушения жизнедеятельности ребенка, поэтому вопросы остеосинтеза, расширение показаний к оперативному лечению, применение новых малоинвазивных методик является наиболее обсуждаемыми в литературе.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения диафизарных переломов бедренной кости у детей.

Материалы и методы исследования. В детском отделении травматологии и ортопедии нашего центра за период 1994-2011 гг. с диафизарными переломами бедра со смещением отломков находилось на лечении 172 детей, из них мальчиков 115, девочек 57. Пролечено 87 иногородних больных, из которых 45 доставлены бригадой постоянной готовности нашего центра, остальные доставлены самостоятельно родителями, попутным или санитарным транспортом. По возрасту дети распределены следующим образом: От 0 до 3-х лет - 32 ребенка, от 3-х до 7 лет - 63 ребенка, старше 8 лет - 77 детей. Основным механизмом травмы являлись дорожно-транспортные происшествия - 64 ребенка, бытовые - 48 детей, уличные - 32 ребенка, падение с высоты - 29 детей. У 111 детей отмечено изолированное повреждение бедра, сочетание с черепно-мозговой травмой у 48 детей, с переломами других костей у 38 детей, повреждения внутренних органов у 11 детей, электротравма 2 ребенка и перелом 2-х бедер отмечался у 4-х детей. 83 детям потребовалось оперативное лечение, что составило 49% от всех госпитализированных с диафизарными переломами бедра.

Основным методом оперативного лечения при переломах бедра у детей в детском отделении травматологии и ортопедии до 2003 года являлся накостный остеосинтез металлическими пластинами. Накостный остеосинтез отличается надежной фиксацией отломков, что позволяет отказаться от наложения гипсовой повязки, восстановить безболезненную функцию конечности в ранние сроки после операции. Этот способ применяется при переломах различной локализации и вида: оскольчатых, косых, винтообразных, поперечных, околосуставных и внутрисуставных вне зависимости от формы и изгиба костномозгового канала.

Один из современных вариантов накостного остеосинтеза - при помощи набора АО. Высокая стабильность этого варианта остеосинтеза является основным его преимуществом. По литературным данным, при лечении острой травмы у детей накостный остеосинтез применяется достаточно редко, так как всегда связан с повреждением на большом протяжении надкостницы. В детском отделении травматологии и ортопедии накостный остеосинтез выполнен у 39 детей.

Основными показаниями для его выполнения были: безуспешная репозиция методом скелетного вытяжения, политравма с необходимостью ранней активизации, осложнения травмы, такие, как жировая эмболия и респираторный дистресс - синдром, неправильно-консолидирующиеся переломы при позднем поступлении детей и рефрактура переломов после снятия скелетного вытяжения. С 2003 года в детском отделении травматологии и ортопедии применяется метод с использованием стабильных внутрикостных напряженных стержней для лечения закрытых диафизарных переломов бедренной кости у детей по методике ESIN (elastic-stable intramedullary

nailing) эластично стабильный интрамедуллярный остеосинтез. Пролечено 44 ребенка с закрытыми переломами диафиза бедренной кости. Операции выполнялись на ортопедическом столе под контролем электронно-оптического преобразователя, для контроля закрытой репозиции и проведения стержня по костно-мозговому каналу. Введение стержней осуществлялось в метафизарных зонах в дистальном отделе бедренной кости или проксимальном отделе большеберцовой кости из небольших до 1 см разрезов, повреждение ростковых зон при таких способах введения практически исключается. У 4-х пациентов остеосинтез одномоментно был выполнен на 2-х и более сегментах: 2 бедра и голень, 2 бедра, бедро и голень, бедро и 2 голени. Дополнительная иммобилизация не проводилась. Мальчиков 28, девочек 16. Возраст детей от 5 до 15 лет. Изолированные повреждения отмечались в 27 случаях, 17 детей оперированы с политравмой, во всех случаях имела место тяжелая черепно-мозговая травма, что в первую очередь диктовало необходимость ранней активизации больного. Этот метод позволяет произвести сочетание стабильной и эластичной иммобилизации.

Результаты исследования. Средний срок пребывания больных при изолированных переломах составил 14 дней при интрамедулярном остеосинтезе, включая проведение ранней реабилитации и обучение ходьбе с дополнительной опорой на костыли без нагрузки на поврежденную конечность с восстановлением полного объема движений в смежных суставах. При накостном остеосинтезе - 16 дней с восстановлением объема движений в коленном суставе до 90 градусов. Гнойно-воспалительных осложнений не было. Отдаленные результаты оценивались с учетом основных клинико-рентгенологических критериев, включая рентгенологическую картину, наличие болевого синдрома, признаки нарушения походки, длина и наличие деформации конечности. Отдаленные результаты оценены в сроки от 6 месяцев до 8 лет. Во всех случаях отмечено достижение сращения переломов с хорошими и отличными результатами лечения.

После проведения накостного остеосинтеза отмечено два случая рефрактуры с переломами фиксаторов в результате повторного падения детей, что потребовало проведения реостеосинтеза. Фиксаторы удалялись в сроки от 4-х до 6 месяцев при интрамедулярном остеосинтезе и от 6 до 12 месяцев после накостного остеосинтеза. Движения в суставах восстановлены в полном объеме, остаточной деформации, клинически значимого укорочения, удлинения конечности и нарушения походки не отмечено. Отмечено два случая миграции дистального отдела стержней после интрамедулярного остеосинтеза через 4 месяца, которые были удалены в виду удовлетворительной консолидации перелома в обычные сроки.

Выводы.

Применение оперативных методов лечения при диафизарных переломах бедренной кости у детей способствует быстрому восстановлению функциональных возможностей поврежденного сегмента.

Эластично-стабильный интрамедулярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости, обеспечивая малоинвазивную стабилизацию, может являться методом выбора при планировании проведения оперативного лечения у детей.

Осипов А.А., Кожевников В.В., Тен К.Ю., Тен Ю.В.

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

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ НАССА

Травматолого-ортопедическое отделение обладает 20-летним опытом хирургического лечения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки. До 2007 года были применены различные методики хирургической коррекции, а именно: метод Палтиа, стернохондротомная торакопластика. Всего прооперировано 228 детей со 2-ой и 3-й степенями деформации.

Анализируя течение раннего послеоперационного периода, отмечено, что в 10% наблюдений был пневмогемоторакс. Длительно сохранялось поверхностное дыхание с медленной динамикой

восстановления эффективного внешнего дыхания, особенно у детей после торакопластики по методу Палтиа. При оценке отдаленных результатов в 28% случаев выявлена частичная потеря коррекции, либо формирование атипичной деформации грудной клетки за счет асимметричного роста верхних пар резецированных ребер. После операции стернохондротомным методом частота подобных неблагоприятных исходов встречалась в меньшем количестве.

С 2007 года внедрена методика Насса. Всего прооперировано 18 детей. Течение раннего послеоперационного периода было более гладким с быстрым восстановлением эффективного безболезненного внешнего дыхания. Дети активизировались (а именно вставать и ходить по палате) уже на 2-3-и сутки. Отдаленные результаты лечения по этому методу были стабильно хорошими без потери коррекции. Лишь в одном случае отмечалась миграция пластины, перепроведение пластины и ее стабильная фиксация позволили сохранить достигнутый результат лечения.

Таким образом, хирургическая коррекция врожденной воронкообразной деформации грудной клетки по методу Насса у детей способствует более благоприятному течению раннего послеоперационного с быстрой активизацией и вертикализацией пациентов.

Данная методика, несмотря на опасность при выполнении определенных технических элементов вмешательства (в частности этап проведения пластины), позволяет достичь положения коррекции более щадящим способом (без травмирования ростковых зон и нарушения целостности грудинно-реберного каркаса) и получить стабильно хорошие результаты в отдаленные сроки.

Плащинский А.А.
ГБОУ ДПО НГИУВ
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ TEN

С 2007 года в клинике травматологии и ортопедии г.Новокузнецка для малоинвазивного остеосинтеза переломов ключицы используются TEN (титановые эластичные штифты).

Операция проводится из операционного доступа длиной 1 см в области грудинного конца ключицы. Далее в грудинном конце ключицы формируется отверстие шилом, в последнее вводится TEN соответствующего диаметра, проводится до места перелома. Затем под контролем ЭОП закрытая репозиция перелома, TEN проводится в другой отломок до метафиза акромиальной части ключица. TEN скусывается кусачками на уровне введения в кость и оставляется под кожей.

За последние 5 лет таким образом были прооперированы 16 пациентов, подавляющее большинство это женщины, для которых помимо хорошего функционального важен и косметический результат.

Противопоказания для данного вида остеосинтеза:

- оскольчатый перелом ключицы,
- избыточный вес тела (технические сложности для закрытой репозиции),
- переломы метафизарной части ключицы.

12 пациентов через месяц после операции не предъявляли жалоб, у них был полный объем движений в плечевом суставе. У остальных больных хороший функциональный результат отмечен через 1,5 и 2 месяца.

Осложнение возникло только у одного пациента. После падения - произошла миграция TEN. Последний удален после констатации достаточной костной мозоли. У остальных пациентов TEN не удалялся.

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

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

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

В последние 20-30 лет во всем мире основным методом лечения запущенных случаев дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов является эндопротезирование. Частота остеоартроза коленного сустава достигает 24-68% от всех дегенеративно-дистрофических поражений сутавов. Остеоартроз коленного сустава в 86% случаев поражает лиц трудоспособного возраста, что приводит к резкому ограничению жизнидеятельности пациента, а в 6,5-14,5% случаев к инвалидности. Эндопротезирование коленного сустава является неотъемлемой частью полноценного оказания специализированной медицинской помощи пациентам с данной патологией.

Цель исследования. Провести анализ осложнений при эндопротезировании коленного сустава на опыте 1169 оперативных вмешательств.

Материалы и методы исследования. В отделении ортопедии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» г.Ленинска-Кузнецка за период с 2007 по 2011 год включительно выполнено 1169 операций по поводу эндопротезирования коленного сустава.

По видам установленных протезов: Stryker-538, De Puy-325, Wright-184, W.Link-2, Aesculap-83, Biomet-29, Феникс-10. Средний возраст пациентов составил 62 года.

Осложнения после эндопротезирования коленного сутава мы разделяем на ранние, возникшие в течение 6 месяцев после операции, и поздние, возникшие после 6 месяцев. В свою очередь ранние осложнения разделяем на интраоперационные и послеоперационные.

Всего осложнений мы наблюдали у 93 пациентов, что составило 7,9%. Это достаточно высокая цифра. При детальном изучении осложнений мы получили следующие данные.

Ранние осложнения наблюдались у 87 пациентов, что составило 7,4%.

Из них интраоперационные осложнения наблюдались у 4 пациентов. В 3 случаях это повреждение собственной связки надколенника полотном пилы, проводился первичный шов собственной связки надколенника. В 1 случае - перелом мыщелков бедренной кости вовремя имплантации бедренного компонента протеза, проводился остеосинтез мыщелков бедренной кости винтами с комбинированной фиксацией мыщелков бедренным компонентом протеза на цементе.

Послеоперационные осложнения мы наблюдали у 83 пациентов.

Нагноения наблюдалось у 7 пациентов. В 2 случаях нагноения были связаны с образованием лигатурных свищей. Проведенные санирующие операции позволили купировать воспалительный процесс и сохранить имплант.

В 5 случаях нагноения носили глубокий характер, протекали с клиникой артрита коленного сутава, что заставило нас провести радикальную санирующую операцию с удалением компонентов эндопротеза. Причиной возникновения глубоких нагноений, на наш взгляд, связано с тем, что все пациенты имели определенный риск развития данных осложнений. В двух случаях у пациентов в анамнезе перенесенный гнойный артрит коленного сустава. В одном случае в анамнезе остеомиелит бедренной кости. В двух случаях пациенты с ревматоидным артритом долгое время получали гормональную терапию.

Наибольшее количество от всех осложнений составили тромбофлебиты вен нижних конечностей. Данный вид осложнений мы наблюдали у 75 пациентов, что составило 6,4% от общего числа. Рассматривая данный вид осложнения по годам мы выявили:

2007 г. - (n=23), тромбофлебит у 6 пациентов.
2008 г. - (n=102), тромбофлебит у 29 пациентов.
2009 г. - (n=142), тромбофлебит у 7 пациентов.
2010 г. - (n=415), тромбофлебит у 11 пациентов.
2011 г. - (n=487), тромбофлебит у 21 пациента.

Таким образом, наибольший пик данного вида осложнений наблюдался в 2008 г., когда мы не имели достаточного опыта эндопротезирования коленного сустава. В дальнейшем, проведя анализ, мы отказались от использования кровеостанавливающего жгута во время операции и максимально сократили время оперативного вмешательства. Уже в 2009 году количество тромбофлебитов значительно уменьшилось и осталось практически на одном уровне в последующие годы.

Поздние осложнения мы наблюдали у 6 пациентов, что составило 0,5%.

В структуре поздних осложнений нагноение наблюдалось у 1 пациента. В данном случае у пациента сформировался лигатурный свищ в области ранее имеющегося послеоперационного рубца. Несвоевременное обращение в специализированное лечебное учреждение привело к развитию воспаления в области эндопротеза. Имплант удален, в области сустава сформирован костный анкилоз. В 2 случаях наблюдалась нестабильность большеберцового компанета протеза. Оби пациентки имели большей вес, что привело к перелому внутреннего плато большеберцовой кости и расшатыванию протеза. На фоне нестабильности наблюдались признаки воспаления. Эндопротезы удалены, планируется ревизионное протезирование в холодном периоде.

В 1 случае нестабильность полиэтиленового вкладыша при использовании эндопротеза ФЕНИКС. Проведена замена большеберцового компанета и вкладыша.

В 2 случаях переломы мыщелков и диафиза бедренной кости на фоне прогрессирующего остеопароза. В одном случае проведено ревизионное эндопротезирование сустава, во втором случае выполнен остеосинтез перипротезного перелома.

Два осложнения в раннем послеоперационном периоде привели к летальному исходу. В первом случае причиной летального исхода явилось развитие обширного ишемического инсульта головного мозга в раннем послеоперационном периоде. Во втором случае летальный исход обусловлен тромбоэмболией легочной артерии на фоне остро возникшего восходящего венозного тромбоза нижних конечностей.

Выводы.

При эндопротезировании коленного сустава доминирующими являются осложнения сосудистого характера (гемодинамически незначимый тромбофлебит глубоких вен голени) 6,4% не влияющие на результат лечения. Осложнения технического и воспалительного характера влияющие на результат лечения составили 1,5%.

Рогальников Н.Н., Милюков А.Ю., Гилев Я.Х., Тлеубаев Ж.А., Колтанюк Д.Г.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИТРАВМОЙ

Цель исследования. Оценка качества лечения пациентки с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы исследования. Представлен пример успешного лечения пациентки К., 17 лет, с тяжелой сочетанной травмой. Для оценки тяжести использована Ганноверская шкала политравм, тяжесть травмы составила 55 баллов. Для лечения переломов нижних конечностей использован чрескостный остеосинтез, для лечения перелом верхней конечности - погружной остеосинтез. Отдаленный результат изучен через 2 года с момента травмы, оценен как хороший, и через 7 лет с момента травмы, оценен как отличный. В оценке результата использовался опросник EuroQol-5. Достигнутый позитивный результат лечения обусловлен правильным выбором тактики лечения в раннем периоде и активным использованием хирургических методов на всех этапах лечения.

Пациентка К., 17 лет, история болезни N 14346, была доставлена во взрослое приемное отделение "НКЦ ОЗШ" бригадой скорой медицинской помощи 17.10.2004 г. Травма автодорожная, за 40 минут до поступления в результате лобового столкновения легковых автомобилей, была пассажиром на заднем сидении. Общее состояние пациентки расценено как крайне тяжелое (по Ганноверской шкале политравм, тяжесть травмы составила 55 баллов, согласно этой шкале летальность достигает 75%). Пациентка контакту не доступна. Артериальное давление и пульс

на периферических артериях не определялись. На сонной артерии определялся пульс слабого наполнения. Все дальнейшие лечебно-диагностичесике мероприятия выполняли в операционной.

Установлен диагноз: Политравма. Сочетанная травма. Закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести, ушибленные раны головы. Вторично открытый оскольчатый перелом правой бедренной кости в средней трети, рвано-ушибленные раны правого бедра. Вторично открытый оскольчатый, внутрисуставной перелом дистального метафиза левой бедренной кости с дефектом костной ткани, рвано-ушибленная проникающая рана левого коленного сустава с отслойкой мягких тканей. Закрытый перелом левой ключицы. Закрытый перелом лучевой кости левого предплечья в средней трети. Закрытый перелом головок IV и V пястных костей левой кисти. Травматический шок III степени.

Учитывая, что тяжесть травмы по ISS = 34 балла, решено применить тактику лечения основанную на принципах дифференцируемой хирургии или иначе «контролируемых повреждений». Дежурным хирургом выполнена лапароскопия, в брюшной полости обнаружена кровь. С целью остановки кровотечения пациентке произведена лапаротомия, выявлен разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение 800 мл, произведена спленэктомия. Учитывая нестабильную гемодинамику (АД на фоне инфузии вазопрессоров 80/40 мм.рт.ст.), решено было ограничиться по поводу скелетной травмы: первичной хирургической обработкой ран левого и правого бедер. Временная фиксация переломов нижних конечностей, до стабилизации гемодинамики, осуществлена в противошоковом костюме «Каштан». Левая верхняя конечность фиксирована гипсовой повязкой. В последующие сутки продолжающейся противошоковой терапии отмечалась положительная динамика (APACHE = 106 баллов). Иммобилизация противошоковым костюмом заменена на скелетное вытяжение. В последующем на 5-е сутки, по стабилизации гемодинамических и показателей гомеостаза (APACHE = 90 баллов), выполнены операции: закрытая репозиция левой и правой бедренных костей, остеосинтез стержневыми аппаратами внешней фиксации. Была продолжена интенсивная терапия. Через 14 суток с момента травмы пациентка переведена в профильное отделение. Потерпевшая в сознании, общее состояние расценено как средней степени тяжести. Учитывая это, 03.11.2004 г. были выполнены операции: открытая репозиция, остеосинтез лучевой кости левого предплечья пластиной и винтами. Перемонтаж аппаратов внешней фиксации, допроведение стержней на левом и правом бедрах. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. На 33 сутки с момента травмы пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Через 4,5 месяца с момента травмы, перелом левого бедра консолидировался, был демонтирован аппарат внешней фиксации с левого бедра. На правом бедре сформировался ложный сустав, аппарат внешней фиксации был снят в апреле 2005 года. В апреле 2005 года пациентке была выполнена операция: адаптирующая резекция правой бедренной кости, чрескостный остеосинтез. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Через 6,5 месяцев после остеосинтеза было достигнуто сращение перелома, аппарат внешней фиксации с правого бедра снят. Пациентке была определена 1 группа инвалидности на один год.

Результаты исследования. Впервые отдаленные результаты были изучены через 2 года с момента травмы. Все переломы консолидированы. А функциональные результаты были оценены с помощью Европейского опросника пятого пересмотра для оценки качества жизни. Результат оценен как хороший. У пациентки достигнут хороший уровень бытовой и социальной адаптации. Продолжила обучение в среднем специальном учебном заведении. В динамике через 7 лет после травмы результат оценен как отличный. В 2006 году вышла замуж. В 2008 г. родила ребенка самостоятельно. В 2011 г. получила высшее образование, по специальности юрист. На данный момент имеет III группу инвалидности, бессрочно. Работает по специальности юристом.

Выводы.

На представленном примере лечения данной пациентки с тяжелой травмой отчетливо прослеживается, что полученный положительный результат лечения был достигнут за счет осуществления следующих принципиальных мероприятий.

- Время транспортировки пациентки с места травмы составило менее 1 часа.
- Доставка была осуществлена сразу в специализированное лечебное учреждение.
- Для восстановления повреждений была применена тактика дифференцируемой

хирургии.

- Медицинская реабилитация способствовала осуществлению наиболее быстрой социальной адаптации в посттравматическом периоде.

Рудаев В.И.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВТЭ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В структуре смертности среди госпитальных пациентов тромбоэмболия легочной артерии составляет от 7,2-10%. Среди пациентов, умерших от ТЭЛА, 50,6% погибают вне стационара.

Одним из основных осложнений артропластики крупных суставов нижних конечностей является тромбоз глубоких вен (ТГВ). В результате проведенного нами исследования в период 2009-2011 годы были изучены результаты лечения 363 пациентов с умеренным риском развития ТГВ после перенесенного эндопротезирования ТБС на амбулаторном этапе лечения в поликлинических отделениях г.Кемерово. Контрольную группу составили пациенты (n=233, женщин - 76%), получавшие профилактику венозных тромбоэмболических (ВТЭ) осложнений с помощью антиагрегантов (аспирин - кардио 1 раз в сутки и пентоксифиллин 400 мг 2 раза в сутки). В основной группе (n=130, женщин - 78%) 62 (47,7%) пациента в схеме медикаментозной профилактики ТГВ мы применили новый пероральный антикоагулянт - прямой ингибитор тромбина дабигатран этаксилат (Прадаксу) в рекомендуемой фирмой - производителем дозировке - 220 мг (2 капсулы) 1 раз в сутки, а с 2011 года у 68 (52,3%) больных - ингибитор Ха фактора - ривароксабан (Ксарелто) по 10 мг в 1 раз в сутки.

Преимуществом данных прямых антикоагулянтов перед другими антикоагулянтами является пероральный режим применения один раз в сутки в фиксированной дозе для пациентов разной массы тела, нет необходимости в подборе дозы и рутинном мониторинге, что важно для амбулаторного этапа. Немедикаментозные меры профилактики ТВГ - эластичное бинтование нижних конечностей и ЛФК проводилось всем пациентам как основной, так и контрольной группы. Среди пациентов, получавших Прадаксу, 80,6% были женщины (n=50), 19,4% - мужчины (n=12), а среди получавших Ксарелто 75% (n=51) были женщины, 25% (n=17) - мужчины. Средний возраст в основной и контрольной группах был 67±5,8 (от 54 до 73 лет), вес пациентов был не менее 50 кг. На фоне приема Прадаксы и Ксарелто доступные нам показатели коагулограммы достоверно не изменялись. Ксарелто и Прадаксу отменяли не ранее 35 суток при наличии:

1) активного передвижения больного в вертикальном положении,

2) отсутствия признаков тромбоза глубоких вен нижних конечностей на ультразвуковом исследовании.

В контрольной группе частота ТВГ, подтвержденная УЗДГ, развилась в 19,7% (n=46) случаев. У 60 (98%) пострадавших, принимавших Прадаксу, на двукратном ультразвуковом ангиосканировании тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. У двух пострадавших (3,2%) на фоне приема Прадаксы через 15 и 22 суток после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава повлекло развитие флотирующего илеофеморального тромбоза, что потребовало экстренной госпитализации для дальнейшего лечения в сосудистом отделении. Среди пациентов, принимавших Ксарелто, ТГВ не отмечено. В контрольной и основной группах клинически значимых кровотечений не наблюдалось.

Таким образом:

1) пероральные прямые антикоагулянты (Ксарелто и Прадакса) явились эффективными и удобными препаратами для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов перенесших тотальное эндопротезирование крупных суставов на амбулаторном этапе лечения;

2) использование продленной схемы профилактики тромбоэмболических осложнений с применением прямых пероральных антикоагулянтов позволило сократить количество случаев ТГВ и их последствий при эндопротезировании крупных суставов с 19,7-3,2%;

3) пероральная форма приема прямых антикоагулянтов позволила обеспечить высокую

приверженность пациентов к профилактическому лечению.

Свешников А.А., Макушин В.Д.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ»
г.Курган, Россия

РЕПАРАТИВНОЕ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ МЕЖСЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО ДАННЫМ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТАМ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ

В задачу исследования входило изучение состояния кровообращения и минеральной плотности костей (МПК) у больных с хроническими межсегментарными дефектами (ХМД) в области коленного сустава до операции и в процессе лечения методом чрескостного остеосинтеза.

Исследование базируется на результатах лечения 11 пациентов с дефектами костей в области коленного сустава в возрасте 19-44 лет. Давность заболевания составляла от 0,5 до 12 лет. Причиной образования дефектов явилось безуспешное ортопедическое лечение после сегментарных резекций по поводу опухолей (остеогенной саркомы - у 2, гигантоклеточной опухоли - 9). Величина дефектов (сумма величин укорочения поврежденного сегмента и межсегментарного диастаза) составляла от 10 до 22 см.

Всем больным выполнены реконструктивно-восстановительные операции на основе технологий управляемого чрескостного остеосинтеза с образованием феморально-тибиального синостоза и формированием одного или нескольких дистракционных регенератов для замещения дефектов и удлинения конечности.

С целью изучения репаративного костеобразования на этапах лечебно-реабилитационного процесса обследования проводили на эмиссионном компьютерном томографе фирмы «Нуклеар Чикаго» (Австрия) с 99mTc-технефором. Ангиофаза записывалась сразу после внутривенного введения препарата, остеофаза - через 3 часа после введения. Оценку МПК проводили методом двухфотонной абсорбциометрии на дихроматическом костном денситометре фирмы «Норлэнд» (США). Обследование выполняли до оперативного вмешательства, на первой неделе после операции и далее один раз в месяц до окончания лечения, а также при контрольных осмотрах в течение года после снятия аппарата.

Костеобразование и кровообращение. До операции у больных с ХМД поступление радиофармпрепарата (РФП) было одновременным (4-5 секунд) в больную и здоровую конечности. Но после заполнения сосудов РФП величина активности в пораженном сегменте оказалась сниженной и составляла 80±2% ($p<0,05$) по сравнению со здоровой конечностью. Гиперваскулярных зон, как правило, не определялось. В остеофазу на больной конечности коэффициент относительного накопления (КОН) РФП в участках костей, прилежащих к дефекту, составлял сравнительно небольшую величину - 180±9% ($p<0,05$), что подтверждало суждение о нарушении кровообращения, обусловливающего развитие склероза концов на фоне отсутствия снижения репаративных возможностей в концевых отделах костей.

В период дистракции (1-5 месяцев) в ангио- и остеофазах в области формируемых регенератов определялись гиперваскулярные зоны и отмечалось максимальное увеличение КОН, составлявшего 350±14% ($p<0,001$). В период фиксации происходило постепенное снижение величины накопления 99mTc-технефора в костной ткани, КОН составлял в ангиофазу 180±9% ($p<0,01$), в остеофазу - 250±12% ($p<0,001$), что указывало на завершение формирования вновь образованной ткани.

После снятия аппарата КОН продолжал снижаться и в ангиофазе составлял 140±10% ($p<0,05$), в остеофазе - 210±15% ($p<0,05$).

При обследовании на контрольных осмотрах (1-3 года) определялась общая тенденция к снижению КОН в обеих фазах и постепенное приближение к норме.

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

ИСТОРИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В РОССИИ

Прошло 36 лет с момента начала работы первого в мире коммерческого костного денситометра. Он был произведен фирмой «Norland» (США). Долгое время фирме не удавалось получить разрешение на его эксплуатацию, так как он работал на основе радиоактивного источника. Без источника он был представлен на выставке «Здравоохранение - 74» и был куплен академиком Г.А. Илизаровым. Мне пришлось осваивать работу на нем, поэтому опишу этот период.

Цель исследования. Охарактеризовать начальный этап развития остеоденситометрии, профилактики остеопороза и переломов в России на основе определения минеральной плотности костей (МПК) скелета.

Материалы и методы исследования. За 37 лет на разных моделях костных денситометров обследовано 54320 человек, из них практически здоровых людей - 40616, с переломами - 10149, ортопедических - 3555.

Результаты исследования. В течение первых 12 лет мы были единственными обладателями анализатора минералов (пальцевого костного денситометра) и стремились эксплуатировать его и для установления возрастной нормы минералов, пороговых величин МПК, при которых происходят переломы у пожилых и старых людей. Обследовали также молодых людей с переломами и после уравнивания длины конечностей. Первая наша публикация по этим вопросам появилась в «Ортопедии и травматологии» в 1979 году. А обстоятельные работы были опубликованы в 1987 и 1989 гг. в «Физиологии человека».

Нами впервые поставлен вопрос о развертывании профилактики переломов, а идею такой работы мы зарегистрировали 31.10.87 г. во Всесоюзном фонде социальных изобретений и Государственном комитете по изобретениям и открытиям Государственного комитета по науке и технике СССР под N 3972. Опубликована идея в Бюллетене банка идей 1988, N 1.

В 1985 году было закуплено у фирмы «Norland» (США) два дихроматических денситометра. С этого момента мы приступили к созданию справочных таблиц о возрастной норме МПК. Как оценку внесенного вклада в развитие костной денситометрии на описываемом этапе, меня избрали членом только что созданного в 1995 году Президиума РАОП.

Время и новое оборудование - рентгеновский двухэнергетический костный денситометр фирмы «GE/Lunar Corp.» (США), появление международных методических рекомендаций (ISCD, 2003 г., 2005 г., 2007 г., 2009 г.) заставили нас на протяжении 2003-2005 гг. обследовать 7000 человек и создать окончательный вариант справочных таблиц. Они опубликованы в «Гении ортопедии» в 2004-2005 гг.

Мы создали Уральскую базу данных о возрастных изменениях минеральной плотности костей скелета, массе мышечной, соединительной и жировой тканей с учетом соматотипа «Россия, Урал 2, САА». N 022 091 3258 04 июня 2009 г. После этого еще две базы данных: Уральская детская база данных о возрастных изменениях минеральной плотности костей скелета, массе мышечной, соединительной и жировой тканей «Россия, Урал 3, САА». N 022 091 3272. от 19 июня 2009 г. и Уральская база данных о возрастных изменениях минеральной плотности костей скелета, массе мышечной, соединительной и жировой тканей у здоровых людей с различными антропометрическими данными (Россия, Урал 4, САА). N 022 091 3271 от 19 июня 2009 г.

За 36 лет сформировалась научная школа «Минеральная плотность костей скелета», в которой подготовлено 22 кандидата наук и 7 докторов медицинских наук. Российская академия естествознания наградила создателя и руководителя школы д.м.н., профессора, академика МАПН А.А. Свешникова дипломом и выдала удостоверение. Школа числится в энциклопедии «Научные школы России».

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

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ И ДИСТРАКЦИОННЫХ РЕГЕНЕРАТОВ ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ

Врожденное укорочение занимает первое место среди причин неравной длины нижних конечностей. Задача исследования состояла в изучении состояния костеобразования (по МПК) в проксимальном и дистальном регенератах при билокальном дистракционном остеосинтезе голени у пациентов с врожденным укорочением голени.

Под наблюдением находилось 19 больных с врожденным укорочением нижних конечностей. Возраст пациентов - 14,9±1,5 года. Анатомическое укорочение пораженного сегмента составляло 5,9±2,1 см. Возможность удлинения зависела от анатомического укорочения сегмента и возраста пациента. Величина удлинения голени составила 7,3±1,1 см. Срок дистракции - 75,4±16,5 дня, фиксации - 100,7±25,5 дня.

МПК измеряли на дихроматическом костном денситометре фирмы «Норлэнд» (США) на уровне их проксимальной, дистальной и средней частей регенератов. Плотность «материнской» кости исследовали на расстоянии 1 см выше или ниже от краев проксимального, промежуточного и дистального фрагментов.

Увеличение МПК происходило интенсивнее во всех участках проксимального регенерата. В срединной зоне просветления показатели МПК в проксимальном регенерате выше, чем в дистальном. В период фиксации эта зона интенсивно минерализуется. Восстановление МПК до исходного во всех участках проксимального регенерата наступало к моменту завершения периода фиксации, в дистальном - в конце 1-го месяца после снятия аппарата. Через 1,5 года после завершения лечения МПК в участке проксимального регенерата, прилежащего к «материнской» кости, превышало исходное значение на величину 78,4±12,1%, в срединной зоне просветления - на 69,2±11,4%, в участке прилегающем к промежуточному фрагменту - на 27,9±8,6%.

В дистальном регенерате МПК в участке, прилежащем к промежуточному фрагменту, достигало исходного уровня, в остальных участках - превышало исходную плотность на 27%. На момент снятия аппарата МПК в «зоне роста» проксимального регенерата достигала исходного уровня, а дистальном - составляло 60%.

МПК в ближайших к регенератам фрагментах большеберцовой кости претерпевало изменения на протяжении всего периода обследования. С момента операции наблюдалось снижение МПК во всех исследуемых участках кости, которое более интенсивно проявлялось в проксимальном и дистальном фрагментах, где к 60-му дню снижалась до 44-46%.

В промежуточном фрагменте МПК к моменту окончания дистракции - началу фиксации снижалась до 60-64,5%. После максимального снижения плотности начинался процесс накопления минералов, причем более интенсивно он протекал в участках кости, формирующих проксимальный регенерат, где отличия достоверны с 30-го дня фиксации для проксимального фрагмента «материнской» кости и с 60-го дня фиксации для проксимального отдела промежуточного фрагмента. Исходного уровня МПК достигала к моменту снятия аппарата в участках кости, близких к проксимальному регенерату. В участках кости, формирующих дистальный регенерат, этот показатель приближался только к окончанию периода обследования. Следует отметить, что к 1,5 годам после снятия аппарата в участках кости, прилегающих к проксимальному регенерату, плотность минералов превышала исходные показатели на 35-40%.

Результаты показали, что хотя при удлинении на двух уровнях вначале имеется тенденция к ослаблению скорости костеобразования, все-таки жесткая фиксация фрагментов стабилизирует репаративные процессы.

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

ОПЯТЬ НАЧАЛ ПРОСМАТРИВАТЬСЯ «СЛЕСАРНЫЙ» ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г.А. Илизаров болезненно переживал то, что его метод лечения в ведущих инстанциях (АМН, Минздрав) вначале называли «слесарным» подходом к лечению больных с переломами. Но в это время в институте не было оборудования для всестороннего обследования функционального состояния органов и систем у больных. В такой ситуации Г.А. Илизаров принимал все меры к тому, чтобы приобрести современное оборудование для обследования. Сделать это удалось в 1974 году: он купил на международной выставке «Здравоохранение - 74». Вот как Г.А. Илизаров охарактеризовал этот этап в жизни института: «Полна творчества, энтузиазма работа доктора медицинских наук, А.А. Свешникова, руководителя отдела радиоизотопных исследований, где на уникальном оборудовании проводятся различные важные исследования» (Г.А. Илизаров. Октябрь в моей судьбе., 1987. С. 148). Большим стимулом в оценке всесторонних обследований была и большая наша с Илизаровым статья в Медицинской газете «Радионуклиды: информация о регенерации» (19.01.1979 г.). Нас поставили в один ряд с крупными научными центрами, разрабатывающими методы радионуклидной диагностики.

Когда появилось очередное модное слово - наннотехнологии, сотрудники стали ходить и искать где же у нас наннотехнологии. Я в это время сказал: «Зачем искать их там, где их нет? Приходите к нам в лабораторию. У нас все процессы изучаются с мечеными соединениями на уровне атомов. Вот это и есть наннотехнологии».

У нас возникла научная школа «Минеральная плотность костей скелета», где подготовлено 26 кандидатов и докторов наук. Написано 1070 научных работ. Сейчас пришло сообщение от всемирного сообщества «Кто есть кто» о том, что моя фамилия включена в международную энциклопедию «Who is Who» (2011 г., том 30. Юбилейный).

Понятно, что многогранная научная работа требует много времени, жизненных сил, прежнее оборудование устарело и списано и поэтому многие сейчас стали опять замыкаться на уровне методик чрескостного остеосинтеза. Изобилие компьютерных томографов (у нас их четыре, один из них магнитно-резонансный) привело к беззаботности в их использовании - чуть что не на костный денситометр, а на томограф. Несмотря на решение Международного общества по костной денситометрии о том, что больных остеопорозом, а таких больных, проходящих через отдел травмы нашего Центра и ЦИТО - 70-90%. Для их обследования вполне достаточен костный денситометр. Но у нас никто такую идею не пропагандирует.

У нас обучают только методикам чрескостного остеосинтеза и больше ничему. Я как-то разговаривал с одним из наших травматологов о том, какими методами он оценивает состояние внутренних органов, как предупреждает нарушения менструального цикла. Он искренне удивился таким вопросам и абсолютно твердо сказал, что все это не его дело, он должен уметь наложить аппарат и знать, как следить за репаративным процессом. Все остальное к нему никакого отношения не имеет.

Никто, никогда и нигде не подсчитывал, сколько времени проходит от момента травмы до устойчивого выхода на прежнюю работу, во сколько обходится государству в итоге такое лечение (реабилитация, инвалидность, больничные листы и прочее). Не проще ли сразу нормализовать после травмы все нарушенные функции организма и заниматься остеосинтезом, когда они «работают» нормально. На сайте каждого учреждения должен быть счетчик, чтобы каждый больной после лечения мог указать, во что лечение обошлось и сколько заняло времени. Не возникли ли нежелательные изменения.

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

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА В ОСТЕОЛОГИИ

Применение чрескостного остеосинтеза в клинической практике при остеомиелите привело к необходимости разностороннего поиска оптимальных методов оценки протяженности и активности процессов, протекающих в конечности, ликвидации воспаления и контроля за последующим костеобразованием. Наиболее информативными оказались радионуклидные методы, так как позволяют до операции не только определять степень поражение костной ткани, но и при замещении дефекта костей контролировать образование костного регенерата.

Материалы и методы исследования. Наблюдения проведены на 63 больных в возрасте 20-48 лет, страдавших хроническим посттравматическим остеомиелитом. Для исследования костной ткани использовали ^{99m}Tc-технефор. Начальные этапы кинетики данного радиофармпрепарата (РФП) - время поступления в больную и здоровую конечности - характеризовали состояние сосудистого русла. Детальное изучение кровотока в конечности проводили с альбумином человеческой сыворотки, меченным по ^{99m}Tc. Остеосцинтиграфию анализировали через 3-4 часа на гамма-камере. Оценку минеральной плотности костей (МПК) проводили методом рентгеновской двухэнергетической абсорбциометрии на костном денситометр фирмы «GE/Lunar Corp.» (США) серии DPX.

Результаты исследований. Использованные методики позволяли четко определять протяженность воспалительного процесса, его активность, МПК и состояние кровообращения в конечности, что важно для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства, а также последующего формировании костного регенерата в динамике и объективно решать вопрос о возможности снятия аппарата. После удаления очагов остеомиелита формирование регенерата осуществляли по методикам компрессионно-дистракционного остеосинтеза Г.А. Илизарову. Благодаря этому научно обоснованно контролировали активность репаративного процесса, вносили необходимые коррективы по ходу лечения. К моменту снятия аппарата прочность регенерата у большей части больных была таковой, что надобность в дополнительной внешней иммобилизации отпадала. Если использовать высокочастотные автодистракторы, поддерживать микровибрационный фон мышечных волокон в месте перелома и во всем теле на нормальном уровне, обеспечивающим доставку питательных веществ, гормонов, лекарств и удаление из очага остатков разрушенных костных клеток возможно, будет избавиться от осложнений и формировать полноценную кость.

Выводы.

1. Сделать решительный шаг к выходу из застоя, в котором сейчас находится лечебная работа при остеомиелите, можно только открыв естественный путь движения питательных веществ и лекарственных препаратов к месту очагов воспаления и формированию регенерата путем создания аппаратиков для микровибрации мышечных волокон. Микровибрация изменит продукт сегодняшнего костеобразования - регенерат. Он будет быстрее формироваться, максимально приближаться к строению кости, уменьшится число осложнений и сократятся сроки лечения.

2. Для наиболее благоприятного течения репаративного процесса после травм и замещения дефектов костей необходимо незамедлительно, при поступлении больного, начинать также обследование функционального состояния внутренних органов и систем и принимать меры к немедленному восстановлению их функций. При лечении больных остеомиэлитом, кроме всего известного, необходимо полноценное питание (200 г мяса без костей и сухожилий) и нормальное количество минеральных веществ.

Трубицын М.В., Миронова О.Б., Усков С.А., Мироманов А.М.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
г.Чита, Россия

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ TNFA (G-308A) И ИЛ-4 (С 589Т) У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Учитывая, что в развитии осложнений при переломах длинных костей конечностей немаловажную роль играют изменения иммунологического статуса и генетический фон, выявление генетических маркеров развития осложнений является актуальной научно-практической задачей, решение которой позволит прогнозировать индивидуальные особенности течения и исходы данной патологии.

Цель исследования. Изучение распределения генотипов полиморфного маркера гена TNF (G-308A) и гена ИЛ-4 (С 589Т) у больных с переломами длинных костей конечностей в плане развития гнойно-воспалительных осложнений.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 100 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с переломами длинных трубчатых костей у жителей Забайкальского края.

Первую группу составили 50 больных с неосложненным течением переломов (группа клинического сравнения).

Вторая (n=50) - с гнойно-воспалительными осложнениями переломов в раннем послеоперационном периоде. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, характеру повреждений и проводимому лечению. Для определения генетического полиморфизма TNFα (G-308A), ИЛ-4 (С 589Т) использовали метод "SNP-экспресс" ООО НПФ "Литех" (Россия).

Результаты исследования. Установлено, что при сравнении пациентов с осложненным и неосложненным течением переломов длинных костей конечностей выявлены достоверные различия по частотам распределения генотипов полиморфного локуса - G-308A гена TNFα и локуса - С 589Т гена ИЛ-4. Так, в группе с осложненным течением переломов на долю гомозиготного генотипа приходилось 28% и 30%, соответственно, тогда как в группе с неосложненным течением - 68% и 70%, соответственно. Гетерозиготный генотип встречался в 58% и 60%, соответственно, у пациентов второй группы против 32% и 30% в первой. В группе с гнойно-воспалительными осложнениями выявлено 7 пациентов с гомозиготной мутацией TNFα (G-308A) (14%) и 5 больных с мутацией ИЛ-4 (С 589Т) (10%). Установлено, что у данных лиц, наряду с гнойными осложнениями, отмечено развитие замедленной консолидации переломов, более тяжелое течение раневой инфекции.

Выводы.

1. Гетерозиготный тип мутации в два раза повышает вероятность развития воспалительных осложнений при переломах длинных костей конечностей.

2. При выявлении гомозиготной мутации TNFα (G-308A) и ИЛ-4 (С 589Т) отмечено более тяжелое и длительное течение раневой инфекции.

3. Выявление ассоциации той или иной патологии с определенным генотипом позволяет сделать долгосрочный индивидуальный прогноз для конкретного лица и провести необходимые терапевтические мероприятия для предотвращения развития осложнений заболевания или снижения тяжести его протекания.

Ударцев Е.Ю.
Санаторий «Алтай-West»
г.Белокуриха, Россия

ВНУТРИКОСТНОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ: ЗНАЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Хронический болевой синдром и специфические патологические процессы, сопровождающие течение остеоартроза (персистирующий воспалительный процесс в суставной полости, мышечная, вегетативная и стато-динамическая дисфункции), ведут к нарушениям регионарного кровообращения

в конечности и изменениям реологических свойств крови. В свою очередь, эти причины вызывают нарушения лимфо-венозного оттока, а повышение в этой связи внутрикостного давления (ВКД) в метэпизарных концах костей ухудшает процессы транссиновального обмена между синовией и суставным хрящом, создает неблагоприятные условия для регенерации хрящевой ткани. По этим причинам вопросы диагностики нарушений внутрикостной гемодинамики у пациентов с остеоартрозом имеют важное практическое значение.

Наиболее точным методом измерения ВКД является прямая тонометрия при помощи аппарата Вальдмана, однако инвазивность процедуры ограничивает ее широкое применение. Неинвазивные методы измерения ВКД (реовазографические, плетизмографические) не получили широкого распространения из-за неоднозначной трактовки полученных качественных характеристик измерямых параметров. Поэтому актуальным является разработка безопасных, легко воспроизводимых в процессе лечения количественных методов диагностики нарушений ВКД. С этих позиций перспективным представляется измерение параметров кровотока в магистральных сосудах, питающих соответствующие кости, при помощи методов, основанных на эффекте Допплера.

Для оценки параметров внутрикостной гемодинамики и возможности применения с этой целью ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) нами у 589 больных с остеоартрозом коленного (КС), тазобедренного (ТБС) и голеностопного (ГСС) суставов I-III-й стадии (по классификации J. Kellgren & J. Lawrence, 1957 г.) проводено исследование на УЗ- сканере «Sonics-QP» (Канада) с помощью линейных и конвексных датчиков 5-12 МГц. Измерения показателей кровотока проводили в триплексном режиме, включающем В-режим, цветное доплеровское картирование потока и спектральный анализ доплеровского сдвига частот. В глубокой артерии и вене бедра, подколенной артерии и вене, задней большеберцовой артерии и вене измеряли диаметр сосудов (в см), площадь поперечного сечения сосудов (в $см^2$), максимальную линейную скорость кровотока (в см/сек) и объемную его скорость (в мл/мин). Обоснованием к использованию УЗДГ для оценки внутрикостного кровообращения служило подчинение кровотока в костных структурах законам гидродинамики и особенностям физиологии кровообращения (закон Паузейля). Метаэпифизарные отделы бедренной и большеберцовой костей являются пористой средой и движение крови в них описывается законом Дарси: скорость фильтрации направлена в сторону убывания давления, пропорциональна градиенту давления, обратно пропорциональна вязкости жидкости и прямо пропорциональна проницаемости среды. Расход крови (объемный кровоток) в пористой среде описывается формулой Дюпюи, согласно которой в норме количество притекающей и оттекающей крови должны быть равны. Таким образом, если количество протекающей крови через кость (Qart.) оказывается меньше количества вытекающей крови (Qven.), то имеются застойные явления внутри кости, вызывающие повышение внутрикостного давления.

Для определения вариантов нормы ВКД мы провели УЗДГ - обследование 45 здоровых добровольцев в возрасте 20-40 лет. При этом оказалось, что разница между артериальным притоком и венозным оттоком не превышала 15%, уменьшение объемного венозного кровотока больше указанной величины позволило нам говорить о застое венозной крови.

Аналогичные значения были получены при расчетах объемного кровотока по формуле: Vvol.=Vpeak. x S x p, где Vpeak-линейная скорость кровотока (мл/с), S - площадь поперечного сечения сосуда ($см^2$), p - плотность крови (1,05).

Анализ полученных числовых значений объемных скоростей кровотока после выполнения УЗДГ показал, что у 69 (69%) из 100 больных с остеоартрозом ТБС дисбаланс между Qart. и Qven. составил 29,4±1,6%, у 145 (59,9%) из 262 пациентов с остеоартрозом КС этот показатель составил 32,1±3,5%, у 114 (50,2%) из 227 больных с остеоарнтрозом ГСС - 38,4±3,1%. Особенностью было и то, что выявленные нарушения касались пациентов как с ранними, так и с поздними стадиями заболевания

Таким образом, более чем у половины (59,7%) больных с остеоартрозом тазобедренного, коленного и голеностопного сустава выявлены нарушения регионарной гемодинамики в виде нарушения венозного оттока. При этом использование ультразвуковой допплерографии позволило количественно оценить степень венозного застоя и соответственно ему - уровень повышения внутрикостного давления. Доступность, неинвазивность и многократная воспроизводимость позволяют считать УЗДГ информативным методом оценки, в том числе и динамической, состояния внутрикостной гемодинамики у этой категории больных.

Ударцев Е.Ю.
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития
г.Новосибирск, Россия

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КРУЗАРТРОЗА

Посттравматический крузартроз (ПКА) развивается - в зависимости от тяжести травмы и метода лечения - у 15,6-29,4% пострадавших и приводит к инвалидности в 8,8-40,3% случаев. Анализ сложившейся к настоящему времени ситуации показал, что в практике врача-травматолога эффективные способы профилактики ПКА не применяются.

Известно, что в развитии дегенеративно-дистрофических процессов в травмированном суставе одну из ключевых позиций занимают нарушения регионарного кровообращения. Болевой фактор в первые часы и сутки после травмы является основным в развитии посттравматического ангиоспазма, а прогрессирующее ухудшение регионарного кровотока в травмированной конечности ведет к острой ишемии субхондральной кости, ухудшению микроциркуляции в синовии, нарушает обменные процессы между синовиальной жидкостью и кровью, угнетает синтетические возможности хондроцитов и активизирует катаболические процессы в хряще.

Для изучения возможности профилактики ПКА на основе коррекции гемодинамических нарушений нами были сформированы две группы больных с острыми повреждениями голеностопного сустава (ГСС) типов В2, В3, С2,С3 по классификации АО. Группы были сопоставимы по тяжести травмы и методам хирургического лечения. У 36 больных первой группы применен разработанный нами метод регионарной проводниковой пролонгированной анестезии седалищного и внутреннего кожного нерва голени травмированной конечности (Патент РФ N 2204419), у 31 пациента второй группы метод не применяли.

Методика проведения: положение больного на животе, пальпаторно определяется верхний угол подколенной ямки, ограниченный сухожилиями двуглавой и полуперепончатой мышц бедра, место вкола располагается на 10-15 мм выше верхнего угла подколенной ямки. После дезинфекции кожи кожи игла размером 0,6 х 40 мм (для лиц с развитой подкожной клетчаткой 0,8 х 60 мм) вводится перпендикулярно поверхности кожи на глубину 15-25 мм. После прокола фасции и появления парестезии в области пятки и подошвенной поверхности стопы игла подтягивается на 1-2 мм и периневрально вводится 10-15 мл анестетика (2% раствор новокаина с адреналином в концентрации 1:1000 в расчете 1 капля на 10 мл новокаина). В момент продвижения иглы проводится аспирационная проба для исключения ранения сосудов и введения анестетика в сосудистое русло. Затем проводится анестезия внутреннего кожного нерва голени. Положение больного на спине. Пальпируется внутренний край большеберцовой кости и передне-внутренний край камбаловидной мышцы. В проекции метадиафизарной зоны иглой 0,6х80 мм под углом 20-30° в направлении сзади кпереди веерообразно вводится 10 мл анестетика до возникновения парестезии внутренней поверхности голени, ГСС и стопы.

Проведенный мониторинг показателей дерматотермометрии (ДТМ) и реовазографии (РВГ) показал, что у больных первой группы в сравнении с пациентами второй группы к 5-му дню после травмы - в 8,1 ($p<0,05$) раза возрос температурный градиент параартикулярных тканей, что характеризовало повышение активности метаболических процессов и улучшение микроцикуляции. Показатели РВГ отражали позитивную динамику регионарного кровообращения в виде повышения в 1,5 раза ($p<0,05$) реографического индекса, характеризующего увеличение артериального притока, а уменьшение в 1,25 ($p<0,05$) раза дикротического индекса и в 1,6 ($p<0,05$) раза - индекса венозного оттока свидетельствовало о снижении спазма сосудов микроциркуляторного русла и улучшении лифо- венозного кровообращения. Таким образом, ежедневно проводимая манипуляция у больных первой группы способствовала стойкому восстановлению макро- и микроциркуляции, метаболизма тканей к 5-7 дню после травмы.

Отдаленные результаты лечения больных обеих групп изучены в сроки от двух до трех лет, при этом развитие ПКА у больных первой группы, отмечено в 13,9% , у больных второй - в 24,3% случаев.

Проведенное исследование позволило считать предложенную методику эффективным и патогенетически обоснованным способом профилактики посттравматического крузартроза, поскольку уменьшение болевой импульсации вследствие длительной анестезии способствовало

купированию ангиоспазма и созданию условий для перехода сосудистых реакций в фазу реактивной гиперемии, наиболее благоприятной для регенерации поврежденных тканей, что позволило на 42,8% снизить частоту развития ПКА.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дехканов К.М., Дадабаев Х.Р., Усманов С.Б.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Высокий уровень неблагоприятных исходов лечения больных с открытыми тяжелыми травмами нижних конечностей, сочетанных с повреждениями сосудов, разрушением и дефектом костных и мягких тканей говорит о существующих проблемах. Недостаточно изучены вопросы показаний к сохранению сегментов конечностей при различных видах повреждений, сроков и объема первичных вмешательств, а также реабилитационных мероприятий, в том числе корригирующих операций.

Цель исследования. Оптимизировать систему методов комплексного органосберегающего и восстановительного лечения данной категории больных для улучшения анатомических и функциональных результатов.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ лечения 176 больных с тяжелыми открытыми повреждениями нижних конечностей, пролеченных в отделении экстренной сердечно-сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП за истекший период. Основная масса пострадавших приходилась на мужчин среднего возраста, занятых в травмоопасных видах физического труда. Причиной тяжелых травм конечностей явилось механическое воздействие повреждающих агентов с высокой кинетической энергией, что привело к значительному разрушению тканей.

Из пролеченных 176 пострадавших у 81 (46%) отмечено нарушение магистрального кровообращения. У 95 (54%) больных выявлены сочетанные повреждения костей, сухожилий и нервов без нарушения кровообращения в конечности. Обширные дефекты мягких тканей имели место у 48 (27%) пострадавших.

По нашему мнению, основной задачей в лечении больных с тяжелой открытой травмой нижних конечностей является более полное и раннее одноэтапное восстановление поврежденных функционально-значимых анатомических структур, замещение дефектов тканей и профилактика послеоперационных осложнений, что обусловливало сохранение анатомической и функциональной полноценности конечности. Как правило, первым этапом, выполнялась первичная хирургическая обработка раны. Производили иссечение разрушенных тканей, что качественно предупреждает развитие инфекционно-гнойных осложнений в ране. Следующим этапом выполняли восстановление костного скелета конечности. Нами принята методика первичного интрамедуллярного или параартикулярного остеосинтеза костных отломков с последующим наложением компрессионно-дистракционного аппарата по Илизарову в раннем послеоперационном периоде. Данная методика позволяла предотвратить длительную ишемию конечности у больных с нарушенным кровообращением, а в последующем - оптимально выполнять этапные хирургические обработки ран и кожную пластику для укрытия дефектов и начать раннюю функциональную нагрузку на конечность. Ушивание или пластика сосудов выполнялась под оптическим увеличением, что позволило значительно уменьшить число тромбозов сосудистых анастомозов (6 случаев тромбоза на 120 анастомозов). Восстановление нервных стволов также выполнялся под оптическим увеличением наложением эпи- или эпипериневральных швов. В ранний послеоперационный период большое значение придавали выполнению этапных хирургических обработок ран, затем производили различного рода кожно-пластические операции для укрытия дефектов: аутодермопластику у 40 (22,7%) пострадавших, пластику свободным полнослойным лоскутом у 21 (11,9%) больных.

Послеоперационные осложнения были выявлены у 27 (15,3%) пациентов: нагноение послеоперационных ран у 8 (29,6%) больных, тромбоз сосудистых анастомозов в 6 (22,2%) случаях, краевой некроз кожи у 13 (48,1%) больных. Нагноения ран были отмечены у больных, которым в силу определенных причин (обширность дефектов) не выполнялось широкое

иссечение поврежденных структур при первичной хирургической обработке. С этим же связаны некротические осложнения в виде краевых некрозов кожи. Тромбозы анастомозов выявлены у больных с повреждением сосудов на протяжении в виде контузии или сдавления.

Выводы.

Основной задачей в лечении больных с тяжелой открытой травмой нижних конечностей является, по нашему мнению, качественно выполненная первичная хирургическая обработка ран, проведение оптимального вида остеосинтеза, возможно более раннее восстановление функционально-значимых структур конечности, выполнение этапных хирургических обработок ран и профилактика хирургической инфекции с целью сохранения анатомической и функциональной полноценности конечности.

Федоров А.С., Старых В.С.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 3 им. М.А. Подгорбунского»
г.Кемерово, Россия

НОВАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ «ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ» АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

К «переломо-вывихам» акромиального конца ключицы относят сочетание вывиха с внутрисуставным или околосуставным переломом дистального конца ключицы (Ю.М. Свердлов, 1978 г.). «Переломо-вывихи» ключицы составляют 3,1% всех повреждений акромиально-ключичного сустава (А.С. Харютин, 2005 г.). Из 212 больных, госпитализированных в кемеровскую городскую клиническую больницу N 3 им. М.А. Подгорбунского с вывихом акромиального конца ключицы, «переломо-вывих» ее акромиального конца верифицирован у 17 (8%). Околосуставной перелом дистального конца встретился в 9 случаях и внутрисуставной - в 8. У всех 17 пациентов был разрыв акромиально-ключичной связки и у 7 из них он сопровождался разрывом клювовидно-ключичной связки. При хирургическом лечении таких больных часто использовали крючковидный фиксатор и иногда лавсановую ленту для замещения поврежденной связки. Однако чрезсуставное проведение ленты или крючка металлической пластины может повреждать суставные поверхности акромиона и ключицы с возможностью дегенеративно-дистрофических изменений в суставе (В.В. Писарев, 2006 г.), что побудило нас к разработке новой методики оперативного вмешательства.

По разработанному нами способу хирургического лечения при переломо-вывихе акромиального конца ключицы в Роспатент подана заявка N 2012111398 на изобретение с приоритетом от 23.03.2012. Способ включает остеосинтез накостной пластиной. Затем замещают разорванную акромиально-ключичную связку лавсановой лентой. Для этого проводят через просверленный канал в акромионе снизу-вверх петлю эластичного элемента с заклиниванием его шляпки в нижнем отверстии канала. Затем рассекают выведенную петлю эластичного элемента. Каждый его конец проводят через оставленные свободными два отверстия в пластине, после репозиции ключицы концы эластичного элемента с натяжением скрепляют между собой, и участок скрепления погружают в паз между двумя отверстиями у края дистального конца пластины.

В разработанном способе проведение концов эластичного элемента через два отверстия в пластине, поперечно расположенные у края дистального ее конца, обеспечивает внесуставное замещение разорванной акромиально-ключичной связки и удержание ключицы во вправленном состоянии. Погружение участка скрепления концов эластичного элемента в паз между двумя отверстиями у края дистального конца пластины уменьшает возвышение их узла над пластиной, исключая давление его на покровные мягкие ткани, возникновение пролежней и способствуя более эстетичному виду пациента. Выполнение эластичного элемента из нейтральной для тканей организма и прочной на разрыв синтетической ленты, например, из лавсана шириной в 3-4 мм обеспечивает надежное удержание ключицы у акромиона. Скрепление концов эластичного элемента при размещении натянутого его участка параллельно оси ключицы по кратчайшему расстоянию между верхним отверстием канала в акромионе и дистальным концом ключицы исключает смещение ключицы кверху после операции.

Исследования разработанного способа показали, что накостная пластина, фиксируя репонированные отломки ключицы при переломе, одновременно служит опорой для эластичного элемента. Проведенный за пределами акромиально-ключичного сустава и прикрепляемый одним

концом к акромиону, а другим к накостной пластине, эластичный элемент замещает поврежденную акромиально-ключичную связку и удерживает ключицу во вправленном состоянии. В результате исключается оставление в полости сустава инородного травмирующего тела и предупреждается образование грубых послеоперационных сращений в полости сустава, что обеспечивает условия для сохранения его функций.

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

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА АКТИВНОСТЬ РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ

Эмоциональность и тревожность играют большую роль в организации адаптационного ответа, в частности, на травму. Эмоции здесь выступают как механизм, который оценивает опасность возникшей ситуации, а тревожность выполняет роль ведущего фактора субъективной оценки своих возможностей по формированию механизмов защиты от повреждающего фактора.

Материалы и методы исследования. Проведено тестирование 480 больных с «хрупкими» переломами костей голени, как симптома остеопороза, в возрасте 60-70 лет по тестам Кэттелл-16PF, EPI, MMPI, Лири, «Q-сортировка», Шмишека, Спилбергер-Ханина и Томаса.

Минеральную плотность костей (МПК) скелета измеряли на костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp.» (США). Состояние кровообращения в конечности и репаративного костеобразования в месте перелома и во всей конечности нами изучалось по накоплению ^{99m}Tc-технефора на гамма-камере. Одновременно определяли концентрацию остеотропных гормонов и остеокальцина методом радиоиммунологического анализа.

Результаты исследования. После травмы у больных была ослаблена интенсивность и подвижность процессов возбуждения и торможения, особенно внутреннего, в коре головного мозга. Это проявлялось в повышенной и неоправданной раздражительности, подозрительности, рассеянности, невнимательности, повышенной пессимистичности, неуверенности в себе и угрюмости. Личностная тревожность была всегда среднего уровня, а ситуационная - высокая.

Тест Р. Кэттелла свидетельствовал об эмоциональной неустойчивости, при расстройствах человек терял равновесие духа, был подозрительным, внутренне напряженным и догматичным.

Достаточно часто выявлялись изменения со стороны внутренних органов, страдал обмен веществ, нередко была усталость как следствие снижения силы мышц. Это сопровождалось общим одряхлением.

У больных с переломами была более высокая концентрация паратирина, остеокальцина - костного маркера, свидетельствующая о большей степени деминерализации скелета. Обнаружена более низкое содержание соматотропина и кальцитонина, необходимых для формирования органической основы регенерата и ее минерализации. При обследовании больных обнаружено с первых же дней после травмы увеличение накопления меченого пирофосфата, указывавшее на усиление обменных процессов в месте перелома, в частности, ее минеральных компонентов. Данный показатель был самым ранним, единственным и наиболее чувствительным. Столь быстрое ускорение обмена происходило вследствие увеличения концентрации паратирина, ответственного за процесс деминерализации костных отломков.

В 71-75 лет МПК в позвоночнике женщин была снижена на 2%, в 76-80 лет на 28%, в 85 лет - на 30%. В шейках бедренных костей соответственно 27, 28 и 32%. Эти величины указывали на наличие остеопороза. Поэтому больным с переломами назначали сеансы гипербарической оксигенации (ГБО). Снятие гипоксии положительно влияло на общую гемодинамику, снимала спазм сосудов в зонах ишемии, улучшала капиллярный кровоток, способствовала развитию коллатералей. Усиливалась интенсивность обмена веществ в тканях места перелома, нормализовалась функция остеобластов, возрастала МПК, что улучшало репаративный процесс.

Выводы.

Нарушение психических процессов существенно влияет на физиологические показатели. Постоянная работа психолога способствует снижению уровня ситуационной тревожности, уменьшает напряженность, приводит к большей выраженности положительных эмоций и этим способствует активизации защитных сил организма для репаративного процесса.

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

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Цель работы. Выявление психофизиологических закономерностей течения травматического стресса при повреждениях опорно-двигательной системы у лиц разного возраста, пола и состояния здоровья, страдающих от остеопороза.

Материалы и методы исследования. 480 пожилых и старых люди в возрасте 60-75 лет с остеопорозом и с закрытыми переломами костей нижних конечностей, лечившихся по методу Г.А. Илизарова. Контролем служили данные у людей аналогичного возраста, но без переломов. Комплексный характера психофизиологического исследования обеспечивался полиэффекторным методом, включавшим изучение минеральной плотности костей скелета и костной мозоли в месте перелома, функционального состояния эндокринной системы, остеотропных гормонов, костных маркеров и метаболических процессов в тканях. Изучение психологии личности пожилых и старых людей после переломов, выяснение корреляции между психологическими и физиологическими показателями позволяло психологу активно влиять на процесс реабилитации.

На основании проведенных исследований мы пришли к следующим выводам:

1. Психофизиологическими критериями травматического стресса у пожилых и старых людей являются: депрессивный тип переживаний, характеризующийся подавленным настроением, апатией, психоэмоциональным напряжением (ситуационная тревожность и акцентуации характера), изменением свойств личности (депрессия, астения) и признаками нарушения адаптации (психоастеничность, сензитивность и астеноневротичность).

2. Адаптация к травматическому стрессу проявляется психосоматическими реакциями: напряжением центральных механизмов регуляции сердечного ритма, изменением функций эндокринных желез (гормоны стресс группы, остеотропные гормоны - паратиреоидный, кальцитонин), а также соматотропина, нарушением эвакуаторной функции желудка и снижением функции инсулярного аппарата поджелудочной железы.

3. Психофизиологические изменения при травматическом стрессе имеют фазовый характер, связанный с процессами репарации: 1 фаза: боль после перелома, сопровождающаяся снижением психофизических способностей, изменением концентрации соматотропина и кальцитонина; 2 фаза - сбалансированного расходования адаптационных резервов во время лечения и реабилитации, характеризующаяся снижением концентрации гормонов при уменьшении интенсивности стрессогенных факторов.

4. У лиц старшего возраста с остеопорозом при переломах психофизиологические особенности стрессового состояния заключаются в усилении психоэмоционального напряжения, эмоциональной неустойчивости, появлении фрустрации, раздражительности и выраженной утомляемости. Гипергликемия и глюкозурия, изменения функций мочевого пузыря и кишечника, появление вялости, астении и акцентуаций характера свидетельствуют у них о развитии дезадаптации.

5. Коррекция психофизического состояния лиц с травмами костной системы, направленная на снижение психофункционального напряжения и нормализацию состояния приводит к ускорению репаративных процессов, нормализации кровотока в конечности, увеличению концентрации циклического гуанинмонофосфата, стимулирующего освобождение лизосомальных энзимов и гистамина, что приводит в движение клеточный пул и пролиферацию клеток костного мозга. В основе механизма костеобразования лежит увеличение концентрации остеотропных гормонов и циклических нуклеотидов.

Юлдашев А.Х., Акбарова М.А., Махмудов Н.И., Акбарова М.Н.
Ферганский государственный унииверситет
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

Любая травма, полученная спортсменом, - это не только физическое повреждение той или иной части тела, но и изменения его психического состояния. Характер и интенсивность этих изменений во многом зависят от локализации и тяжести травмы, а также от особенностей нервной системы и личности спортсмена. Однако при значительных индивидуальных различиях в проявлении психических изменений, вызванных травмами, все они объективно обусловлены воздействием возникших болевых ощущений, нарушениями привычной деятельности, срывом значительных жизненных планов и т.п. Под влиянием этих факторов у спортсменов часто ухудшается самочувствие и настроение, появляются состояние депрессии, чувство беспокойства за свое здоровье, успешность дальнейшей подготовки и возможность выступлений в соревнованиях.

У спортсменов с акцентированными проявлениями ипохондрических черт характера нередко возникают состояния тревожного ожидания и повышенной мнительности, которые неблагоприятно отражаются на дальнейшем ходе лечения. Они могут быть усилены ятрогенным влиянием со стороны врачей, медицинского персонала и окружающих лиц. Частое возникновение подобных состояний приводит у недостаточно эмоционально устойчивых спортсменов к появлению довольно стабильных остаточных явлений неуверенности, боязливости, скованности, снижению уровня нервно-писихической активности и т.п. Более резистентны к психическому воздействию травм спортсмены с сильной, уравновешенной нервной системой, с развитыми волевыми чертами характера и эмоциональной устойчивостью.

Для более быстрого и эффективного излечения травм и ликвидации возможного отрицательного воздействия их на психику, врачу, а впоследствии и тренеру, необходимо систематически применять в ходе лечения и реабилитации ряд психолого-педагогических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий и воздействий.

К их числу следует отнести проведение рациональных убеж-дающих бесед со спортсменами, обучение их различным приемам самовнушения и самовоздействия.

В ходе этих мероприятий решается ряд довольно сложных задач. Прежде всего необходимо проинформировать спортсмена о сущности и перспективах лечения травм и выработать правильное отношение к ним, желание как можно быстрее вылечиться, соблюдая при этом все предписания врача и всячески помогая ему, а у спортсменов с синдромом тревожности и мнительности выработать уверенность в благоприятном исходе лечения и дальнейшем успешном продолжении подготовки и выступлений в состязаниях.

Важнейшая задача, которую решает весь коллектив специалистов - постепенное укрепление и развитие у спортсмена в период реабилитации бойцовских качеств: целеустремленности, упорства, стойкости в перенесении болезненных ощущений и дискомфорта, мужества в процессе операций и т.д.

Овладение современными методами психической саморегуляции, основанной на принципах аутогенной идеомоторной тренировки и самовнушения, позволяет спортсмену использовать существующие психосоматические и психофункциональные взаимосвязи для более эффективной ликвидации травм. В особо сложных и тяжелых случаях в беседе необходимо объяснить спортсмену серьезность положения, но психически не травмировать его, утрируя возможные дурные последствия, как это делают нередко некоторые врачи, мешая атлету включиться в процесс излечения. Необходимо также, чтобы весь медицинский персонал повседневно способствовал созданию у спортсменов оптимистического настроения, развитию их интеллектуальной, а со временем и физической активности, стремлению к самовоспитанию воли во всех действиях и поступках. Лидером в этих вопросах должен быть лечащий врач, который обязан сориентировать медицинский коллектив на проведение работы в нужном социально-психологическом и социально-гигиеническом направлении.

Методы аутогенной тренировки и ее различные модификации, столь нужные и эффективные при лечении травм и в создании у спортсменов соответствующего психического состояния, ныне широко применяются в спортивной медицине. Все варианты аутогенной тренировки (а сюда входят различные приемы, словесные воздействия, создание образов-представлений) приводят к фазе полного расслабления и дремотного состояния. В этой фазе спортсмен может с наибольшимим успехом подвергаться внешним (гетеро-) и собственным (ауто-) воздействиям. В частности, во время лечения травм могут быть наиболее эффективно восприняты и усвоены установки о снижении болевых ощущений и тревожности, опасении дурных последствии повреждения, о повышении уверенности в правильном ходе лечения, возможности начать полноценные тренировки и с успехом выступать на соревнованиях.

В заключение можно с уверенностью сказать, что при лечении травм систематическое применение психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий и активное, осознанное применение спортсменами приемов саморегуляции позволят в значительной степени повысить эффективность лечебного процесса и сократить его продолжительность.

Липина М.М., Макаров М.А., Амирджанова В.Н., Макаров С.А., Павлов В.П., Коломацкий В.В., Вардикова Г.Н.

Федеральное Государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г. Москва, Россия

АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИў И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОўНИў КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АРТРОСКОПИчЕСКОЙ СИНОВЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Цель исследования. Оценить результаты артроскопической синовэктомии (АСЭ) и ее влияние на активность заболевания и функциональное состояние коленного сустава у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. 124 АСЭ коленного сустава у 108 пациентов с РА, средний возраст 41,7±14,3 лет. Средний срок наблюдения 4,5±2,5 года, длительность стойкого синовита 2,4±2,4 года.

Активность заболевания оценивалась по индексу RAPID-3, функциональное состояние коленного сустава по индексу Knee Society Score (KSS), эффективность АСЭ в отношении купирования боли по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли. При помощи «В - модальной» сонографии коленного сустава («Voluson-i» GE, линейный датчик 4-13 MHz) в динамике (до операции, через 3, 6, 12 месяцев после операции) определялся индекс синовита коленного сустава.

Результаты исследования. Умеренное снижение активности (ΔRAPID-3 = 2,8±0,5, p=0,0005), отмечалось уже к 3 месяцу после операции, и соответствовало удовлетворительному результату лечения. К 12 месяцам после операции получены хорошие результаты (ΔRAPID-3 = 7,1±1,7, p<0,001). Боль в коленном суставе уменьшилась с 52,5±26,89 до 20,1±18,2 мм по ВАШ (p<0,05). Достоверно улучшились показатели функции и состояния оперированного сустава по индексу KSS (с 42,2±23,5 до 80,7±16,1 (p<0,01) и с 49,2±18,9 до 79±15,9 (p <0,05), соответственно). Амплитуда движений увеличилась до 23,3±2,2 баллов, по сравнению с дооперационным периодом - 19,9±3,6 балла (p<0,005). По данным УЗИ к 12 месяцам после операции индекс синовита уменьшился с 17±8,1 до 8,5±2,7 мм, однако это уменьшение было постепенным: к 3 месяцам - 9,8±3,5 мм, к 6-и - 9,4±5,2 мм (p<0,05).

Выводы.

АСЭ является эффективным методом лечения хронического синовита коленного сустава при РА, который способен уменьшить активность заболевания и улучшить функциональное состояние коленного сустава.

Макаров С.А., Макаров М.А., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н.
Федеральное Государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г. Москва, Россия

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Цель исследования. Оценить частоту асептической нестабильности и перипротезных переломов у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и остеопорозом (ОП).

Материал и методы исследования. Проведен анализ отдаленных результатов эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов 130 пациентов с РА и ОП (48 больных с эндопротезами коленного сустава и 82 - тазобедренного). Диагноз ОП установлен на основании данных двухэнергетической рентгенденситометрии. В качестве БПВП больные принимали метатрексат в средней дозе 10 мг; 63,7% пациентов получали системно ГК (средняя доза преднизолона составила 5 мг). У 100% пациентов с поражением тазобедренного сустава был диагностирован асептический некроз головки бедренной кости, из них в 12,2% диагностирован перелом шейки бедра. У 61,2% больных с поражением коленного сустава имелись признаки асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой костей. Контрольную группу составили пациенты с остеоартрозом (ОА) (92 человека), которым так же была выполнена операция тотального эндопротезирования тазобедренного (59 пациентов) или коленного суставов (33 пациента). Средний срок наблюдения составил 5,4 лет (1-13 лет).

Всем пациентам установлены эндопротезы тазобедренного сустава бесцементной фиксации, коленного сустава цементной фиксации. В послеоперационном периоде назначались бисфосфонаты в сочетании с активными метаболитами витамина Д3 и препаратами кальция.

Результаты исследования. Рентгенологические признаки локального остеолиза без клинических признаков нестабильности наблюдались у 7% пациентов РА. Рентгенологически и клинически выраженная асептическая нестабильность компонентов эндопротеза тазобедренного сустава возникла у двух (2,4%) пациентов, при этом важно отметить, что ни в одном случае не зарегистрировано нестабильности вертлужного компонента. Рентгенологические и клинические признаки нестабильности эндопротеза коленного сустава отмечены у 1 больной (2 %). Перипротезные переломы бедренной кости имели место у двух (1,5%) пациентов. У одного из них, с эндопротезом коленного сустава, перелом произошел в результате автоаварии, у второго, с эндопротезом тазобедренного сустава, при падении с высоты собственного роста. Ни у одного пациента, оперированного по поводу перелома шейки бедренной кости, признаков нестабильности компонентов эндопротеза или перипротезных переломов не зарегистрировано. В контрольной группе (ОА) у одной пациентки через год после операции развилась асептическая нестабильность обоих компонентов эндопротеза коленного сустава, потребовавшая выполнения ревизионной операции. Необходимо отметить, что до операции у больной имелись признаки выраженного асептического некроза мыщелков и большеберцовой и бедренной костей, причины которого выяснить не удалось. Перипротезных переломов в этой группе не было.

Выводы.

Один из переломов, произошедших в первой группе в результате автоаварии, мы не стали учитывать при оценке результатов. Проанализировав полученные данные, не выявлено достоверных различий между двумя группами. Результат с одной стороны ожидаемый, с другой неожиданный. Неожиданный потому, что исследуемую группу составили наиболее тяжелые и неблагоприятные с точки зрения исходов пациенты не просто с РА, но и с достоверно выявленным ОП. Ожидаемый, поскольку ранее нами было показано, что при своевременной и адекватной фармакологической коррекции нарушенного ремоделирования костной ткани бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава может с успехом применяться у этой тяжелой категории пациентов.

Макаров М.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Павлов В.П., Бялик Е.И., Коломацкий В.В., Липина М.М.

Федеральное Государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г. Москва, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЎ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РЗ

Эндопротезирование коленного сустава у больных РЗ представляет собой сложную задачу. Длительно существующий артрит сустава ведет к стойкой деформации сустава с развитием асептического некроза мыщелков, связочным дисбалансом и формированием контрактур.

Цель исследования. Проанализировать результаты оперативного лечения больных ревматическими заболеваниями после операции тотального цементного эндопротезирования коленного сустава.

Материал и методы исследования. Изучены результаты 327 операций эндопротезирования коленного сустава у больных РЗ.

Распределение по нозологии: РА - 232, ДОА - 65, ЮХА - 17, СКВ - 4, анкилозирующий спондилоартрит - 4, подагрический артрит - 3, псориатический артрит - 2 операции. Для оценки результатов использовался опросник состояния здоровья HAQ и опросник для оценки функции оперированного сустава KSS (Knee Society Score).

Результаты исследования. Средняя длительность наблюдений составила 5,4 года (от 1 до 10,6 лет).

Среднее значение функционального индекса HAQ до операции составило 1,98±0,77, то есть в повседневной жизни большинство действий больные выполняли с трудом или не могли выполнить совсем. При обследовании после операции отмечено достоверное снижение функционального индекса до 1,25±0,81 ($p<0,01$), что свидетельствует о повышении функциональной активности пациентов, лучшей адаптированности к повседневной жизни.

До операции средняя оценка по KSS составила 26,3±0,6 баллов. Большинство больных передвигались преимущественно внутри дома и пользовались дополнительной опорой при ходьбе. После операции отмечено достоверное повышение общей бальной оценки до 145,56±37,4 ($p<0,01$). При этом достоверно улучшилось функциональное состояние пациента, отражающееся в отсутствие необходимости использования дополнительной опоры при ходьбе, возможности ходьбы по лестнице и на длительные расстояния.

Выводы.

Полученные данные позволяют нам предположить, что даже несмотря на выраженные деформации сустава, полиартикулярный характер поражения и плохое функциональное состояние пациентов операция эндопротезирования позволяет восстановить опорную функцию конечности, функцию сустава, устранить болевой синдром и достоверно улучшить качество жизни больных.

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

Федеральное Государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г. Москва, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЎ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (ТЭТС) У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ЮРА)

Анализ эффективности ТЭТС, а так же здоровья и качества жизни у пациентов ЮРА.

26 пациентов с ЮРА, возраст 29,2±5,3 лет (в диапазоне 19-45 лет), Ж:М как 24:2.

Рост: 155,1±5,8. Индекс массы тела (ИМТ): 22,1±2,1, длительность заболевания: 7,6±2,3. Произведено 30 ТЭТС, из них 4 - двустороннее. Сроки обследования отдаленных результатов ТЭТС до/после - 4,7±2,1 (2-10 лет), с использованием опросников Harris, HAQ, EQ-5D и ВАШ.

Средний бал до/после операции: Harris - 39,1±10,2/81,5±8,6 и HAQ - 2,02±0,3/ 1,12±0,5 - что свидетельствует о значительном улучшении показателей. EQ-5D - 0,12±0,1/0,68±0,1. Боль по ВАШ - 75/32.

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

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

Федеральное Государственное бюджетное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН
г. Москва, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ СИНОВЭКТОМИИ И ДЕБРИДМЕНТА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения и качество жизни (КЖ) пациентов с ревматоидным артритом (РА) с поражением локтевого сустава.

Материалы и методы исследования. 53 пациента с резекцией головки лучевой кости, синовэктомией и дебридментом локтевого сустава были обследованы через 11±5,2 гг. после операции. Проводилось клиническое и рентгенологическое исследование оперированного сустава, оценка функции и КЖ по опросникам Mayo Elbow Score , Oxford Elbow Score, HAQ, EQ 5D.

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

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

Среднее значение индекса HAQ до операции было высоким (2,36±0,56 баллов). После операции отмечалось существенное улучшение функционального состояния больных со снижением индекса HAQ до 1,67±0,22, при этом разница индекса до и после лечения составила 0,69 баллов, что соответствовало значительному положительному эффекту лечения (как минимум 50% клиническому улучшению по критериям ACR).

Индекс КЖ EQ-5D до операции составил 0,19±0,028 баллов, после операции 0,53±0,07; при этом ΔEQ-5D равнялась 0,34 баллов, что свидетельствовало о выраженном улучшении КЖ больных после оперативного лечения (70% клиническое улучшение по критериям ACR).

В отдаленные сроки после операции боль в пораженном локтевом суставе уменьшилась почти в 2 раза. ВАШ до и после операции 73,8/40,6 ($p \leq 0,01$).

При анализе отдельных шкал опросника EQ-5D выявлено, после операции отмечалось улучшение психо-эмоционального состояния, а уход за собой и повседневная активность давались пациентам практически без труда.

Выводы.

В отдаленные сроки синовэктомия с дебридментом и резекцией головки лучевой кости приводит к уменьшению боли, увеличению объема движений, улучшению функционального состояния и КЖ после операции у больных РА.

Барашов А.Ю., Пронских А.А.
МБУЗ «ГКБ N 11», г.Кемерово
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

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

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

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

Материалы и методы исследования. На базе МБУЗ «ГКБ N 11» г.Кемерово (травмоцентр II уровня) был проведен ретроспективный анализ историй болезни пострадавших с политравмой, госпитализированных с 2004 по 2008 годы.

Результаты исследования. За данный период в МБУЗ «ГКБ N 11» была оказана медицинская помощь 252 пострадавшим с политравмой. У всех пациентов были зарегистрированы состояния, представляющие непосредственную угрозу для жизни.

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

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

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

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

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

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

По схеме «клиника - клиника» была осуществлена межстационарная транспортировка на реанимобилях в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» г.Ленинск-Кузнейкий (травмоцентр I уровня) 12 больных (4,8%). Показанием для перевода явились травмы с высокой степенью тяжести повреждений и состояния, высокая вероятность возникновения и развития осложнений травматической болезни.

При поступлении 7 пациентов были прооперированы в первые сутки, остальные - после стабилизации состояния. Все больные выжили, осложнений не отмечалось, функциональные позитивные результаты получены у девяти.

Выводы.

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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Абдуллаев Д.Д., Гоипов Р.И., Тожиев М.Т., Сайдалиев С.С., Уринбоев Б.К.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г. Фергана, Республика Узбекистан

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДВУСТОРОННИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Задачей научного исследования являлось изучение диагностической ценности результатов наиболее широко применяемых вспомогательных методов обследования при двусторонних гематомах и сопоставление их с клиническими данными. Изучены 103 (100%) истории болезни с внутричерепными гематомами. В 15 (14,5%) случаях выявлены двусторонние гематомы: в 12-и - острые, в 3-х - подострые. Абсолютное большинство пострадавших были доставлены в стационар в коматозном состоянии. Тяжесть состояний была обусловлена не только внутричерепными кровоизлияниями, но и ушибом, и размозжением мозгового вещества. Отмечалась полушарная, чаще билатеральная, и стволовая симптоматика. Имели место моно- и гемипарезы, афазии, эпилептические припадки. Определялись мезэнценфало-бульбарные, диэнцефальные и экстрапирамидные нарушения.

Частичный регресс симптоматики типа «светлого» промежутка отмечен у 8-и больных. У 2-х пострадавших симптомы нарушения противоположной гемисферы начали отчетливо проявляться лишь после удаления гематомы с одной стороны.

При дифференциальной диагностике ушибов и сдавления мозга наиболее информативными являются параклинические методы исследования. Однако анализ нашего материала показывает, что при интерпретации полученных данных следует иметь в виду ряд особенностей, присущих двусторонним гематомам. Выявленные рентгенографические повреждения костей черепа в «типичных» местах ориентируются в пользу гематом. Но такие признаки бывают нечасто. Переломы костей черепа обнаружены в 11-и наблюдениях, в том числе у 6-и пострадавших в зоне расположения ветвей наружной сонной артерии.

Тяжелое состояние больных и опасность развития дислокации мозга ограничивают применение люмбальной пункции. Высокая информативность метода эхоэнцефалографии при односторонних гематомах явно снижается в случаях с двусторонней гематомой. Смешение срединных структур головного мозга на 2,5-4,0 мм выявлены только у 4-х больных. После проведения мультиспиральной компьютерной томографии у 2-х больных была обнаружена двусторонняя субдуральная гематома, которую вовремя удалили.

В связи с бурно нарастающей неврологической симптоматикой и низким артериальным давлением, в 3-х случаях было решено прибегнуть к наложению поисковых фрезевых отверстий, что позволило выявить двусторонние гематомы.

Таким образом, наряду с общими клиническими данными в распознавании двусторонних гематом, ведущую роль играют параклинические методы исследования, однако их показатели существенно отличаются от таковых при односторонних гематомах. Появление КТ намного облегчило обнаружение двусторонних внутричерепных гематом.

Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Исроилов З.Г., Уринбаев Б.К.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ ЭПИ- И СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

В механизме развития повторных эпи-субдуральных гематом основное значение придается неполноценной остановке кровотечения из сосудов оболочек и костного лоскута. Определенную важность имеет и вторичное повреждение сосудов головного мозга в результате длительного западения мозгового вещества. Кроме того, следует иметь в виду и возможность образования эпидуральной гематомы вследствие венозного кровотечения на противоположной стороне в результате разрыва твердой мозговой оболочки после удаления контралатеральной гематомы. Необходимо также определить, какие гематомы следует считать рецидивами, какие вновь

образованными или нераспознанными до первой операции.

Из общего количества больных, оперированных нами за последние годы, мы оценивали состояние только тех, которые находились в фазе субкомпенсации и умеренной декомпенсации, что давало возможность изучить клиническую картину как до, так и после оперативного вмешательства.

Повторные операции были проведены 17 больным. У 7 (41,2%) из них имела место субдуральная и у 5 (29,4%) - эпидуральная гематома, у 5 (29,4%) больных обнаружен отек головного мозга.

Как правило, после удаления излившейся крови отмечалось улучшение общего состояния больного и регресс неврологических симптомов. Хотя в отдельных случаях отмечалась некоторая стабилизация уровня нарушения сознания в виде легкого оглушения, иногда после определенного «светлого» промежутка внезапно или постепенно в течение сравнительно короткого времени состояние больного вновь ухудшалось. На фоне лабильности частоты пульса и изменения сознания нарастала или появлялась очаговая симптоматика, вновь усиливалось смещение М-эха. В ряде случаев применение гормонотерапии и интенсивной гидратации давало определенной эффект. Большинству этих больных проводили повторную операцию. Таким образом, ухудшение состояния больного должно настораживать внимание нейрохирурга. В первую очередь, следует принять срочные меры по снижению внутричерепной гипертензии и улучшению мозгового метаболизма. В случае малой эффективности принятых мер следует сделать ревизию операционной области, во время которой необходимо провести скрупулезный гемостаз, приняв для этого все существующие меры профилактики кровотечения.

Абдуллаев Д.Д., Сайдалиев С.С., Тожиев М.Т., Мирзаматов Н.И.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ЛЕГКАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Среди черепно-мозговых повреждений у детей легкая форма является основной. По данным различных авторов, высок процент остаточных явлений - 31-56%, даже после сотрясения головного мозга. Нет единого подхода к лечению, срокам постельного режима, срокам госпитализации и показаниям к люмбальной пункции.

Изучая 43 детей с сотрясением головного мозга, мы попытались проследить зависимость остаточных явлений после легкой черепно-мозговой травмы у детей от тактики ведения больных в остром периоде. С этой целью собран катамнез 43 больных, перенесших легкую черепно-мозговую травму в течение последних 4 лет. Возраст больных колебался от 6 месяцев до 11 лет. Больные поступили в стационар в течение первых двух суток после травмы. Кратковременная потеря сознания отмечена у 25% детей, рвота (однократная и повторная) - у 30%. В неврологическом статусе у 12% больных наблюдалась легкая симптоматика: мягкая или сомнительная асимметрия сухожильных рефлексов, и оболочечные симптомы у 5% детей. В 23% случаях обнаружена горизонтального нистагма. Окулистом у 2% детей обнаружена анизокория, у 3% детей полнокровие вен на глазном дне. Эхоэнцефалография смещения М-эха не обнаружила. У одного больного при поступлении выявлено повышение артериального давления до 140/90. Люмбальная пункция произведена 4% больным, у двух отмечена умеренная гипертензия. Лекарственная терапия включает седативные, обезболивающие, дегидратирующие, спазмолитические, рассасывающие средства и препараты, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки и влияющие на тканевый обмен. Из 43 детей, осмотренных спустя 2 года после травмы, остаточные явления в виде головных болей выявлены у 18 (41,3%) больных.

Сопоставляя исходы травмы с ведением больных в остром периоде, можно отметить следующее: остаточных явлений больше, если в остром периоде травмы больной не получает комплексного, адекватного своему состоянию лечения, и не учитывается повторность травмы. Увеличению остаточных явлений способствует несоблюдение постельного режима и отсутствие диспансеризации.

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

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает 1-е место в летальности и инвалидизации населения в возрасте до 44 лет. В России ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тыс. человек (в том числе дети до 30%). Из них 50 тыс. человек погибают, а еще столько же становятся официально инвалидами.

В структуре клинических форм повсеместно доминирует легкая ЧМТ (80-90%). Существенно, что среди пострадавших с СГМ преобладают лица молодого и среднего возраста, т.е. наиболее активная в социально-трудовом отношении категория населения.

Постоянный и неуклонный рост черепно-мозговой травмы приводит к увеличению числа больных с их последствиями.

По данным литературы морфологические изменения последствий тяжелой, среднетяжелой ЧМТ хорошо изучены и очевидны, что не вызывают трудности в постановке правильного диагноза.

В тоже время данные исследований по проблеме последствий легкой ЧМТ весьма противоречивы.

Некоторые исследователи считают, что последствия неизбежны при любой ЧМТ, выделяют следующие клинико-морфологические формы:

1. Тканевые (атрофия, рубцы, спайки и др.), черепные (дефекты, остеолиз, остеосклероз и др.).
2. Ликвородинамические (дисциркуляция, дизрезорбция, ликворея, ликворома и др.).
3. Сосудистые (дисциркуляция, ишемия, тромбоз и др.).

Также в отечественной и зарубежной литературе продолжают встречаться мнения, что с течением времени с регрессом неврологической симптоматики, после сотрясения головного мозга, никакие морфологические изменения по данным КТ и МРТ выявлены не будут. Это и определяет актуальность изучения проблемы диагностики.

С внедрением в повседневную клиническую практику МРТ-исследований открыло дополнительные возможности в изучении диффузных и очаговых повреждений головного мозга, при различной патологии, дало представление о патогенетических механизмах развития нейродегенеративных процессов.

Цель исследования. Изучение возможностей МРТ в диагностике поражений головного мозга у пациентов с легкой ЧМТ в отдаленном периоде.

Материалы и методы иследования. За период 2011 год было проведено 104 исследования головного мозга пациентам с последствиями ЗЧМТ методом МРТ в возрасте от 11до 40 лет. Средний возраст составил 33 года. В группу исследования не входили пациенты старше 40 лет, чтобы исключить вероятность проявления других соматических заболеваний.

Срок давности травмы составил от 9 месяцев до 25 лет. Из них женщин было 36 (34,6%), мужчин - 68 (65,4%).

В группе пациентов с закрытой ЧМТ легкая степень тяжести была выявлена у 76 (73%) пациентов (сотрясение головного мозга, ушибы), средняя степень у 20 (19,2%) пациентов и тяжелая у 8 (7,6%).

МРТ-исследования проводили на аппарате SIGNA PROFILE EXCITE фирмы GE с напряженностью магнитного поля 0.2Т в стандартных режимах взвешенности изображений.

На полученных томограммах оценивали размер, число, локализацию, характер очаговых изменений, локализацию и выраженность диффузного атрофического процесса, а также расширение пространств Вирхова-Робина, выраженность кистозного процесса в оболочках головного мозга, определяли наличие лейкоареоза. Оценивали размер желудочков, размер подоболочечного пространства.

Результаты исследования и обсуждение. В группе пациентов с последствиями легкой ЧМТ

все выявленные изменения были разделены на 3 группы:

1. тканевые;
2. сосудистые;
3. ликвородинамические.

Среди тканевых последствий были постконтузионные дефекты мозгового вещества, окруженные глиозом, которые составили 13,4% (14 пациентов). Преимущественная локализация кистозно-атрофических изменений была в передних, базальных отделах лобных долей - у 10 (71,4%) пациентов, в височных долях у 7 (50%) пациентов. Выявленные изменения затрагивали кортикальные и субкортикальные отделы головного мозга.

Сосудистые изменения были диагностированы у 100 (96,1%) пациентов. В структуре сосудистых изменений были выявлены очаги периваскулярного энцефалолизиса (лейкоареоза), которые были представлены точечными очагами повышенного МР-сигнала на сериях Т2-ВИ размером до 3 мм, не соответствующих ходу сосудов. Данные очаговые изменения были выявлены у 75 (72,1%) пациентов. Количество очагов от единичного до 3-4 и локализовались они в субкортикальных, паравентрикулярных отделах белого вещества теменных 69 (92%) и лобных долей 38 (50,7%), и не затрагивали подкорковые образования, мозжечок, ствол.

Вторую группу сосудистых изменений составили микрополостные образования, основой для формирования которых является в норме существующее пространство вокруг сосудов. Расширение периваскулярных пространств отмечалось от умеренного - у 26 (25%) пациентов, до диффузного - у 44 (42,3%).

На МР-томограммах расширенные периваскулярные пространства характеризовались в виде очагов размером от 1 до 5 мм, либо в виде линейных зон изменения мр-сигнала с четко очерченными стенками, без выраженных изменений окружающих тканей. Характерной локализацией этих изменений были белое вещество полушарий головного мозга по конвекситальным поверхностям, а также - паравентрикулярно в теменно-затылочных отделах. Расширение периваскулярных пространств на уровне подкорковых образований, в глубоких отделах белого вещества лобных, теменных и височных долей было выявлено только у 5 (4,8%) пациентов.

К ликвородинамическим нарушениям были отнесены изменения белого вещества головного мозга в перивентрикулярных отделах в виде перивентрикулярного отека I-II ст, у 38 (36,5%) пациентов. Наружная гидроцефалия в виде расширения субарахноидального пространства, сглаженности борозд была выявлена у 82 (78,8%) пациентов в лобно-височно-теменных областях. У 31 (29,8%) пациентов было выявлено расширение супраселлярной цистерны со сдавлением гипофиза с развитием нейроатрофии у 15 (14,4%) пациентов и без атрофии у 16 (15,4%). Признаки умеренно выраженной внутренней гидроцефалии, в виде расширения боковых желудочков, были выявлены только у 35 (33,6%) пациентов и носили, как двусторонний, так и односторонний характер и встречались в равном процентном соотношении. Расширение боковых желудочков было не резко выраженным, средний показатель краниовентрикулярного индекса составил 0,23. Расширение III желудочка было выявлено только у 30 (28,8%) пациентов.

Признаки кистозно-слипчивого арахноидита при легкой ЧМТ были выявлены у 75 (72,1%) пациентов, которые характеризовались наличием кист у 42 (40,3%), асимметричной деформацией субарахноидальных пространств у 33 (31,7%), Данные изменения выглядели в виде сочетания участков локального расширения и углубления субарахноидальных щелей и участков с неизмененными субарахноидальными пространствами. Размер кистозных расширений ликворных пространств составил от 2 мм до 6 мм, в единичных случаях - до 20 мм.

Преимущественной локализацией кистозно-слипчивого арахноидита были лобная область - 57 (54,8%), височная области - 34 (32,7%), субтенториальной локализация - 22 (21,1%).

Кистозные изменения сочетались с локальными атрофическими изменениями коры головного мозга, а также прилегающего белого вещества в 48 (46,2%) случае.

Диффузные атрофические изменения в виде минимального расширения субарахноидальных щелей головного мозга размером от 2-3 мм, были выявлены у 48 (46,1%) пациентов. Выраженные атрофические изменения, с явлениями кортикальной, субкортикальной атрофии, расширением и углублением субарахноидальных щелей, расширением боковых желудочков составили 56 (53,8%). Локализация диффузных атрофических изменений в лобных долях составила 100%, в теменных - 87 (83,6%) и в затылочных - 48 (46,1%).

были: наружная гидроцефалия, кистозно-спаечные изменения оболочек головного мозга, очаговые изменения белого вещества головного мозга и диффузное расширение периваскулярных пространств.

Выводы.

1. МРТ является высокоинформативным методом диагностики последствий ЧМТ, формирования клинико-трудового прогноза, проведения медико-социальной и военно-медицинской экспертизы, реабилитации.

2. Морфологические характеристики выявленных изменений у пациентов молодого возраста, перенесших легкую ЧМТ претерпевают динамику от минимальных признаков, в виде локальной атрофии, спаечного процесса, до более выраженной диффузной атрофии, множества очагов дисциркуляции, признаков гидроцефального синдрома, наличия зон кистозно-глиозного замещения мозгового вещества и имеют необратимый характер.

3. Доминирующими изменениями последствий легкой ЧМТ у пациентов молодого возраста

Грибачева И.А., Фонин В.В., Дергилев А.П., Попова Т.Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Соответственно росту частоты закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) с каждым годом увеличивается число больных с их отдаленными последствиями. Предметом изучения явилась группа больных из 156 человек в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 42,3±3,27) в отдаленном периоде ЗЧМТ различной степени тяжести с катамнезом до трех лет. На момент получения травмы средний возраст пациентов из обследованного контингента составил 39,8±4,46. Среди обследованных было 106 (67,9%) мужчин и 50 (32,1%) женщин, что объяснялось большей подверженности травматизму, преимущественно производственному и транспортному, лиц мужского пола. Из обследованных мужчин 87,7% получили бытовую и транспортную травму, при этом обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес производственной травмы (12,3%). Несколько иная картина наблюдается у женщин: 78,0% из них получили бытовую травму и только 4,0% - производственную, что существенно отличается от показателей в группе мужчин. Известно, что, как правило, именно транспортная и производственная травма являются наиболее тяжелыми в остром периоде и наиболее неблагоприятны в прогностическом плане для отдаленного периода.

При анализе медицинской документации было выявлено, что в остром периоде у 91 (58,3%) пациента ЗЧМТ была квалифицирована, как легкая, у 46 (29,5%) - ушиб головного мозга средней степени тяжести, у 19 (12,2%) - тяжелая ЗЧМТ. Для уточнения характера морфологических изменений головного мозга всем пациентам проводилось нейровизуализационное исследование: 119 (76,3%) пациентам была выполнена МРТ, 37 (23,7%) пациентов была выполнена КТ. В позднем отдаленном периоде (10 лет после перенесенной травмы) гипотрофические изменения вещества полушарий мозга были выявлены у 76 (48,7%) пациентов, гипотрофические изменения полушарий мозжечка у 17 (18,1%) пациентов. Увеличение объема желудочков мозга, сопровождающее гипотрофические изменения мозговой ткани были выявлены у 79 (50,6%) пациентов, расширение конвекситальных субарахноидальных пространств у 68 (72,3%) пациентов, увеличение размеров ликворных цистерн, расположенных на основании мозга было найдено у 16 (10,3%) пациентов. Множественное мелкоочаговое поражение перивентрикулярного и субкортикального белого вещества было выявлено у 54 (34,6%) пациентов.

Результаты исследования показали, что в позднем отдаленном периоде после перенесенной ЗЧМТ при проведении КТ и МРТ выявляются неспецифические изменения в виде гипотрофии мозгового вещества, расширения ликворных пространств, формирования арахноидальных кист, мелкоочагового поражения белого вещества. Ввиду неспецифичности этих изменений нейровизуализационные методы исследования носят вспомогательный характер и могут использоваться для оценки динамики развивающихся патоморфологических изменений.

Исроилов З.Г., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Уринбоев Б.К., Мирзаматов Н.И.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г.Фергана, Республика Узбекистан

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Одним из характерных клинико-фармакологических проявлений сахарного диабета является диабетическая ангиопатия, способствующая развитию диффузных нарушений кровообращения, в том числе и церебральной гемодинамики. При ЧМТ у больных сахарном диабетом в значительной степени возрастают расстройства микроциркуляции головного мозга, чем обосновывается необходимость ее коррекции.

Изучено 107 историй болезни острой ЧМТ больных с сахарном диабетом в возрасте от 24 до 90 лет. У 72-х больных диагностировано сотрясение головного мозга, у 35 больных - ушиб головного мозга легкой и средней степени. Сахарный диабет легкой степени имели 55 больных, средней - 49, тяжелой - 3. 57-и больным в комплексном лечении применяли вазоактивные и нейропротекторные препараты инстенон и церебролизин.

Критерием для учета эффективности лечебного действия служила сравнительная оценка длительности сохранения симптомов ЧМТ: головных болей, головокружения, общей слабости, нистагмов и других локальных неврологических симптомов, а также длительности пребывания в стационаре.

Установлено, что использование инстенона и церебролизина в комплексном лечении ЧМТ у больных сахарным диабетом способствует более быстрому регрессу общемозговых и локальных неврологических симптомов. Наряду с этим, ЧМТ у больных сахарным диабетом обычно проводила к декомпенсации течения диабета, что выражалось в значительном повышении количества сахара в крови, глюкозурии. Поэтому вместе с постоянным контролем сахара в крови и моче в комплексную терапию включались также сахароснижающие средства, в том числе инсулин.

В нескольких случаях лекарственная сахароснижающая терапия диабета была применена впервые, в связи с его декомпенсацией, вызванной ЧМТ.

Включение в комплексную терапию ЧМТ легкой и средней степени у больных сахарным диабетом вазоактивных и нейропротекторных средств, улучшающих микроциркуляцию головного мозга, а также препаратов, корригирующих содержание сахара в крови, способствует более благоприятному исходу травмы.

Исроилов З.Г., Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Уринбоев Б.К., Мирзаматов Н.И.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г.Фергана, Республика Узбекистан

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Данные нашего сообщения основаны на материале 150 случаев ушибов головного мозга у детей тяжелой и средней степени. Эпилептический судорожный синдром отмечался у 20 детей (13,3%). Наиболее часто (в 10 случаях) он возникал в возрасте до 3-х лет. У 10 больных судороги имели четкое очаговое начало, а у 5-и были отмечены тонические судороги. В остальных 5 случаях характер судорог выяснить не удалось.

Эпилептические припадки обычно развивались в первые часы после травмы. Очаговые припадки были обусловлены ушибом больших полушарий мозга и нарастающим повышением внутричерепного давления, вызванным отеком - набуханием мозга. Тонические припадки были связаны с повреждением стволовых отделов мозга вследствие его ушиба или же отека-набухания и повышения внутричерепного давления. У 10 детей после эпилептического

припадка развился стойкий гемипарез, которого ранее не было. У 5 детей припадки начинались с поворота головы и глаз в сторону очага повреждения. Реже (у 2 больных) наблюдался поворот головы и глазных яблок в сторону, противоположную очагу поражения. Все больные, у которых наблюдались очаговые эпилептические припадки, выписаны из больницы в удовлетворительном состоянии с почти полным регрессом неврологической симптоматики. Из 5 больных, у которых имели место тонические судороги, трое умерли, а у двух сохранилась грубая очаговая симптоматика.

Катамнез изучался у 8 больных на протяжении от одного месяца до двух лет. Эпилептические припадки не повторялись у 7 больных. У одного ребенка, перенесшего травму в раннем детском возрасте, через 1,5 года отмечались грубое отставание в развитии и адверсивные эпилептические припадки.

Таким образом, эпилептические припадки при ЧМТ чаще наблюдались у детей до 3-летного возраста, как правило, они обусловлены ушибом и отеком головного мозга, а не его компрессией, как у взрослых. Очаговые эпилептические припадки, которые развивались в первые часы после травмы, в дальнейшем не давали тяжелых последствий. Тонические судороги в большинстве случаев наблюдались у детей с тяжелой ЧМТ, которая обычно заканчивалась летальным исходом.

Китиев И.Б-Г., Новокшонов А.В., Якушин О.А., Федоров М.Ю., Глебов П.Г., Кубецкий Ю.Е.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения больных с корешковым компрессионным синдромом при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника.

В центре нейрохирургии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» за период 2009-2010 гг. проведено хирургическое лечение 305 пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: корешковый компрессионный синдром, обусловленный грыжей межпозвонкового диска выявлен у 222 (72,7%) пациентов; клинические синдромы осложненного поясничного спондилолистеза (синдром нестабильности и корешковый компрессионный синдром, обусловленный сдавлением корешков задне-верхним углом тела нижележащего позвонка) - 67 (21,9%); сочетание синдрома нестабильности и грыжи диска - 16 (5,24%). Мужчин было 128 (42,6%), женщин - 176 (57,4%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет, средний возраст составил 41,3±5,7 лет.

Клинико-неврологическое обследование дополняли обзорной и функциональной спондилографией, МСКТ и/или МРТ, ЭМГ нижних конечностей. В зависимости от патогенетической ситуации, обусловливающей корешковый компрессионный синдром, проведены дорзальные декомпрессивные и декомпрессивно-стабилизирующие оперативные вмешательства с использованием микрохирургического инструментария, операционного микроскопа и нейронавигации фирмы Medtronik. В 222 (72,7%) случаях выполнили декомпрессивные операции (задний, задне-боковой доступ для удаления грыжи диска). У 67 (21,9%) больных выполнили декомпрессивно-стабилизирующие операции (ламинэктомия, редукция позвонка, транспедикулярная фиксация). В 16 (5,24%) случаях проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции (интерламинэктомия, удаление грыжи диска, транспедикулярная фиксация).

Ближайшие результаты дорсальных оперативных вмешательств оказались эффективными у преобладающего числа пациентов. Корешковый компрессионный синдром прошел у 282 (92,5%). Неудовлетворительные результаты у 23(7,5%) связаны: с техническими погрешностями, при удалении костно-хрящевых компрессирующих факторов; с нарушением адаптированных топографо-анатомических взаимоотношений костных и нервно-сосудистых структур при полной редукции позвонка в случаях выраженной степени его смещения; с развитием грубого неврологического дефицита при длительном течении заболевания; с наличием и степенью выраженности

сопутствующего дегенеративного поражения смежных с оперированным позвоночно-двигательных сегментов, формирующие определенные некомпрессионные клинико-патогенетические ситуации, резистентные к консервативным методам лечения.

Выводы.

1. Хирургическое лечение больных с компрессионными синдромами дегенеративных заболеваний позвоночника при оптимальном выборе оперативного доступа и метода декомпрессии с применением оптического увеличения и микрохирургической техники сопровождается улучшением клинико-неврологического состояния у преобладающего большинства пациентов.

2. Дорсальные декомпрессивно-стабилизирующие операции на поясничном уровне создают оптимальные условия для полноценной ревизии корешков, декомпрессии и стабилизации позвоночно-двигательного сегмента.

3. Результаты хирургического лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника зависят от степени выраженности клинических проявлений корешкового компрессионного синдрома.

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.

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

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с посттравматическими кистами головного мозга, сочетающихся с посттравматическими дефектами костей черепа.

Материалы и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 41 больного с посттравматическими кистами головного мозга, сочетающихся с дефектами черепа на одноименной стороне, в возрасте от 18 до 64 лет. Исследовались анамнез и катамнез заболевания, жалобы больных, неврологический статус. В клинической картине превалировал гипертензионно-гидроцефальный, метеопатический, церебрально-очаговый синдромы, которые были отмечены у всех больных (100%). Эпилептиформный синдром отмечался в 19% случаев (n=8). Проводились электрофизиологические (ЭХО-ЭС, ЭЭГ+картирование, УЗДГ), лучевые методы исследования (Р-графия черепа в 2-х проекциях, МСКТ, МРТ), исследование ликвороциркуляции: измерение внутричерепного давления, ликвородинамические пробы, исследование дефицита резорбции по В.Н. Семенову. Для подтверждения изолированного характера кистозной полости проводилась контрастная компьтерно-томографическая цистернография с омнипаком (КТЦГ).

В первой группе больных (n=21) проводилось хирургическое лечение: нейроскопия, вскрытие и опорожнение изолированной внутримозговой кисты, создание сообщения с субарахноидальными пространствами головного мозга. Краниопластика проведена консервированными в слабых растворах формалина ауто- и гомотрансплантатами.

Во второй группе больных (n=20), были проведены операции: кистосубарахноидальное шунтирование по разработанному способу дренирования изолированных внутримозговых кист (патент на изобретение N 2279295), с одномоментной краниопластикой разработанным способом краниопластики (патент на изобретение N 2279252), с использованием аутотрансплантата хранившегося в теле пациента по разработанному способу (патент на изобретение N 2279253). Операции проводились с использованием устройства держателя для костного трансплантата (приоритетная справка N 2012107213). Площадь дефекта черепа колебалась от 24 до 82 см^2. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в неврологическом статусе: регрессировал гипертензионно-гидроцефальный и метеопатический синдромы, у 50% больных (n=20) уменьшился по степени выраженности церебрально-очаговый синдром, у 6 больных из восьми отмечено урежение эпиприступов в 2 раза.

В первой группе больных, в 9% случаев (n=2) наступил рецидив кисты. Процент осложнений в отдаленном периоде после краниопластики консервированной ауто- и гомокостью составил 14,2% (n=3), произошла частичная резорбция трансплантата.

Во второй группе больных послеоперационное осложнение было у одного больного (5%), в раннем послеоперационном периоде, в связи с повторной травмой мягких тканей в области замещенного дефекта костей свода черепа, возникла воспалительная реакция, костный трансплантат был удален, через 6 месяцев проведена повторная операция-замещение дефекта черепа пластиной из титана.

Выводы.

Разработанные способы хирургического лечения посттравматических изолированных внутримозговых кист головного мозга, сочетающихся с посттравматическим дефектом костей свода черепа в зоне кисты, препятствует рецидиву кист, что обеспечивается постоянным оттоком ликвора из полости кисты; разработанные способы хранения и фиксации костного трансплантата обеспечивают надежную фиксацию и возможности регенерации костного трансплантата в ложе дефект черепа и могут являться методом выбора. К положительным моментам краниопластики ауто- и гомотрансплантатами следует также отнести возможность проведения компьютерно-томографического исследования головного мозга в послеоперационном периоде.

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Цель исследования. Улучшить результаты лечения посттравматической гидроцефалии, сочетающейся с посттрепанационным дефектом костей свода черепа у больных с травматической болезнью головного мозга.

Материалы и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 42 больных с сообщающейся асимметричной посттравматической гидроцефалией, которая сочеталась с посттрепанационным дефектом костей свода черепа на одноименной стороне, в возрасте от 18 до 54 лет.

Исследовались анамнез заболевания, жалобы больных, неврологический статус. В клинической картине превалировал гипертензионно-гидроцефальный, церебрально-очаговый, метеопатический синдромы, которые были отмечены у всех больных (100%). Эпилептиформный синдром отмечался в 9,7% случаев (n=4).

Проводились лучевые методы исследования (Р-графия черепа, МСКТ, МРТ), исследование глазного дна, электрофизиологические (ЭХО-ЭС, ЭЭГ + картирование, УЗДГ), исследование ликвороциркуляции: измерение люмбального давления, ликвородинамические пробы, исследование дефицита резорбции, компьютерно-томографическая контрастная цистернография (КТЦГ). У всех больных, несмотря на проводимое медикаментозное лечение, внутричерепное давление оставалось повышенным, сохранялось выбухание лоскута в зоне дефекта кости.

В первой группе больных (n=22), проводилось вентрикулорперитонеальное шунтирование, после нормализации внутричерепного давления вторым этапом проводилась краниопластика консервированными в слабых растворах формалина ауто- и гомотрансплантатами.

Во второй группе больных (n=20), был применен разработанный способ управляемого люмбоперитонеального шунтирования (патент на изобретение N 2279296), вторым этапом проводилась краниопластика, с использованием аутотрансплантата хранившегося в теле пациента по разработанному способу хранения (патент на изобретение N 2279253).

В первой группе больных повторные операции с целью ревизии и замене клапанной помпы проводились в 19% случаев (n=4). Резорбция костного трансплантата отмечена в 8,5% случаев (n=2).

Во второй группе больных потребовались две повторные операции по замене клапанной помпы, что позволило снизить процент повторных операций до 10%. Осложнений краниопластики

во второй группе больных не отмечено.

Выводы.

Применение разработанного способа люмбоперитонеального шунтирования при посттравматической сообщающейся асимметричной гидроцефалии, сочетающейся с посттравматическим дефектом костей свода черепа, способствует нормализации внутричерепного давления, не влечет за собой риск дополнительной травматизации мозга во время операции в сравнении с применением вентрикулоперитонеального шунтирования. У всех больных, оперированных по разработанной методике в послеоперационном периоде не отмечено развитие синдрома внутричерепной гипотензии.

Новокшонов А.В., Якушин О.А., Кубецкий Ю.Е.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Нарушения функций спинного мозга, вызванные частичным или полным разрушением анатомических структур в результате травмы, необратимы и ведут к тяжелой инвалидизации больных. Распространенность травматических повреждений дурального мешка в сочетании с переломами позвоночника выявляется в 7,5-19% случаев. В общей структуре повреждений нервной системы травма спинного мозга у взрослых достигает 4,9-5,3%. Последние исследования и разработка новых реконструктивных операций показали, что главной задачей является воссоздание анатомических структур спинного мозга и его оболочек, то есть создание объемной целостности спинного мозга путем использования комбинированных сосудисто-невральных аутотрансплантаов и восстановление ликвороциркуляции в субдуральном пространстве путем пластики твердой мозговой оболочки с учетом увеличения объема спинного мозга после трансплантации. Отсутствие нормальной ликвороциркуляции в позвоночном канале нарушает кровообращение и функцию спинного мозга как единого органа и практически полностью прекращает проводимость по его оставшимся проводниковым путям. Попытки нормализации функции спинного мозга без сохранения его объема и восстановления ликвороциркуляции в субдуральном пространстве обречены на неудачу.

Цель исследования. Использование микрохирургических методик при повреждениях спинного мозга и его оболочек у больных с позвоночно-спинномозговой травмой.

В исследование включено 160 больных с позвоночно-спинномозговой травмой, которые находились на лечении в центре нейрохирургии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» с 2008 по 2011 гг. средний возраст больных составил 48,0±1,6 лет. 78 больных поступили в остром периоде травмы в сроки от нескольких часов до 3 суток, а остальные (82 больных) - в отдаленном периоде от трех месяцев и более. Преобладали лица мужского пола (80%). Наибольшее количество повреждений приходилось на грудной отдел позвоночника (43,7%), повреждения шейного отдела повночника составили 34,4% и поясничного отдела позвоночника 21,9% соответственно. Оценку неврологических расстройств проводили по шкале ASIA/ISCSCI. Не оперировано 12 пациентов. Всего 148 пациентам выполнено 178 операций. Это обусловлено тем, что у 18% больных оперативное вмешательство выполнялось в два этапа в зависимости от повреждения позвоночника.

Первым этапом выполнялась передняя спинного мозга и межтеловой спондилодез, затем задняя декомпрессия, рконструктивно-востановительная операция на спинном мозге и его оболочках и задний спондилодез. При проведении задней декомпрессии спинного мозга применялась микрохирургическая техника. У 106 больных использовались микрохирургические методики: пластика твердой мозговой оболочки (106 больных), из них циркулярная пластика - у 9 больных; пластика спинного мозга комбинированным сосудисто-невральным аутотрансплантатом по Степанову Г.А. - у 36 больных. Для пластики спинного мозга нами использовался венозный аутотрансплатат, из них у 9 больных - при дефектах спинного мозга, а у 26 - при кистах спинного мозга.

Ближайшие результаты прослежены у 149 пациентов. Функциональные результаты оценивали по шкале Карновского. В 82,8% случаев получен удовлетворительный и хороший результат.

Таким образом, микрохирургические операции по реконструкции спинного мозга и его оболочек позволяют обеспечить объемную целостность спинного мозга на уровне его повреждения, а нормальная ликвороциркуляция при травме спинного может быть возобновлена только после пластики твердой мозговой оболочки.

Потемкина Е.Г., Щедренок В.В., Себелев К.И., Могучая О.В.
ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова» Минздравсоцразвития России
г.Санкт-Петербург, Россия

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Изучение возможностей мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) для диагностики тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в остром периоде среди лиц детского возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лучевое обследование 191 пациенту детского возраста с тяжелой ЧМТ в остром периоде, находившихся на лечении в различных лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга. Средний возраст составил 4,4±2,5 лет. Комплексное обследование включало неврологический осмотр, применение УЗИ головы (нейросонография). Лучевое исследование проведено на мультиспиральном рентгеновском компьютерном томографе «Brilians 6s» фирмы Philips.

Результаты и их обсуждение. При выполнении МСКТ головного мозга стандартно использовали толщину среза 3 мм, подача стола 9 мм с дальнейшей реконструкцией по 1,5 мм для уменьшения суммарной дозы излучения, артефактов из-за распределения жесткости рентгеновского излучения при визуализации структур черепа и возможности выполнения в последующем 3D реконструкции.

Протокол сканирования: кВ 120, мА 250 (дети до 3-х лет) и 300 (дети старше 3-х лет), время вращения гентри 0,5 сек, коллимация 6х0,75-1,5, интервал реконструкции 0,75-3 мм. Для построения изображений в сагиттальной и фронтальной плоскостях использовали мультипланарную реконструкцию (MPR).

При использовании МСКТ обнаружена различная патология. Имели место подапоневротические гематомы (24%), линейные переломы костей свода черепа (21%), в том числе теменных костей (60%) и чешуи затылочной кости (30%), а также расхождение лямдовидного шва (11%). Выявленная интракраниальная патология заключалась в наличии субарахноидального кровоизлияния (12%), ушибов головного мозга (16%) и отек-набухания головного мозга (16%). Внутричерепные гематомы наблюдали редко, и их частота составила для внутримозговых гематом 3%, эпидуральных гематом - 2,5% и субдуральных гематом - 1,5%.

Таким образом, МСКТ с применением вышеописанных параметров сканирования служила при тяжелой ЧМТ у детей, особенно в остром периоде, методом выбора. Это объясняется доступностью, скоростью, совместимостью с аппаратурой мониторинга и искусственной вентиляции легких.

Выводы.

Основным методом диагностики тяжелой ЧМТ у детей является мультиспиральная компьютерная томография, позволяющая быстро получить исчерпывающую информацию о характере и степени повреждений мозга и костей черепа.

Сайдалиев С.С., Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Исроилов З.Г., Раззаков В.В.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В Ферганском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной нейрохирургии в 2005-2011

годах пролечено 727 больных с сочетанной черепно-мозговой травмой, что составило 18,1% от всех госпитализированных больных с нейротравмой. По локализации сочетанной травмы они распределились следующим образом: челюстно-лицевая травма - 293 (40,3%), повреждение грудной клетки и органов грудной клетки - 146 (20%), краниоабдоминальная травма - 46 (6,3%), повреждение длинных трубчатых костей - 190 (26,2%), перелом костей таза - 52 (7,1%).

Решающим фактором в исходе лечения этих больных является комплексная экстренная диагностика с вовлечением к осмотру одновременно нейрохирурга, травматолога, хирурга, челюстно-лицевого хирурга, а при необходимости и других специалистов, и четкое поэтапное обследование и лечение с соблюдением принципов преемственности.

На догоспитальном этапе основными задачами являются:

- устранение расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой системы,
- проведение экстренных противошоковых мероприятий.

Все это осуществляется реанимационной бригадой во время транспортировки и продолжается на первом госпитальном этапе. Больные обследуется в приемном отделении по стандарту. Больной сразу же поступает в реанимационный зал приемного диагностического отделения, затем в реанимационное отделение или операционный блок, где проводится оперативное вмешательство в соответствии с установленным диагнозом, по жизненно важным показаниям (устранение компрессии мозга, лапароцентез, остановка кровотечения). На втором госпитальном этапе больные переводятся в нейрохирургическое или соответствующее отделение для дальнейшего лечения.

Таким образом, своевременная диагностика и вовремя оказанная первая догоспитальная и госпитальная помощь помогают больным выйти из шокового состояния и способствуют скорейшему выздоровлению.

Старых В.С.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 3 им. М.А. Подгорбунского»
г.Кемерово, Россия

МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБШИРНОЙ ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ

При эпидуральной или субдуральной гематоме недостатком производимой костно-пластической трепанации черепа считают, главным образом, значительную продолжительность ее выполнения, а также противопоказание при неустраненном отеке головного мозга. Наиболее часто используемая резекционная трепанация черепа при обширной гематоме оставляет после себя большой по размеру дефект костей черепа, наличие которого обусловливает развитие «синдрома трепанированных». Кроме того, при краниопластике больших пострезекционных дефектов черепа часто возникает резорбция пересаженной кости, не всегда происходит приживление трансплантата и достаточная костная регенерация. Недостатки больших дефектов черепа после резекционной трепанации вызывают потребность в усовершенствовании метода хирургического лечения внутричерепных гематом для снижения выраженности «синдрома трепанированных» и подготовки условий для последующей более эффективной краниопластики.

Под нашим наблюдением в нейрохирургичесом отделении ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского в течение двух лет среди госпитализированных с закрытой черепно-мозговой травмой 56 больным произведены трепанации черепа, преимущественно резекционные. У 37 верифицированы травматические внутричерепные гематомы. После трепанации для хирургической реабилитации пациентам осуществляли замещение дефекта черепа протезом из самотвердеющей пластмассы, краниопластику консервированным костным фрагментом черепа, брефокостью или сохраненным собственной костной пластиной. Наблюдаемое нами и отмечаемое многими другими исследователями нередкое рассасывание значительных по размеру костных трансплантатов у больных с большими дефектами свода черепа, побудило к разработке новой методики трепанации, создающей благоприятные условия для последующей более эффективной кранипластики.

Изобретенный новый способ хирургического вмешательства при обширной гематоме в полости черепа (патент РФ N 2376939) включает резекцию кости в зоне расположения гематомы с формированием, вместо одного большого трепанационного окна, нескольких меньших по размеру с площадью каждого не более 8 $см^2$ и сохранение костных мостиков между трепанационными

отверстиями шириной не менее 2 см.

Испытания запатентованной методики трепанации у трех больных с обширной травматической эпидуральной гематомой, показали, что формирование нескольких небольших трепанационных отверстий обеспечивает возможность удаления обширной гематомы без образования большого дефекта черепа и предупреждает развитие синдрома трепанированных. Формирование нескольких трепанационных отверстий, отступя от края контура гематомы не более 1 см, позволяет через них подходить инструментом под кость и удалять гематому из-под ее края, в том числе из-под костного мостика. Сохранение между трепанационными отверстиями костных мостиков шириной не менее 2 см с достаточной прочностью уменьшает нарушение сферичности свода черепа и улучшает условия для последующей после краниопластики костной регенерации при небольших костных трансплантатах.

Таким образом, изобретенный способ хирургического вмешательства улучшает условия для последующей краниопластики. При небольших дефектах черепа приживление костного фрагмента соответствующего размера и регенерация кости становятся более вероятными, а резорбция пересаженной кости менее возможной. Способ расширяет выбор метода хирургического лечения, повышая качество хирургической реабилитации больных, перенесших удаление обширных экстрацеребральных гематом.

Ступак В.В., Митюков А.Е., Лехнер А.В., Шабанов С.В.
ФБГУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития РФ»
г.Новосибирск, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА С КИСТОЗНО-СОЛИДНЫМ КОМПОНЕНТОМ

Цель исследования. В последнее время увеличивается количество пациентов, у которых по данным МРТ исследования диагностируются интрамедуллярные опухоли спинного мозга в сочетании с сопутствующими кистами. В связи с этим целью исследования явилась уточнение клинической картины заболевания и методики оперативного лечения у данной группы больных.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ наблюдений 75 пациентов, оперированных по поводу интрамедуллярных опухолей в клинике нейрохирургии Новосибирского НИИТО с 2005 по 2010 гг. Клинический диагноз подтверждался проведением МРТ с обязательным контрастным усилением, которое позволяло локализовать солидный компонент опухоли относительно длинику и поперечника спинного мозга и определить распространенность кист. Из 75 у 32 (42,6%) больных выявлена интрамедуллярная опухоль с наличием кистозного компонента. Мужчин было 22 (68,8%), женщин - 10 (31,2%). Средний возраст пациентов составил 35,5 лет. Операционный доступ включал проведение на уровне локализации солидного компонента опухоли ламинэктомии, остеопластической ламинэктомии, либо гемиламинэктомии. Операция выполнялась с использованием микроскопа фирмы Карл Цейс и микрохирургического инструментария. Во время удаления опухоли контролировалась функция спинного мозга в виде регистрации ССВП. Для характеристики неврологического статуса больных использовали модифицированную шкалу McCormick (1990).

Результаты и их обсуждение. Гистологическое строение опухолей: 14 астроцитом, 12 эпендимом, 2 гемангиоэндотелиом, 1 узловая меланобластома, 1 эпендимоастроцитома, 2 гемангиобластом. Из 32 пациентов у 8 пациентов кисты располагались выше солидной части опухоли, у 9 - ниже, а у 15 человек с двух сторон от новообразования. Наиболее часто у 23 (71%) пациентов клиника манифестировала болью в позвоночнике, чувствительными нарушениями 15 (46%) и двигательными расстройствами - 20 (62,5%) человек. В среднем длительность клинических проявлений до операции составляла около 3 лет. Всегда удаление опухоли начиналось с солидного ее компонента, а затем обязательно вскрывались и дренировались туморозные кисты, примыкающие к солидной части новообразования. Степень тотальности резекции опухоли зависела от выраженности ее границ с мозгом. Всегда тотально удалялись эпендимомы, гемангиобластомы. После проведенной операции у 24 больных качество жизни осталось без изменений, у 5 - улучшилось, а у 3 наступило его снижение. В послеоперационном периоде отмечена тенденция к более раннему регрессу неврологической симптоматики у больных с

выраженным кистозным компонентом. Клинически также отмечено, что чем больше по времени сдавлен спинной мозг опухолевым процессом, тем сильнее он подвержен дополнительной травматизации при хирургическом вмешательстве. Хирургической летальности не было. Продолженный рост новообразований выявлен у 6 больных после субтотального и частичного их удаления в сроки от 2-х до 5 лет после проведенной операции.

Выводы.

Интрамедуллярные опухоли с выраженными перитуморозными кистами необходимо оперировать как можно раньше до появления грубой неврологической симптоматики. Оперативное вмешательство следует начинать с удаления солидной части новообразования с последующим вскрытием и дренированием прилежащих к опухоли кист.

Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Хусанов А.Э.

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

КЛАПАННАЯ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ КРАНИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

До настоящего времени хирургическое лечение ЧМТ, сопровождающихся отеком мозга, проводилось с помощью лоскутной краниотомии. При этом костный лоскут удалялся из-под покровов черепа, консервировался различными способами, а затем через определ□нное время использовался для закрытия дефекта черепа.

У данного метода хирургического лечения имеется ряд существенных недостатков.

Во-первых, удаляется костный лоскут, и он лишается кровоснабжения, во-вторых, требуется консервирование, в-третьих, увеличиваются сроки, и снижается качество заживления при использовании консервированного трансплантата. Все это приводит к ухудшению социально-трудовой реадаптации пострадавших и к увеличению экономического ущерба.

Нами предложена и успешно применяется клапанная костно-пластическая краниотомия, которая позволила устранить все перечисленные недостатки.

При этой методике лечения костный лоскут выводится из дефекта черепа на питающей ножке и после рассечения твердой мозговой оболочки, декомпрессивной операции в полости черепа, он оставляется под кожно-апоневротическим лоскутом. Мягкие ткани у края трепанационного дефекта несколько отслаиваются. Оставляемый на «хранение» костный лоскут после тщательного гемостаза охватывается по его периметру изолирующей силиконовой прокладкой, которая предотвращает сращение костного лоскута с окружающими тканями по краю формированного дефекта черепа и повреждение отечного мозга.

При таком операционном доступе костный лоскут играет роль клапана, реагируя на динамику изменения внутричерепного давления. При исчезновении противопоказаний к пластике дефекта костей черепа больному проводится следующий этап хирургического лечения в период его первичного пребывания в стационаре - аутокраниопластика. Костный лоскут выделяют, удаляют изолирующую прокладку, ушивают твердую мозговую оболочку или производят ее пластику. После этого костный лоскут укладывают на место и фиксируют швами. Рану ушивают наглухо.

Применение данного способа лечения противопоказано только при инфицировании черепно-мозговой раны.

Уринбоев Б.К., Ашуров И.С., Раззаков В.В.

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

РОЛЬ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Цель исследования. Изучение динамики смещения М-эха после удаления острых субдуральных гематом.

В ФФРНЦЭМП обследованы 86 больных с острыми субдуральными гематомами. Возраст больных колебался от 15 до 62 года. Больные были разделены на 2 группы.

- 1-я группа - 73 (85%) больных с неосложненным течением послеоперационного периода.

- 2-я группа - 13 (15%) больных с развитием послеоперационных гематом.

Ежедневно на протяжении недели после операции и через 2-3 дня в последующем проводилась динамическая регистрация М-эха. Средние показатели смещения М-эха в первый день после удаления гематом существенно отличались от дооперационных. Они были меньше на 2,3-3,7мм, особенно у лиц старших возрастных групп.

Статистический расчет в первой группе больных показал, что средняя величина смещения М-эха в первый день после операции составила 3,9 мм. На протяжении 2-6 дней она стойко сохранялась на уровне 4,7 мм с последующим уменьшением и нормализацией в течение третьей недели (2,4 мм).

Отличаются ли средние показатели смещения М-эха при образовании послеоперационных гематом? В наших наблюдениях (2-я группа) отмечено отчетливое увеличение его средних величин до 5,0 мм в первые сутки после операции с дальнейшим нарастанием до 6,1 м на 2-3 сутки и сохранением этой тенденции на 4-6 сутки (5,4 мм). Разница этих показателей на протяжении 1-3 суток по сравнению с соответствующими данными у больных первой группы была достаточно отчетлива. В течение первой недели все больные второй группы были повторно прооперированы.

Таким образом, несмотря на прогресс диагностических средств, при отсутствии КТ и МРТ, ЭХОЭС остается одним из доступных необходимых методов исследования в диагностике внутричерепных гематом.

Якушин О.А., Новокшонов А.В., Кубецкий Ю.Е., Глебов П.Г.

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

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ

Травматическое повреждение позвоночника и спинного мозга - это не только личная трагедия отдельно взятого человека и его семьи, но и серьезная социальная проблема для общества в целом, обычно связанная с необходимостью сложного, дорогостоящего, многоэтапного лечения больного и продолжительного периода его последующей реабилитации. Распространенность травматических повреждений дурального мешка в сочетании с переломами позвоночника выявляется в 7,5-19% случаев. При этом частота травм спинного мозга в разных странах варьирует от 11 до 112 случаев на 1 миллион жителей в год. В общей структуре повреждений нервной системы травма спинного мозга у взрослых достигает 4,9-5,3%.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в остром и отдаленном периодах.

За период 2008-2011 гг. в центре нейрохирургии проведено лечение 164 пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в остром и отдаленном периодах. Мужчины составляли 80% и женщины 20% соответственно. Наибольшее количество пострадавших трудоспособного возраста от 21 до 50 лет. По виду травматизма преобладал бытовой и дорожно-транспортный травматизм, что составило 77,1%. Наибольшее количество повреждений приходилось на шейный и грудной отделы позвоночника. В остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы в центр нейрохирургии поступили 78 пострадавших, в раннем и отдаленных периодах 96 больных.

Всего 159 пациентам выполнено 189 операций, это обусловлено тем, что у более 30% больных оперативное лечение выполнялось в два этапа в зависимости от вида повреждения позвоночника и факторов сдавления спинного мозга. При этом 126 больным оперативное лечение выполнено с использование микрохирургической техники. Использование оптического увеличения и микрохирургической техники позволяет с большей точностью определить степень повреждения спинного мозга, повысить качество проведения менингомиелолиза и выполнить качественный,

герметичный шов при проведении пластики дурального мешка, что в последующем исключает возможность ликвореи в послеоперационном периоде.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилось восстановительное лечение по индивидуально разработанным программам.

Гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 52 пациентов. Умерло 16 больных, из них 13 пациентов поступали в клинику в крайне тяжелом состоянии с диагнозом политравма. Основной причиной смерти этих пациентов явилось развитие полиорганной недостаточности. Летальный исход у троих пациентов наступил на 12-22 сутки после операции, причиной летального исхода явилась тромбоэмболия легочной артерии.

Ближайшие результаты лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой прослежены у 120 пациентов. Для оценки результатов мы использовали 100 балльную шкалу Карновского. Где от 0 до 40 баллов результат неудовлетворительный, пациент не способен себя обслуживать, возможна быстрая прогрессия заболевания. От 50 до 80 баллов - результат удовлетворительный. Трудоспособность утрачена, пациент может себя обслуживать, возможно проживание в домашних условиях, часто требуется медицинская помощь. И от 90 до 100 баллов - хороший результат. Сохранена нормальная ежедневная активность пациента, медицинская помощь не требуется.

У пациентов, оперированных в остром периоде удовлетворительные результаты лечения получены в 42% случаев, хорошие - 31,6%. Неудовлетворительные результаты лечения в 26,3%.

У пациентов, оперированных в более поздние сроки, количество неудовлетворительных результатов лечения значительно выше и достигает 39%. Хороший результат лечения достигнут в 5 случаях - это пациент на момент поступления с минимальными проявлениями неврологических расстройств. У 47% больных результат оценен как удовлетворительный.

Таким образом, лечение пациентов с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой должно проводиться в условиях специализированного стационара.

Выполнение оперативного пособия у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в максимально ранние сроки от момента травмы позволяет добиться хорошего функционального результата лечения.

При тяжелой позвоночно-спинномозговой травме необходимо использовать микрохирургические реконструктивно-восстановительные операции на спинном мозге, оболочках мозга и позвоночного канала как в остром, так и в позднем периоде травмы, что ведет к улучшению нарушенных функций спинного мозга.

Янина Н.А., Щедренок В.В., Ляпин А.П., Калин Н.Г., Могучая О.В.

ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова» Минздравсоцразвития РФ
СПб ГУЗ Детская городская клиническая больница N 5 им. Н.Ф. Филатова
г.Санкт-Петербург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Цель исследования. Изучить значение гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении лиц детского возраста с тяжелой изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в остром и отдаленном периодах.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ комплексного обследования и лечения 20 детей с изолированной и сочетанной ЧМТ, находившихся на курации в детской городской клинической больницы N 5 им. Н.Ф. Филатова г.Санкт-Петербурга за период 2009-2011 гг. Средний возраст составил 12±5 лет, преобладали мальчики (74%). Основными обстоятельствами повреждений в порядке убывания были ДТП (55%), криминальная травма (25%) и падение с высоты (20%). Сеансы ГБО проведены на барокамере ОКА-ТМ, длительность сеанса составляла в среднем 60±10 мин с изопрессией не менее 40 мин.

Результаты и их обсуждение. Травматический шок различной степени выраженности был у большинства пациентов (81%). Доминирующим повреждением во всех случаях была тяжелая ЧМТ с нарушением сознания, наличием стволовых и очаговых полушарных неврологических симптомов. Комплексное обследование включало использование методов обзорной рентгенографии,

ультразвуковое исследование (эхоэнцефалоскопия, нейросонография), СКТ головного мозга, грудной клетки и органов живота, ЭЭГ. Лечение включало обязательное проведение курса ГБО, состоящего из 15-20 сеансов, применяли давление в 1,1-1,5 ата. Повторные курсы ГБО осуществляли с периодичностью через 3-4 мес. на протяжении 2-3 лет.

Многократное повторение сеансов ГБО приводит к включению адаптивных реакций, которые во многом определяют длительный и стойкий эффект ГБО как метода метаболической защиты головного мозга. Наш опыт свидетельствует о том, что применение ГБО в комплексе лечения ЧМТ, особенно у детей раннего возраста, предотвращает развитие пароксизмальных состояний и снижает судорожную готовность на ЭЭГ.

Доказано, что ГБО способствует улучшению оксигенации периферической зоны очага ишемии за счет изменения проницаемости церебральных сосудов, уменьшения отека головного мозга и снижения внутричерепного давления, а также коррекции метаболических нарушений. Отмечено положительное влияние ГБО на реологические свойства крови, снижение повышенной агрегации эритроцитов и тромбоцитов, подавление адгезии лейкоцитов к эндотелиальной стенке, нормализации содержания фибриногена в плазме, отсутствие усиления процесса перекисного окисления липидов в процессе лечения, его ингибирование за счет повышения активности эндогенной антиоксидантной защиты. В процессе проведения сеансов ГБО установлена ее эффективность при лечении базальной ликвореи (Рафиков А.М., Полосин И.Н., Щедренок В.В. «Способ лечения ликвореи», авторское свидетельство N 1599017).

После проведения курса ГБО у всех детей отмечена положительная динамика, регресс неврологических нарушений, восстановление речевых функций. Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать включение ГБО в стандарт лечения пострадавших с тяжелой ЧМТ в остром и отдаленном периодах.

Выводы.

Применение ГБО в ранние сроки после ЧМТ является одним из важных компонентов нейрореабилитации детей с отчетливым положительным эффектом и предотвращением инвалидизации пострадавших.

Пеганова М.А., Руденкова О.В., Епифанцев А.Г., Гаврилов И.В., Чижикова Т.В., Бондаренко Н.А., Пеганов А.И., Ходич Т.Г.
ГБОУ ДПО НГИУВ
Новокузнецк, Россия

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ КАВЕРНОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ)

Каверномы головного мозга являются редкой патологией и встречаются с частотой 0,6 на 100 000 населения в год. Они могут выявляться в любом возрасте как случайные находки или быть причиной серьезных неврологических нарушений. По сообщениям разных авторов, каверномы осложняются кровоизлиянием с частотой от 0,25-16,5% ежегодно, $^1/_3$ пациентов рискует перенести геморрагию повторно. Примерно в 10-15% случаев каверномы бывают множественными.

Материалы и методы исследования. В МЛПУ городской клинической больнице N 1 г.Новокузнецка проведено обследование и лечение пациента С. 22 лет с множественной кавернômой головного мозга.

В 2009 году оперирован по поводу кавернômы левой лобной доли. Чувствовал себя удовлетворительно, но появились генерализованные эпиприступы с явлением джексоновского марша частотой 2-3 раза в год.

В марте 2012 года появилось онемение и чувство жара в правой половине лица и слабость в лицевых мышцах слева. Госпитализирован. Получал сосудистую и вегетотропную терапию. 03.04.12 г. состояние ухудшилось: появился шум в ушах и снижение слуха справа; двоение при взгляде вправо. 06.04.12. была проведена МРТ головного мозга. Обнаружена телеангиоэктазия в левом полушарии мозжечка. Дополнительно в стволе выявлено сосудистое образование с признаками подострого кровоизлияния. Диагностирован парез лицевого нерва слева, поражение тройничного и отводящего нервов справа; атаксия, снижение тонуса мышц, проводниковые двигательные нарушения преимущественно справа.

При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов 06.04.12. отмечено высокое вхождение левой ПА (в С5); признаки венозной дисциркуляции.

СКТ - ангиография от 11.04.: вариант развития Вилизиева круга в виде левосторонней передней и правосторонней задней трифуркации. Сосудистое образование в стволе головного мозга расценено как ангиома.

СКТ от 16.04.12 г. подтвердила сосудистый характер образования в стволе мозга. Аналогичное мелкое сосудистое образование выявлено также в левой гемисфере мозжечка. В сравнении с СКТ-данными от 11.04.12 г. размеры образования в стволе головного мозга увеличились, рядом появилось еще одно аналогичное образование.

МРТ с контрастированием от 27.04.12 г. выявила хроническую гематому в левой средней ножке мозжечка и верхне-левых отделах продолговатого мозга. В сравнении с предыдущим исследованием (от 6.04.12 г.) гематома стала больше.

Дополнительное обследование позволило исключить гранулематозный васкулит Вегенера, васкулиты другой этиологии как причину появления новых сосудистых образований.

Состояние пациента продолжало ухудшаться, появились головные боли в затылочной области, неустойчивость при ходьбе, слабость в конечностях. Переведен в нейрохирургическое отделение МЛПУ N 1, где проведена операция: трепанация ЗЧЯ, удаление кавернозной ангиомы и гематомы ствола головного мозга.

Результаты исследования. В неврологическом статусе отмечена положительная динамика в виде уменьшения головных болей, чувствительных расстройств, регресса вестибулоатактического синдрома. Патологическое исследование выявило характерные признаки каверномы.

Выводы.

Интерес данного клинического наблюдения заключается в трудности диагностики множественных каверном головного мозга, особенно сопровождающихся спонтанным кровоизлиянием, а также в успешном хирургическом лечении каверномы ствола головного мозга. Множественные каверномы необходимо дифференцировать с сосудистыми, системными заболеваниями.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

Агаларян А.Х., Стерехов Е.В., Галятин Д.О.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Среди всей травмы повреждения живота представляют наиболее тяжелую категорию. В статистике травматизма они составляют от 3,6 до 18,8%. Летальность среди пострадавших при травме живота в сочетании с повреждением опорно-двигательного аппарата встречается у 38%, при сочетанной закрытой торакоабдоминальной травме - у 47,3%, при закрытой травме живота в сочетании с тяжелой черепно-мозговой травмой - у 72,3%.

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики с использованием метода «damage control» в лечении абдоминальных повреждений у пострадавших с политравмой.

За 10 летний период (1999-2009 гг.) в клиническом центре находились на лечении 2501 пациент с политравмой, госпитализированных в стационар в течение 1-х суток после травмы. Из них у 361 были диагностированы абдоминальные повреждения. Большинство пациентов составляли мужчины. Средний возраст составил 37,5±5,9 лет. Всем больным при поступлении выполнялась диагностическая лапароскопия. У 86 пациентов лапароскопия являлась окончательным методом диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости. У 85 пострадавших в лечении был использован метод «damage control». Показаниями для использования метода «damage control» являлись: необходимость быстрого завершения операции у пациента с массивной кровопотерей, гипотермией и коагулопатией; наличие источников кровотечения не подлежащих одномоментному устранению; невозможность закрыть операционную рану традиционным способом вследствие выраженного висцерального отека и ригидности брюшной стенки. С 2004 года вышеописанные показания нами были дополнены оценкой тяжести анатомических повреждений, выявленных оперирующим хирургом в процессе ревизии брюшной полости: сочетанное повреждение магистральных сосудов и органов, повреждение брыжейки с сомнительной жизнеспособностью кишечника, повреждения панкреатодуоденального комплекса, обширная травма печени.

В связи, с чем проведено сравнение двух зарегистрированных периодов (первый период - с 1999 по 2003 гг., второй период - с 2004 по 2009 гг.).

В среднем на одного пациента приходилось 2,1 повреждений анатомических областей в первом периоде и 2,5 повреждений анатомических областей во втором периоде. Частота анатомических повреждений, сочетающихся с абдоминальной травмой, во втором периоде увеличилась.

Во время оперативного вмешательства у пострадавших обеих периодов чаще всего были выявлены повреждения печени, селезенки, почки, брыжейки и сосудов. В среднем на одного пациента приходилось 1,6 повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства в обеих периодах. Если в первом периоде доминировали повреждения паренхиматозных органов, то во втором периоде на фоне высоких цифр повреждения паренхиматозных органов отмечается увеличение повреждений кишечника на различных уровнях, а так же увеличение количества пострадавших с повреждением поджелудочной железы.

Во втором периоде отмечается снижение количества диагностических лапароскопий как метода окончательной диагностики и лечения. На наш взгляд это связано с увеличение частоты повреждений кишечника и сосудов брюшной полости. Общее количество лапаротомий во втором периоде увеличились за счет окончательных лапаротомий, а количество лапаротомий с использованием метода «damage control» уменьшилось. Статистически значимых различий среднего числа лапаротомий на одного пострадавшего в обеих периодах мы не выявили.

Общая летальность в группе пациентов с абдоминальной травмой при политравме составила 19,9%. Причинами летальных исходов являлось развитие полиорганной недостаточности на фоне шока и развившихся септических осложнений. Отмечается снижение летальности с 22,8% в первом периоде до 18,1% во втором периоде. В группе пациентов с использованием лечебно-диагностической лапароскопии летальность увеличилась с 6,2% в первом периоде до 25,5% во втором периоде и была обусловлена экстраабдоминальными повреждениями. В группе пациентов

с использованием окончательной лапаротомии летальность в обеих была одинакова. В период больше 7-и суток от момента травмы в первом периоде летальность была высокой (31,3%), что было обусловлено развитием полиорганной недостаточности. В группе пациентов с использованием дамаж-контроля летальность снизилась с 43,8% в первом период до 30,0% во втором периоде. В первом периоде большинство пострадавших умерло в первые сутки от момента травмы. Во втором периоде летальность в большинстве была обусловлена умершими в первые сутки и больше 7-и суток после травмы.

Совершенствование оказания медицинской помощи при абдоминальной травме у пострадавших с политравмой позволило достигнуть двухкратного снижения распространенности полиорганной недостаточности и респираторного дистресс-синдрома, сократить сроки стационарного лечения на 39 процентов, снизить летальность на 20%.

Альтшулер Е.М., Гнедь М.А.
МБУЗ «Городская клиническая больница N 2»
г.Кемерово, Россия

БАЛОННОЕ РАСТЯЖЕНИЕ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность. Как известно, послеожоговые рубцовые поражения волосистой части головы часто становятся причиной функциональных нарушений и обезображивания внешнего вида у пациентов, что обуславливает актуальность разработки эффективных методов лечения этой патологии. Вместе с тем, новые методы реконструктивной хирургии и в частности баллонное растяжение тканей, все еще недостаточно широко применяются при хирургической реабилитации этой категории больных. В 1957 году C.G. Neumann впервые описал операцию по растяжению кожи с помощью введенного в подкожную клетчатку резинового баллончика. Однако в то время не было уделено должного внимания этому сообщению. Поэтому основоположником метода экспандерной дермотензии считается C.Radovan, который в начале 70-х годов начал его разработку (Radovan C., 1984 г.). По сути своей метод основан на физиологической способности тканей человека к растяжению. Важным преимуществом баллонной дермотензии является ее возможность значительно увеличить поверхность смежных неповрежденных тканей и эффективно использовать их в качестве пластического материала. При этом возмещение утраченной кожи и подлежащих структур происходит наиболее близкими по цвету, структуре и толщине тканями. Для восстановления утраченного волосяного покрова головы этот метод бывает часто незаменим. В нашей стране дермотензию при помощи экспандеров впервые стали использовать в реконструктивной хирургии последствий ожогов Григорьева Т.Г. и Пекарский Д.Е. (1986 г., 1988 г.); Мороз В.Ю. с соавт. (1989 г.); Гришкевич В.М. (1989 г.); Неробеев А.И. (1990 г.).

Материалы и методы исследования. К настоящему времени в ожоговом отделении МБУЗ «ГКБ N 2» г. Кемерово накоплен опыт применения баллонной дермотензии при послеожоговых рубцовых поражениях волосистой части головы. Под нашим наблюдением находилось 28 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями волосистой части головы, которые подверглись лечению с помощью баллонной дермотензии. По мере накопления опыта были разработаны правила и приемы проведения баллонной дермотензии, направленные на успешное применение метода на всех трех его этапах - имплантации экспандеров, процесса растяжения и использовании растянутых тканей для пластики. Растяжению подлежат (при значительном дефекте) ткани с двух или трех сторон, для этого используются один, два или несколько баллонов, по возможности их помещают в одну общую полость, окружающую пораженную зону. Чем больше площадь растянутых тканей (лучше с нескольких сторон), тем быстрее достигается необходимый прирост кожи, она подвергается меньшему растяжению, тем меньше предполагаемая ротация лоскутов и образование складок, реже требуется выкраивание лоскутов, оставляющее после себя дополнительные послеоперационные рубцы. Приемные трубки размещаются в местах, доступных для пункций и безопасных в случае возникновения некроза над ними. Недостатком метода является его длительность, ведущая к увеличению сроков пребывания больного в стационаре.

Максимальный срок растяжения составил 79 суток, минимальный - 19 суток (в среднем - 43,7±4,5 суток). После имплантации экспандера пациент может покинуть стационар на 2-3 сутки при уверенности в отсутствии типичных осложнений ближайшего послеоперационного периода, которые могут повлиять на период растяжения. На 7-10-е сутки удаляются швы. Мы с успехом проводим дозированное растяжение в условиях поликлиники и не разу не получили осложнений. Соблюдение вышеперечисленных правил и технических приемов позволило создать оптимальные условия для длительного пребывания в тканях экспандеров, предупредить возникновение осложнений, успешно провести процесс растяжения и получить прирост пластического материала достаточной площади для дальнейшей пластики.

Выводы.

Полученные клинические результаты хирургического лечения с использованием баллонной дермотензии при тяжелых и обширных послеожоговых рубцовых поражениях волосистой части головы показали высокую эффективность этого метода и позволяют во многих случаях проводить его в условиях поликлиники.

Аминов И.Х., Подолужный В.И., Чуркин М.В., Краснов К.А., Краснов О.А.
МБУЗ ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского
г.Кемерово, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) - «золотой стандарт» в диагностике патологии билиарного тракта. После проведения вмешательства возможны различные осложнения. Среди всех осложнений ЭРХПГ наиболее часто отмечено возникновение ЭРХПГ-индуцированного панкреатита. Частота его развития колеблется от 1,3-40%. Эффективные меры его профилактики не разработаны до настоящего времени. По рекомендации Cotton P.B. (1991 г.) ЭРХПГ-индуцированным панкреатитом считается развитие клинических проявлений острого панкреатита, повышение уровня амилазы сыворотки крови более чем в 3 раза по сравнению с нормой в течение свыше 24 часов после процедуры.

Цель исследования. Сравнение различных методов профилактики ЭРХПГ-индуцированного панкреатита.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 2 групп больных, перенесших ЭРХПГ. В каждой группе было по 120 человек. Группа 1: мужчин - 26 (21,7%), женщин - 94 (78,3%). Средний возраст больных - 62,2±1,25. Группа 2: мужчин - 29 (24,2%), женщин - 91 (75,8%). Средний возраст пациентов - 61,4±1,45. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным проводилась медикаментозная профилактика ЭРХПГ-индуцированного панкреатита. Пациенты группы 1 за 30 минут до вмешательства получали Атропина сульфат 0,1% 1,0 мл в/м, Димедрол 1% 1,0 мл в/м, Промедол 2% 1,0 мл в/м. В группе 2 применялась расширенная премедикаця: дополнительно (помимо вышеперечисленного объема) применялся Дроперидол 0,25% 2,0 мл в/м - за 30 минут до вмешательства и Нитросорбид 10 мг сублингвально - за 60 мин до рентгенэндоскопического вмешательства на большом дуоденальном сосочке (БДС).

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам выполнено контрастирование желчевыводящих путей. Пациентам группы 1 в 94 (78,3%) случаях выполнена эндоскопическая папиллотомия, в 59 (49,2%) случаях имелась сложность канюляции БДС, в связи с чем у 24 (20%) больных выполнению предварительное рассечение устья БДС. У пациентов группы 2 в 89 (74,2%) случаях выполнена эндоскопическая папиллотомия, в 66 (55%) случаях отмечена сложность канюляции БДС, 30 (25%) больным в связи с этом выполнено предварительное рассечение устья БДС. У 13 (10,8%) пациентов группы 1 после вмешательства отмечено развитие ЭРХПГ-индуцированного панкреатита (в 4 (3,3%) случаях с последующим развитием панкреонекроза). После ЭРХПГ у 4 (3,3%) пациентов группы 2 зафиксирован ЭРХПГ - индуцированный панкреатит (в 1 (0,8%) случае с развитием панкреонекроза). Развитие ЭРХПГ-индуцированного панкреатита статистически значимо ниже у пациентов группы 2 по сравнению с больными группы 1 ($p<0,05$). Также выявлено статистически значимое снижение средних значений длительности амилаземии у пациентов группы 2, проведение ЭРХПГ у которых потребовало предварительного рассечения устья БДС, сопровождалось сложностями при канюляции БДС, контрастированием Вирсунгова протока, а также в тех случаях, когда ЭРХПГ проводилось у больного на фоне механической желтухи на

момент исследования.

Выводы.

Применение расширенной премедикации позволило статистически значимо уменьшить частоту развития ЭРХПГ-индуцированного панкреатита.

Баранов А.И., Серебренников В.В., Мугатасимов И.Г., Шапран В.Т., Соловенко С.С.
ГБОУ ДПО НГИУВ Росздрасоцразвития РФ, МБЛПУ ГКБ N 1, г. Новокузнецк
МУЗ ГБ N 1, г. Прокопьевск, Россия

5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Актуальность. Перфорация язвы встречается у 5-10% больных с язвенной болезнью. В структуре неотложной хирургии 4-6% операций выполняются пациентам с перфоративной гастродуоденальной язвой, при этом преимущественно выполняется ушивание перфоративного отверстия из лапаротомного доступа. Малоинвазивные доступы (лапароскопический и минидоступ) не получили широкого распространения, что связанно как с общими ограничениями по внедрению неотложной лапароскопической хирургии, так и с определенным консерватизмом хирургов при использовании минидоступа.

Материалы и методы исследования. В клинике используются два типа малоинвазивных доступов при перфоративной язве - лапароскопический и видеоассистированный. Лапароскопическое ушивание выполняется из трех проколов - выше пупка устанавливается 10 мм порт для лапароскопа, в левом и правом подреберьях троакары для иглодержателя и иглоприемника. Ушивание производится атравматичной иглой с использованием материала «Викрил» и перитонизацией прядью сальника.

При видеоассистированном ушивании перфоративной язвы также производятся установка трех троакаров для ревизии и санации брюшной полости, непосредственно ушивание выполняется из вертикального трансректального минидоступа длиной 3,5-5 см, расположенного справа на 4 см от срединной линии и на 2-3 см ниже края правой реберной дуги.

Противопоказаниями к малоинвазивным операциям при перфоративной язве считаем:

1. Общее состояние больного, когда невозможно создать пневмоперитонеум.
2. Разлитой перитонит с парезом кишечника
3. Сочетание перфоративной язвы со стенозом и кровотечением
4. Распространение язвы на верхнюю и заднюю стенку.

При использовании двух типов доступа (лапароскопического и минидоступа) ограничения по размеру язвы не имеют существенного значения, т.к минидоступ позволяет ушить язву диаметром более 10 мм без технических трудностей.

Результаты исследования. С января 2007 по апрель 2012 года в МЛПУ «Городская клиническая больница N 1» оперирован 190 пациентов по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы. Мужчин - 146 (76,8%), женщин - 44 (23,2%), средний возраст - 40,6 лет. 161 (84,7%) пациентов оперировано по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, 29 (15,3%) - по поводу язвы желудка.

106 (55,7%) больным с перфоративной гастродуоденальной язвой операция выполнена из традиционного лапаротомного доступа, 54 (28,5%) проведено лапароскопическое ушивание язвы и 30 (15,8%) - оперативное вмешательство из минидоступа.

В раннем послеоперационном периоде для пациентов после малоинвазивных операций характерна низкая интенсивность болевого синдрома, более ранняя активизация. Несостоятельность ушитой язвы была у 1 пациента после ушивания язвы из минидоступа. Летальных исходов не было.

Следует отметить, что внедрение малоинвазивных операций при перфоративной язве не приводит к уменьшению летальности, т.к. послеоперационная смертность при этом заболевании характерна для группы пациентов, у которых имеются противопоказания к наложению пневмоперитонеума в связи с выраженностью сочетанных заболеваний, наличием распространенного перитонита, септического шока.

Выводы.

1. Малоинвазивные операции при перфоративной язве могут быть использованы как лапароскопическое ушивание, так и с использованием минидоступа при видеоасситированном варианте.

2. Малоинвазивные операции в раннем послеоперационном периоде характеризуются низкой интенсивностью болевого синдрома, ранней активизацией больных, но не влияют на послеоперационную летальность.

Батискин С.А., Золоев Д.Г., Коваль О.А.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России»
г.Новокузнецк, Россия

АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Несмотря на то, что распространенность сахарного диабета в различных странах составляет от 1,5 до 6%, на больных сахарным диабетом приходится около половины всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера. В 85% случаев всех ампутаций, связанных с сахарным диабетом, предшествуют язвенные дефекты стоп. В 50-70% случаев причиной ампутации является гангрена, в 20-50% - наличие инфекции. В большинстве случаев ампутации выполняются при сочетании ишемии и инфекции. Исходы операции и возможности послеоперационной реабилитации, в значительной мере, зависят от уровня усечения конечности.

Цель исследования. Изучить частоту реампутаций голени на уровне бедра у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись больные сахарным диабетом, которым выполнены «большие» ампутации конечности на уровне бедра и голени. В качестве первичных материалов исследования использовали сведения базы данных «Клиника» о всех больных в период с 1 января 1998 г. по 31 декабря 2007 г., госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России и сведения локальных баз данных, в том числе, содержащих информацию об ампутациях нижних конечностей. Проведен анализ результатов операций в том числе, в отношении сохранения коленного сустава после ампутации голени.

В отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России с 1 января 1998 г. по 31 декабря 2007 г. выполнено 206 ампутаций конечности на уровне бедра и голени. Из них 167 (81,1%) усечений конечностей выполнено на уровне голени, 39 (18,9%) - на уровне бедра. В ранний послеоперационный период до 1 месяца выполнено 17 (10,8%) реампутаций на уровне бедра после ампутации голени. В период от 1 месяца до 3 месяцев выполнено 4 (2,4%) реампутации на уровне бедра.

Таким образом, у больных сахарным диабетом в большинстве случаев удается сохранить коленный сустав, а сложившаяся в практике хирургических стационаров лечебно-профилактических учреждений тактика высокого усечения конечности на уровне бедра у данного контингента больных является не обоснованной.

Бегимбетова Н.Б., Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ
г.Курган, Россия

МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

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 нейрогормонов фол- и люлиберинов и, соответственно, уменьшалась

продукция фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. Поэтому нарушался МЦ и уменьшалось образование эстрогенов. Сегодня мы пришли к выводу, что в такой трактовке не учитывается изменение концентрации пролактина (ПЛ) - единственного гормона передней доли гипофиза, секреция которого постоянно подавляется гипоталамусом и существенно возрастает после освобождения гипофиза от гипоталамического контроля.

Для выяснения всех деталей механизма нарушений МЦ нами в динамике обследовано 246 женщин с функциональными нарушениями, возникшими после травмы или уравнивания длины конечностей. У этих женщин методом радиоиммунологического анализа определяли на 3, 14 и 30 дни после травмы концентрацию пролактина ПЛ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Для оценки активности репаративного процесса больных обследовали на дихроматическом костном денситометре фирмы «GE/Lunar Corp.» (США).

В качестве инструмента вычислений использовался пакет статистического анализа и встроенные формулы расчетов компьютерной программы Microsoft® Excell (Microsoft® Office 1997 - Professional Runtime).

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 паратирина на кость и поэтому в конце лечения МПК скелета была снижена на 21,6±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.

Выводы.

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.

Беляев М.К.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Росздрава
г.Новокузнецк, Россия

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Диагностика и лечение детей с травмой брюшной полости до настоящего времени остается актуальной проблемой. На травму органов брюшной полости, как закрытую, так и проникающую, приходится около 5% всех повреждений у детей, поступающих в стационар по поводу травмы. По данным литературы летальность среди детей с травмой живота составляет 14%, что намного больше средней летальности (2,4%) при любых других повреждениях в детском возрасте.

Исторически в выборе тактики при закрытой травме органов брюшной полости в нашей клинике мы выделяем три этапа. Первый этап - до 1990 года, когда была активная хирургическая тактика. В данный период практически все пациенты при поступлении с абдоминальной травмой подвергались лапаротомии. Во-первых, судить о степени повреждения органов брюшной полости по клиническим признакам представлялось затруднительным, особенно в тех случаях, когда

она сочеталась с другими повреждениями. Во-вторых, этому способствовало то обстоятельство, что применяемые в те годы методики вспомогательной диагностики (в частности, метод «шарящего катетера») не позволяли достоверно диагностировать так называемые «легкие» повреждения.

Второй этап - начинается с 1990 года. Он характеризуется внедрением лапароскопии в практику детского хирурга. Это позволило значительно сузить показания к лапаротомии, поскольку давало возможность визуализировать повреждение, оценить его степень, диагностировать внутрибрюшное кровотечение. Однако и этот метод долгое время оставался лишь вспомогательным, поскольку обнаружение свободной крови в брюшной полости уже само по себе служило показанием к ревизии органов живота.

Третий этап - начинается с 2001 года. Тщательный анализ собственного клинического опыта и литературных данных позволил нам пересмотреть свое отношение к абдоминальной травме. При анализе клинического материала мы выявили, что, во-первых, тяжесть повреждений паренхиматозных органов часто не зависит от тяжести травмы. Во-вторых, тяжесть состояния пациента, связанная с шоком зачастую не зависит от степени повреждения паренхиматозных органов. В-третьих, к моменту поступления пациентов с абдоминальной травмой в стационар у большинства из них уже наступал спонтанный гемостаз. В литературе к этому времени появилось достаточно работ по современным методам диагностики и лечения абдоминальной травмы. Одним из основных методов диагностики является УЗИ. Внедрение УЗИ позволило значительно сократить показания к оперативному вмешательству. Более того, в настоящее время в мире начал главенствовать принцип максимально дифференцированного подхода к оценке показаний к активной хирургической тактике.

Основываясь на собственном и литературном опытах, мы изменили прежнюю тактику и внедрили в нашей клинике новую методику: перешли на консервативное лечение при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей.

В настоящее время мы располагаем опытом консервативного лечения 26 детей с различными травмами селезенки и печени, что составило 18% от общего количество больных с травмами. Все они пролечены бескровным методом и выздоровели без применения открытого хирургического вмешательства.

Беляев М.К., Мочалов С.В.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Росздрава
г.Новокузнецк, Россия

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

С 2001 по 2011 гг. в клинику детской хирургии поступило 41 пациент с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов (12 девочек и 29 мальчиков). По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: падение с высоты - 24, прямой удар в живот - 3, падение с велосипеда - 5, автодорожная травма - 9. Все пациенты поступили с признаками шока разной степени выраженности. Всем пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия.

У 26 больных вмешательство было ограничено аспирацией крови и постановкой страховочного дренажа, поскольку отсутствовали признаки продолжающегося кровотечения, несмотря на значительный гемоперитонеум (400-800 мл) к моменту исследования. Этим пациентам проводилась противошоковая, гемостатическая терапия. Последующий УЗИ контроль позволил проследить динамику восстановления паренхимы селезенки при консервативном ведении. Выяснено, что полное заживление повреждения происходит в сроки от 3-х до 4-х недель.

15 пациентов были подвергнуты лапаротомии, из них в 11 случаях в связи с большим объемом гемоперитонеума (более 1000 мл). Однако анализ этих наблюдений показал, что у 10 из них к моменту вмешательства так же наступил спонтанный гемостаз. Только в 4-х случаях, при множественных повреждения селезенки, была выполнена вынужденная спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в сальник.

Анализ литературных данных и собственный клинический опыт в последнее десятилетие позволили нам пересмотреть свое отношение к абдоминальной травме и разработать новую тактику в отношении пострадавших больных. Алгоритм действий хирурга при таких повреждениях представляется следующим образом:

- оценка клинических и лабораторных признаков повреждений паренхиматозных органов;
- УЗИ, визуализация повреждений паренхиматозных органов, оценка наличия и величины гемоперитонеума;
- при наличии небольшого количества жидкости (крови) в свободной брюшной полости по данным УЗИ, удовлетворительных показателях гемодинамики и лабораторных данных - динамическое наблюдение, консервативная терапия, динамический УЗИ - контроль;
- при наличии большого количества крови, клинических признаках внутрибрюшного кровотечения - выполнение диагностической лапароскопии;
- визуализация во время лапароскопии повреждений паренхиматозных органов, оценка признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения;
- при отсутствии продолжающегося кровотечения - аспирация крови, установка страховочного дренажа; в последующем интенсивная гемостатическая терапия, динамический УЗИ - контроль;
- при наличии признаков продолжающегося кровотечения - оценка его степени, попытка эндоскопического гемостаза;
- при отсутствии признаков удовлетворительного гемостаза - лапаротомия.

Такой подход по нашему мнению позволил значительно сократить число неоправданных оперативных вмешательств у пациентов с абдоминальной травмой.

Беляев М.К., Мочалов С.В.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Росздрава
г.Новокузнецк, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Безусловно, ранняя диагностика повреждений очень важна для улучшения результатов лечения больных с травмой органов брюшной полости. Но в тоже время, необходимо разработать единую тактику обследования и лечения этих пациентов. Особое значение мы придаем четкой согласованности хирургических и реанимационных бригад, а также участие узких специалистов и вспомогательных служб.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1990 по 20011 гг. было проведено 5093 лапароскопических операции. Мальчиков было 1782 (35%), девочек 3311 (65%). Для верификации диагноза нами выполнена диагностическая лапароскопия у 3817 (75%) больных, показанием к которой являлся болевой абдоминальный синдром, когда исключить острую хирургическую патологию брюшной полости традиционными методами не представлялось возможным. Из них у 126 (2,5%) пациентов лапароскопия выполнялась для исключения повреждений внутренних органов брюшной полости при закрытой травме живота.

В настоящее время для диагностики травм органов брюшной полости применяют современные методы исследования, такие как УЗИ. Оно позволяет получить важную информацию о поврежденном органе. Но, тем не менее, метод ультразвуковой диагностики при травме паренхиматозных органов брюшной полости в ряде случаев не всегда позволяет в полной мере оценить степень внутрибрюшного кровотечения, его интенсивность, продолжается ли оно или остановилось и т.д. С этих позиций, с нашей точки зрения, лапароскопия позволяет более достоверно оценить не только состояние печени и селезенки, но и решить главный вопрос о выборе дальнейшей тактики.

С 2001 года мы внедрили в нашей клинике новую методику и изменили тактику: перешли на консервативное лечение при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей. В настоящее время мы располагаем опытом консервативного лечения 26 детей с травмами селезенки и печени, что составило 18% от общего количество больных с травмами. Все они пролечены бескровным методом и выздоровели без применения открытого хирургического вмешательства.

Несомненными преимуществами лапароскопического метода являются: малая травматичность,

улучшение качества диагностики, визуальный контроль всех этапов операции, значительное улучшение течение послеоперационного периода, уменьшение числа послеоперационных осложнений, хороший косметический эффект. Все эти факторы имеют наибольшее значение именно в детской хирургической практике.

Лапароскопия является методом выбора, как для диагностики, так и лечения повреждений паренхиматозных органов брюшной полости в детском возрасте, поскольку позволяет избежать неоправданных оперативных вмешательств и возможных послеоперационных осложнений.

Беляев М.К., Мочалов С.В.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Росздрава
г.Новокузнецк, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТЕЙ

Во всем мире в настоящее время очень бурно развивается эндоскопическая хирургия. Это наиболее перспективное направление в современной клинической медицине. Из всех разделов эндоскопической хирургии наибольшее развитие получила лапароскопия. Она все больше и больше занимает места в лечении хирургических больных, а в некоторых областях хирургии данный метод становиться основным.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1990 по 20011 гг. было проведено 5093 лапароскопических операции. Мальчиков было 1782 (35%), девочек 3311 (65%).

Для верификации диагноза нами выполнена диагностическая лапароскопия у 3817 (75%) больных, показанием к которой являлся болевой абдоминальный синдром, когда исключить острую хирургическую патологию брюшной полости традиционными методами не представлялось возможным. Лапароскопия позволила исключить у этих детей острую хирургическую патологию, а, следовательно, они избежали напрасной лапаротомии. В тоже время эндоскопическое исследование позволило выявить у них другие заболевания, не требующие оперативного лечения: мезаденит, простой аппедицит, апоплексия яичников, маточно-трубный рефлюкс, первичный перитонит и др.

В 1042 (28%) случаях был диагностирован деструктивный аппендицит. Из них у 136 (13%) больных измененный червеобразный отросток удален лапароскопически.

У 126 (2,5%) пациентов лапароскопия выполнялась для исключения повреждений внутренних органов брюшной полости при закрытой травме живота. В 86 (1,7%) наблюдении при лапароскопии была выявлена кровь в брюшной полости, что являлось, как правило, показанием к оперативному лечению. С 2001 года мы внедрили в нашей клинике новую методику и изменили тактику: перешли на консервативное лечение при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей. В настоящее время мы располагаем опытом консервативного лечения 26 детей с травмами селезенки и печени. Все они пролечены бескровным методом и выздоровели без применения открытого хирургического вмешательства.

Несомненными преимуществами лапароскопического метода являются: малая травматичность, улучшение качества диагностики, визуальный контроль всех этапов операции, значительное улучшение течение послеоперационного периода, уменьшение числа послеоперационных осложнений, хороший косметический эффект. Все эти факторы имеют наибольшее значение именно в детской хирургической практике.

Таким образом, лапароскопия позволяет у 75% больных верифицировать диагноз, а, следовательно, избежать неоправданных оперативных вмешательств и возможных послеоперационных осложнений. Лапароскопия является методом выбора, как для диагностики, так и лечения острых хирургических заболеваний брюшной полости в детском возрасте.

Берсенев А.Е., Лихачев А.Г., Тараско А.Д., Саламанов В.И.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ»
МЛПУ ГКБ N 2
г.Новокузнецк, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Варикоцеле - распространенное патологическое состояние, которое в общей популяции мужчин по данным ВОЗ (1998) встречается в 11,7%.

Показаниями к оперативному лечению варикоцеле являются:

1. Боли тянущего характера в паховой области и мошонке.
2. Сочетание мужского бесплодия и варикоцеле.
3. Эстетический дефект в области мошонки.

В отделении амбулаторной хирургии с 2006-2011 гг. было проведено оперативное лечение варикоцеле у 85 человек. У 35 из них - на паховом сегменте, средний возраст больных 33 года. У 50 на подвздошном сегменте, средний возраст больных 23,7 лет. Все операции проводились под местной анестезией. Показанием к операции на паховом сегменте является болевая форма варикоцеле или его рецидив, которая проводится в модификации Сейфана из минидоступа. При этом производится разрез длинной 2-3 см, параллельно и на 2 см выше пупартовой связки, на 3,5-5,5 см от лонного бугорка, пересекаются 2-3 ствола тестикулярной вены у места их выхода через внутреннее паховое кольцо, производится ревизия пахового канала.

При выполнении операций были обнаружены 2 канальные грыжи, 4 липомы, 1 раз выполнялся невролиз для устранения причины болевого синдрома.

Операции на подвздошном сегменте выполняем при отсутствии болевого синдрома (по методикам Бернади, Робба, Паломо). Чаще всего выполняется операция Робба из минидоступа. При этом в обязательном порядке пересекается не только основной ствол тестикулярной вены, но и рядом идущие мелкие вены и даже вена, сопровождающая мочеточник. Эту операцию характеризует простота и надежность исполнения. При этом не происходит повреждения фасциально-мышечной помпы, семенной артерии и крупных нервных стволов.

После операции больные находятся в палате дневного стационара под наблюдением около 2-х часов, после чего санитарным транспортом доставляются домой. На следующий день оперирующий хирург посещает больного на дому, на третий день больной самостоятельно приходит на прием. Болевой синдром на протяжении раннего послеоперационного периода минимальный и купируется ненаркотическими анальгетиками. В некоторых случаях потребности в анальгетической терапии не возникает.

Исследование концентрации тестостерона у мужчин с варикоцеле до и после операции не показал существенных различий. Уровень тестостерона крови в 95% случаев был в пределах нормы.

Осложнений после операции, таких как атрофия яичек, гидроцеле, лимфостаз мошонки в нашем отделении не отмечено.

Выводы.

1. Применение малотравматичного минидоступа позволяет с успехом выполнять операции по поводу варикоцеле в условиях амбулаторного хирургического отделения.
2. При оперативном лечении варикоцеле, выбор оперативного доступа должен быть индивидуальным.
3. При болевой форме варикоцеле наиболее оптимальным доступом является паховый, через который можно не только выполнить иссечение тестикулярных вен, но и устранить сопутствующие заболевания (канальные грыжи, липомы, деформацию подвздошно-пахового нерва).
4. Использование минидоступа при выполнении варикоцеле сопровождается минимальным болевым синдромом, который купируется ненаркотическими анальгетиками, а в ряде случаев можно отказаться от анальгетической терапии.

Бозоров Ш.Т., Артиков Д.Н., Дадажонов Ф.А., Исоков Х.А.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ

ДГПЖ - одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого возраста, ее частота повышается с возрастом на более чем 50% среди лиц 50-летного возраста. Основным методом лечение ДГПЖ до сих пор остается оперативное - открытая аденомэктомия. Оперативное лечение этого заболевания сопровождается большим риском развития тромбогеморрагических осложнений. Тромбоэмболические осложнения составляют основную причину послеоперационной летальности (12,5-16,2%), по данным различных авторов.

Цель исследования. Изучение факторов тромбоэмболических осложнений при ДГПЖ, внедрение в урологию новых эффективных методов профилактики и лечения. Под нашим наблюдением находилось 43 пациента с ДГПЖ, средний возраст которых составил 65±1,2 года. 16 больным произвели одномоментную чреспузырную аденомэктомию. 27 больным произведеен второй этап - аденомэктомия простаты. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли 25 больных с изменениями в гемостазиограмме, которым применяли клексан и свежезамороженную плазму. Вторую (контрольную) группу составили 18 больных, которым применялись другие методы профилактики (реополиглюкин в/в, тромбоасс в таблетках 1 раз в день в течение 5-7 дней до и после операции, бинтование нижних конечностей и т.д.). Обследование больных включало в себя общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, бактериологический посев мочи, гемоглобин в суточной моче, изучение гемостазиограмми, УЗИ и рентгенологические методы исследования.

Применение низкомолекулярного клексана проводилось под контролем коагулограммы за сутки до операции и течение 5 суток после операции. Применение низкомолекулярного клексана в комплексе с другими методами профилактики снизило частоту тромбогеморрагических осложнений после аденомэктомии простаты. Таким образом, применяя клексан в комплексе мер профилактики тромбоэмболических осложнений, мы добились хороших результатов, сократили сроки пребывания больных в стационаре, снизили частоту послеоперационной летальности.

Бозоров Ш.Т., Акбаров И.М., Дадажонов Ф.А., Исоков Х.А., Артиков Д.Н.
Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Среди больных с мочекаменной болезнью камни мочеточника встречаются в 8-15% случаев, наибольшие страдания пациентам причиняет почечная колика.

В урологическое отделение Ферганский филиал РНЦЭМП за период с 2010 по 2011 год обратились 582 больных с уретролитиазом, которые составили 38,4% из общего числа пролеченных больных.

Всем пациентам проводились следующие обследования:

- общий анализ мочи с определением pH мочи,
- бактериологический посев мочи,
- общий и биохимический анализ крови,
- УЗИ мочевыводящих путей,
- обзорная и экскреторная урография.

У пациентов с отрицательным результатом рентгенологического исследования на предмет наличия камней выявлялся уровень мочевой кислоты в крови с определением pH мочи.

В зависимости от локализации и размера камня, длительности нахождения конкремента, наличия инфекции мочевого тракта и степени обструкции, сопутствующей патологии произведены

следующие лечебные мероприятия. 92 больным произведены экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия. 91 больному выполнены эндоскопические вмешательства (уретролитоэкстракция). 62 пациентам в связи с обструкцией и ИМТ - перкутанная нефростомия. Открытое хирургическое вмешательство выполнено 141 пациенту (верхняя, средняя, нижняя уретролитотомия). У 26 пациентов трансвезикальным методом удален камень. Остальные пациентам с размером камня менее 7 мм назначена консервативная терапия для самостоятельного отхождения конкремента.

Оценка результатов лечения, послеоперационных осложнений и рецидивов убеждает в необходимости ранней диагностики камней мочеточника и преимуществе консервативных, эндоскопических, дистанционных, малоинвазивных методов лечения.

Бойко А.В., Смирнов А.К., Беляев С.А.
Алтайский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬУ ДЕТЕЙ

Одним из основных патогенетических механизмов в образовании спаек является избыточное отложение фибрина из-за нарушения равновесия между свертывающей и фибринолитической системами крови в ответ на воспаление, с последующей организацией фибрина в соединительную ткань. Это ведет к развитию спаечной кишечной непроходимости в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Суть метода в комбинированном применении 2-х препаратов:

- Первый - «Пиявит», обладающий противовоспалительными, антитромботическими и фибринолитическими свойствами.

- Второй - фибронектин, обладает опсонической функцией в отношении фибрина, коллагена и активных прокоагулянтов.

На первом этапе экспериментальной работы были проведены серии исследований на кроликах, у которых была смоделирована спаечная болезнь путем удаления серозной оболочки стенки кишки и нанесением стерильного талька.

У животных получавших фибронектин было выявлено более раннее купирование воспаления и снижение спайкообразования по сравнению с контрольной группой (не получавшей препарат). Оценка гемостаза показала, что Пиявит снижает агрегацию тромбоцитов и степень гиперкоагуляционных сдвигов, а также повышает активность фибринолитической системы.

Второй этап исследования - клинический.

Был проведен сравнительный комплекс исследований 124 детей поступивших в клинику детской хирургии с различными воспалительными заболеваниями и травмами органов брюшной полости. В группу сравнения вошли 76 детей, которым проводилась традиционная послеоперационная профилактика развития спаечной непроходимости. В основную группу были включены 48 больных с аналогичными оперативными вмешательствами и проведением разработанного нами комплекса профилактики образования внутрибрюшинных сращений и их осложнений.

Для оценки эффективности профилактики дети двух групп наблюдались в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде сроком до года.

При анализе течения послеоперационного периода выявлено, что у детей контрольной группы он протекал благоприятней. Это выражалось более ранним восстановлением моторно-эвакуационной функции кишечника, ранним восстановлением показателей лейкоцитов, СОЭ и среднесуточной температуры.

В условиях проведения предлагаемого нами комплекса профилактики, отмечены более ранняя стабилизация и нормализация коагуляционных и агрегационных нарушений, особенно наглядно это показывает динамика показателей Хагеман.

При оценке эффективности профилактики развития СКН в отдаленном послеоперационном периоде были выявлены достоверные различия по частоте возникновения болей в животе, задержке стула, признакам наличия внутрибрюшных сращений при УЗИ у больных, получавших и не получавших предложенную нами схему профилактики.

Выводы.

1. Применение «Пиявита» отдельно и в сочетании с аутофибронектином позволило в эксперименте предупредить образование спаек за счет коррекции нарушений гемостаза на высоте спайкообразования.

2. Разработанный и внедренный нами метод лечения и профилактики спаечной кишечной непроходимости у детей достоверно ($p<0,05$) снижает частоту развития спаечной болезни у детей при первичных хирургических вмешательствах (с 15,8% до 4,2%) и число рецидивов при уже имеющейся спаечной кишечной непроходимости (с 50% до 16,7%).

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Беляев С.А., Полухин Д.Г., Павлова Е.Н., Герасименко К.И., Мамонтова Н.Н., Бойко А.В., Неделина С.Г., Безбородова Н.В.

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

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

С целью повышения эффективности диагностики, а так же разработки методов этапного лечения гематогенного остеомиелита с учетом формы и стадии заболевания, обследованы 52 ребенка: 20 - с местной и 32 - с септикопиемической формой в возрасте от 15 дней до 14 лет. 10 детей поступили на 1-5 сутки заболевания, 42 - позже 5 суток, то есть в период, когда деструкция костной ткани была значительной, и процесс вышел за пределы костномозгового канала. Всем больным проводилось обследование, включающее в себя сбор жалоб, анамнеза, физикальное, лабораторное обследование, в том числе исследование гемостаза, рентгенография проводилась на 14-16 сутки от начала заболевания. Лечение больных в острую стадию заключалось в санации очага: остеоперфорации с промыванием костномозгового канала растворами антисептиков, вскрытии поднадкостничных флегмон и флегмон мягких тканей, поднадкостничной резекции костей таза, остеоперфорации шейки бедра иглой-шурупом, пункции суставов при местаэпизарном остеомиелите, иммобилизации, физиолечении. Антибактериальная терапия затрудняется при ОГО тем, что деструктивный процесс вызывается антибиотикорезистентными штаммами, а так же сложностью создания бактерицидной концентрации антибиотика в очаге из-за микротромбообразования при синдроме ДВС, поэтому мы применяли сочетания нескольких антибиотиков в максимальных возрастных дозах. Предпочтение отдавалось комбинации цефалоспоринов, аминогликозидов и метронидазола с последующей коррекцией, с учетом антибиотикограммы. Наряду с внутривенным, внутримышечным путями антибиотики вводились в костномозговой канал, а также путем электрофореза. Пассивная иммунизация осуществлялась введением антистафилококковой плазмы. Также всем больным проводилась инфузионная терапия по 80-130 мл/кг и посиндромное лечение. Для коррекции гемостаза применяли гепарин со свежезамороженной плазмой и контрикал по разработанной нами схеме. Такое лечение в острую стадию гематогенного остеомиелита позволило улучшить состояние больных и нормализовать лабораторные показатели через 15-20 суток. 30 больных были выписаны с выздоровлением, у остальных процесс перешел в подострую стадию. Разработанное в нашей клинике хирургическое лечение в подострую стадию (санационная секвестроэктомия) проведено у 20 больных в сроки через 1-2 месяца от начала заболевания, и привело к прекращению воспалительного процесса в кости у большинства больных. У 5 детей процесс перешел в хроническую стадию, о чем свидетельствовало появление свищей, рубцов, атрофия мышц, волнообразное течение. Рентгенологически определялись секвестр, секвестральная полость и секвестральная капсула. Основная задача на этом этапе лечения - повысить иммунобиологическую сопротивляемость организма, радикально и полностью ликвидировать воспалительный процесс. Всем больным проведена секвестрэктомия.

После выписки из стационара детей с хроническим остеомиелитом особое внимание уделялось восстановлению нарушенной функции конечности (ЛФК, тепловые процедуры под прикрытием антибиотиков и санаторно-курортное лечение).

Таким образом, лечение гематогенного остеомиелита является сложной проблемой. Только

полная реализация программы этапного лечения и его преемственность (стационар - поликлиника - санаторий) дает возможность сократить сроки пребывания в стационаре, а также снизить процент хронизации процесса и инвалидизации больных.

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Герасименко К.И., Мамонтова Н.Н., Павлова Е.Н., Осецкий И.Г., Хазиев А.Т.

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

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФИБРИН-МОНОМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Приводим результаты изучения гемостаза у детей с гнойно-септическими заболеваниями в возрасте от 15 дней до 14 лет. С острой гнойной деструктивной пневмонией (ОГДП) - 116 (с внутрилегочной формой - 17, с пиотораксом - 33, с пиопневмотораксом - 66,) и с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) - 52 (20 - с местной формой, 32 - с септикопиемической). 40 здоровых детей обследованы в качестве контроля.

При поступлении в 1-5 сутки заболевания на фоне тяжелого септического состояния отмечались тромбофилические явления: тромбирование катетеров подключичных вен, игл при взятии крови на анализ. Исследования гемостаза выявили повышение количества тромбоцитов ($p<0,001$), их адгезии ($p<0,001$), МА по АКТ ($p<0,001$), удлинялось время лизиса эуглобулинового сгустка, у 53% детей с внутрилегочной формой ОГДП, у 81% - с пиотораксом и у 100% - с пиопневмотораксом, а также у 20% с местной и у 90% - с септикопиемической формой ОГО ЭТ был положительным, т.е. в крови определялись фибрин-мономерные комплексы, что свидетельствовало о ДВС-синдроме. У этих больных процесс протекал наиболее тяжело. При поступлении на II-III неделе у больных отмечались длительные кровотечения из мест инъекций, легочные, носовые кровотечения, кровотечения из ЖКТ, из ран, а также тромбоцитопения ($p<0,001$); снижение адгезии тромбоцитов ($p<0,001$), уменьшение МА по АКТ ($p<0,001$), сокращение времени лизиса эуглобулинового сгустка, появление и нарастание ПДФ.

Коррекция гемостаза гепарин-контрикаловым комплексом со свежезамороженной плазмой позволила быстрее ликвидировать септический процесс, предотвратить тяжелые кровотечения.

Таким образом, при гнойно-септических заболеваниях у детей наблюдаются закономерные фазные изменения гемостаза, которые зависят от тяжести течения, формы и стадии заболевания. В основе их лежит ДВС - синдром, выявленный при внутрилегочной форме ОГДП у половины, при легочно-плевральных формах почти у всех, при местной форме ОГО у 20%; при септикопиемической - у 90% больных. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание отягощает течение заболевания, вызывая септический шок и тяжелые кровотечения. Появление фибрин-мономерных комплексов - свидетелей ДВС синдрома - является плохим прогностическим признаком. Применение гепарин - контрикалового комплекса со свежезамороженной плазмой по разработанной нами схеме позволяет предотвратить нарушения гемостаза, а при развившемся синдроме ДВС быстро его ликвидировать.

Власова И.В., Тлеубаева Н.В., Пронских И.В.

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

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

Острый тромбоз в системе нижней полой вены представляет одну из наиболее серьезных проблем современного здравоохранения. Ежегодная частота возникновения тромбозов глубоких вен (ТГВ) составляет 160 случаев на 100000 населения. Около 32-45% осложняется массивной

тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Своевременная и точная диагностика ТГВ во многом определяет успешность лечения и профилактики возможной фатальной ТЭЛА. Трудность диагностики ТГВ связана с частой стертостью клинических проявлений. Течение ТГВ может маскироваться другой имеющейся патологией. Частота диагностических ошибок на клиническом этапе достигает 50%. Основным методом диагностики венозных тромбозов в настоящее время является ультразвуковое дуплексное сканирование (ДС). Чувствительность метода в диагностике проксимальных тромбозов достигает 100%.

Цель исследования. Определить частоту выявления тромботических венозных процессов и значение экстренного ультразвукового исследования сосудов больным приемного отделения. Был проведен анализ результатов ДС сосудов нижних конечностей у 196 пациентов, поступивших в приемное отделение «НКЦ ОЗШ» за трехлетний период (2009-2011 гг.). В отличие от других категорий пациентов, для больных, направляемых из приемного покоя характерно наличие выраженной клинической симптоматики (отек конечности, боли), которая и явилась поводом обращения к врачу. После врачебного осмотра при подозрении на наличие тромботического процесса в венах, пациенты направлялись на ДС, которое выполнялось всем пациентам в экстренном порядке, в течение часа. Наличие тромботического процесса в венах подтвердилось в 31% случаев. Варикофлебит был у 12% больных, причем в случае тромбофлебита подкожных вен совпадение с клиническим диагнозом было практически у всех. ТРГ был выявлен у 19%. При ТГВ в подавляющем большинстве (85%) имелся распространенный тяжелый тромбоз. В 5 случаях имелась флотирующая верхушка тромба. Все пациенты были госпитализированы, при флотирующих тромбах была выполнена тромбэктомия с последующей перевязкой вены, что позволило предотвратить ТЭЛА. У 19% пациентов не было выявлено изменений сосудов и мягких тканей, что позволило избежать необоснованной госпитализации. У оставшейся половины больных после выполнения ДС был уточнен диагноз. У большинства пациентов причиной жалоб была декомпенсация хронической венозной недостаточности на фоне варикозной, либо посттромботической болезни вен (23%). В 16% определялись признаки нарушения лимфооттока. В части случаев отечность, и болевой синдром были вызваны ишемическими изменениями на фоне облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (6%). У 5% была выявлена несосудистая причина клинических проявлений: разрыв мышц с образованием межмышечных гематом, осложненные кисты Беккера, тендовагинит, что позволило скорректировать лечебную тактику.

Таким образом, выполнение в экстренном порядке дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей пациентам приемного отделения позволяет своевременно выявить эмболоопасный тромбоз вен, избежать необоснованной госпитализации, в половине случаев в течение часа уточнить диагноз и скорректировать лечебную тактику.

Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В., Раздорская М.В.
МУЗ «Городская больница N 1»
г.Барнаул, Россия

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Нарушение функции нижних мочевых путей- довольно частое осложнение повреждения тазового кольца. Одним из нарушений является гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) - синдром, включающий наличие императивных позывов, которые могут сопровождаться ургентным недержанием мочи, учащенным мочеиспусканием и никтурией. Указанные симптомы способны сочетаться друг с другом либо проявляться изолированно.

По данным эпидемиологических исследований в Европе и США, частота встречаемости ГАМП у женщин составляет 16,9%. Распространенность ГАМП увеличивается с возрастом: 4,8% в возрасте до 25 лет и 30,9% и более у лиц старше 65 лет. Полагают, что императивными позывами на мочеиспускание страдает 16-19% взрослого населения России. В общей популяции ГАМП чаще имеет место у женщин, чем у мужчин.

К настоящему времени удалось установить, что причиной ГАМП у большинства больных является гиперактивность детрузора. С одной стороны, определенно известно, что основной причиной

симптомов ГАМП являются непроизвольные сокращения детрузора во время фазы наполнения мочевого пузыря. С другой патофизиологические процессы, лежащие в основе развития ГАМП, до настоящего времени не полностью понятны и мало изучены. Детрузорная гиперактивность может быть следствием нейрогенных и не нейрогенных причин, а так же их комбинации.

Наиболее частое сочетание травм мочеполовой системы (МПС) и опорно-двигательного аппарата встречается при переломах костей таза и повреждениях связок тазового кольца. Учитывая то, что в результате научно-технического прогресса частота повреждений таза с каждым годом возрастает, нами решено изучить частоту ГАМП у пациентов после оперативного лечения таза в отдаленном периоде.

В отделении тяжелой сочетанной травмы с 2005 по 2010 гг. прошли лечение 905 больных в возрасте от 18 до 45 лет, с переломами костей таза. У всех больных была тазовая и забрюшинная гематома, повреждение мышечно-связочного аппарата таза. Из них 550 человек прошли анкетирование. 160 пациентов предъявляли жалобы на императивные позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, никтурию, императивное недержание мочи. Данные пациенты взяты под наше наблюдение.

Пациенты были разделены на 4 группы. В первую группу вошли пациенты, оперированные в ранние сроки (в течение недели после травмы), в остальные группы - пациенты, которым оперативное лечение было проведено в поздние сроки (через 3 недели). Во II группе пациенты с целью профилактики развития синдрома ГАМП принимали м-холинолитики: оксибутинин (Дриптан) 5 мг*2 раза в сутки или солифенацин (Везикар) 5 мг*1 раз в сутки 2-3 месяца, в III группе пациентам проводилось физиолечение: эндотон на область мочевого пузыря 10 сеансов. В IV группе профилактика не проводилась. I группа включила 67 пациентов, II - 25, III - 35, IV - 33.

Больных обследовали по стандартной схеме: анамнез, ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, урофлоуметрия, цистоскопия, анализ сахара крови, общий анализ мочи, определение мочи на стерильность, дневник мочеиспускания в течение 72 ч., гинекологический осмотр женщин. Признаков цистита при цистоскопии не выявлено ни у одного из обследованных. При обследовании с императивными позывами к мочеиспусканию в I группе выявлено 9 пациентов, во II - 2, в III - 7, в IV - 11; с императивным недержанием в I группе - 9, во II - 2, в III - 7, в IV - 12; с никтурией в I - 18, во II - 5, в III - 8, в IV - 12; с учащенным мочеиспусканием в I - 20, во II - 7, в III -10, в IV - 20. При УЗИ остаточная моча определена у 15 пациентов в I группе, у 5 во II, у 10 в III, у 20 в IV. При проведении урофлоуметрии признаки ГАМП диагностированы у 12 человек в I группе, во II - у 3, в III - у 9 и в IV - у 15.

По данным обследования признаки синдрома ГАМП в I группе выявлены у 9 пациентов (13,4%), которым проводилась ранняя стабилизация переломов таза, во II группе - у 2 (8%), во III группе - 7 (20%), в IV группе - 11 (33,3%).

Таким образом, частота развития синдрома ГАМП у пациентов, которым проведено оперативное лечение повреждений тазового кольца в поздние сроки составляет 33,3%, что выше, чем у пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилось медикаментозное (8%) и физиолечение (20%). Частота развития синдрома ГАМП у пациентов, которым проводилась ранняя стабилизация переломов костей таза, составляет 13,4%, что ниже, чем у пациентов, которым было проведено оперативное лечение в поздние сроки (33,3%).

Следовательно, ранняя стабилизация переломов таза или профилактика приводит к снижению развития синдрома ГАМП у пациентов после повреждений тазового кольца.

Володин В.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ ПРОГРАММНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Актуальность. Спаечная болезнь брюшной полости и ее грозное осложнение в виде острой кишечной непроходимости (ОКН) являются распространенными состояниями в абдоминальной хирургии (В.П. Петров, И.А. Юрихин, 1989 г.; С.В. Минаев, 2006 г.). В конце 20 и начале 21

столетия продолжается рост больных спаечной болезнью, который обусловлен прогрессирующим увеличением числа операций на органах брюшной полости (В.Д. Федоров, 2004 г.). Среди больных ОКН наиболее проблемными как с позиции хирургического лечения, так и развития рецидива заболевания являются пациенты с распространенными формами спаечного процесса брюшной полости (3 и 4 степень распространения) и имеющие рецидивное течение спаечной болезни. Как правило, у больных с распространенным спаечным процессом операции проходят длительно, травматично, несут в себе высокий риск послеоперационных осложнений и рецидив заболевания. Эти больные представляют наш научный интерес. В клинике общей хирургии КемГМА больным с ОКН и распространенным спаечным процессом брюшной полости в алгоритм лечения была включена программная видеолапароскопия.

Материалы и методы исследования. Программная лапароскопия в комплексном лечении ОКН выполнена у 22 больных в возрасте от 22 до 66 лет. Из них 8 (36%) больных перенесли ранее более двух операций по поводу спаечной кишечной непроходимости. Операции проводились из лапаротомного доступа, в ходе которых у всех больных был выявлен массивный спаечный процесс, признаки энтеральной недостаточности. У 7 (35%) больных диагностирован разлитой перитонит, а у 4 из них потребовалась выполнение резекции кишки. Наряду с устранением непроходимости больным проводился энтеролиз на всем протяжении тонкой кишки с назогастроинтенстинальной интубацией. С целью создания раннего и стойкого симпатолитического эффекта выполнялась симпатэктомия на уровне верхнебрыжеечного симпатического сплетения. Перед зашиванием брюшной полости в нее заливался полиглюкин с преднизолоном (90 мг) и устанавливалась гильза для программной лапароскопии. В послеоперационном периоде больные получали комплексную медикаментозную терапию, включая антибиотики, полиэнзимные препараты. Проводились общеклинические исследования, определялась моторно-эвакуаторная функция кишечника рентгенологическим методом и с помощью УЗИ. Программные лапароскопии документировались путем записи их на видеопленку.

Результаты и их обсуждения. Всем больным первая программная видеолапароскопия выполнялась на следующий день после операции, вторая на 3-4 сутки. У 4 больных потребовалось выполнение третьей лапароскопии на 6-7 сутки. При первой лапароскопии у всех больных отмечалась макроскопическая картина выраженного висцерита: петли кишечника отечные, гиперемированные, участками покрыты пленками фибрина. Париетальная брюшина в зонах травматизации также воспалена. По фланкам брюшной полости, между петлями кишки находился геморрагический экссудат в объеме 120-250 мл, фибрин, множество мелких сгустков крови. Петли тонкой кишки рыхло фиксированы к участкам десерозированной брюшной стенки и чаще всего по ходу лапаротомного доступа. После осмотра всех отделов брюшной полости выполнялось промывание ее физиологическим раствором, устранялись рыхлые висцеро-париетальные и висцеро-лапаротомные сращения, брюшина орошалась 0,25% раствором новокаина с преднизолоном.

Во время проведения второй лапароскопии наблюдалось уменьшение признаков висцерита, экссудат имел серозно-геморрагический характер в объеме от 50 до 100 мл, сгустки крови были обнаружены лишь у 2 больных. Просматривались все отделы кишечника, устранялись ангуляции и висцеро-париетальные сращения. После санации брюшной полости физиологическим раствором она вновь орошалась раствором новокаина с преднизолоном. По три программных лапароскопии выполнено больным, которым проводилась резекция кишки в условиях перитонита. В процессе проведения третьей лапароскопии помимо выполнения адгезиолизиса у 1 больного был вскрыт и дренирован межкишечный абсцесс. Брюшина в эти сроки приобретает физиологическую окраску, висцеро-париетальных спаек меньше, чем их было при второй лапароскопии. Петли тонкой кишки лежат на интубационной трубке без ангуляций, но уже участками плотно фиксированы друг к другу плоскостными спайками, создавая «физиологический каркас».

Из осложнений в этой группе больных нами наблюдалась в одном случае пневмония, причину которой мы связываем с интубацией кишки (5 суток). Проведенные в послеоперационном периоде клинические, рентгенологические и ультразвуковые исследования моторно-эвакуаторной функции кишечника показали быстрое ее восстановление.

Выводы.

Программная лапароскопия у больных ОКН с распространенным спаечным процессом позволяет проводить полноценную санацию брюшной полости, устранять экссудат, клеточный и белковый состав которого непосредственно участвует в патогенезе образования спаек.

Программная лапароскопия создает возможности в ранние сроки провести адгезиолизис, устранить формирующиеся ангуляции кишечника и местно воздействовать противовоспалительными препаратами на висцеральную и париетальную брюшину.

Володин В.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости, имеющая 3-4 степи распространения спаечного процесса, рецидивирующие формы течения заболевания, осложненные острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) является одним из наиболее сложных разделов в экстренной абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Обоснование разработанного комплексного подхода в хирургическом лечении ОСКН с позиции улучшения течения послеоперационного периода и возможности профилактики образования брюшинных спаек.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 62 больных с ОСКН, имеющих распространенные формы спаечного процесса, признаки энтеральной недостаточности. Из них у 42% больных наблюдалось рецидивирующее течение СБ. В алгоритм лечения больных нами включено: денервация верхней брыжеечной артерии на уровне верхнебрыжеечных симпатических ганглиев с целью создания раннего и стойкого симпатолитического эффекта (40 б-х); назогастроинтестинальная интубация для создания «физиологического» положения тонкой кишки; программная видеолапароскопическая санация брюшной полости и адгезиолизис через 1 - 3-7 суток после первичной операции, раннее применение полиферментной терапии вобэнзимом; аллопластика десерозированных участков брюшной стенки, лапаротомного доступа амниотической оболочкой. С помощью УЗИ и рентгенографии проводилось исследование эхосемиотики, моторно-эвакуаторной функции кишечника, формирование висцеро-париетальных спаек.

Результаты исследования. Денервация ВБА уже на операционном столе у 70% больных вызвала стойкую перистальтику кишечника, и она не угасала в течение всего послеоперационного периода. Отчетливо наблюдалось более раннее восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника после операции на всех этапах обследования. В процессе выполнения программной лапароскопии отмывается фибрин, кровь, экссудат, клеточный и белковый состав которого играют важную роль в патогенезе СБ. Своевременно диагностированы и вскрыты межкишечный абсцесс у 1 больного. Разрушаются формирующиеся шнуровидные и плоскостные висцеро-париетальные сращения. Нами выявлен также хороший адгезиопротекторный эффект амниотической оболочки - фиксации кишечника к оболочке, закрывающей поврежденные участки брюшины, в процессе наблюдения не отмечалось.

Таким образом, применяемая нами программа лечения больных ОСКН с распространенным спаечным процессом брюшной полости патогенетически обоснована, она улучшает течение послеоперационного периода и оказывает адгезиопротекторное действие.

Вострокнутов И.В., Кука И.В.
БУЗ «Горно-Алтайская Республиканская больница»
г.Горно-Алтайск, Россия

ЛАПАРОСТОМА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КАК ПРИНЦИП ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА «DAMAGE CONTROL»

На наш взгляд лапаростома применяемая у пациентов с распространенной формой перитонита с проявлениями абдоминального сепсиса на этапах лечения может трактоваться как

разновидность принципа «damage control».

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности различных видов хирургической интраоперационной тактики при лечении больных с разлитым перитонитом на этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Исследования выполнены в период с 1996 по 2009 годы. За исследуемый период медицинская помощь оказана 13390 пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости. 11318 пациентов из 13390 (84,5%) были оперированы. Нозологическая структура острой хирургической патологии у пациентов основной исходной группы: острый аппендицит- 1533 (59,6%), острый холецистит-392 (15,1%), острая кишечная непроходимость - 177 (6,8%), ущемленная грыжа-152 (5,8%), прободная язва желудка и ДПК - 127 (4,9%), перфорация толстой кишки - 73 (2,7%), перфорация тонкой кишки - 67 (2,5%), травмы живота - 64 (2,6%).

Общим клиническим признаком для всех пациентов исходной группы было наличие на момент поступления перитонита различной этиологии, степени тяжести и распространенности.

Пациенты с ограниченной формой перитонита составили 75,7% (1957), у 24,2% (628) имелась распространенная форма перитонита.

На основе различий первичной хирургической тактики (ушивание наглухо, лапаростома) были сформированы аналитически корректные группы сравнения: 298 и 330.

Разница между 1-й и 2-й основными группами заключалась в выборе метода первичного хирургического вмешательства: части пациентов передняя брюшная стенка ушивалась наглухо: 330 человек (52,5%), а части хирургическое вмешательства завершали наложением лапаростомы: 298 человек (47,4%). Пациенты с ушитой наглухо передней брюшной стенкой составили 1-ю основную подгруппу исследования, а пациенты с лапаростомой - 2-ю основную подгруппу, сравнительный анализ результатов использования различных вариантов интраоперационной тактики проводили путем сравнения данных подгрупп между собой. Контрольной подгруппой считали ту подгруппу, где результаты лечения по нескольким показателям были лучше.

Из 330 пациентов 1-й основной подгруппы у 245 (74,2%) в послеоперационном периоде развились осложнения, которые потребовали повторного вмешательства на органах брюшной полости (релапаротомии). Во всех случаях это были пациенты, которым брюшную стенку при первичной операции ушили наглухо. Самой частой причиной вызвавшей релапаротомию был продолжающейся перитонит (36,5%) далее несостоятельность швов ранее наложенного анастомоза или ушитой раны кишечника (13,8%), абсцесс брюшной полости (13,8%) и.т.д.

У 298 пациентов, которым при первичном хирургическом вмешательстве была наложена лапаростома (2-я основная подгруппа) преобладали признаки системной воспалительной реакции с начальными симптомами абдоминального сепсиса. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале SOFA. Тяжелыми считались пациенты, имевшие от 6 до 10 баллов, свыше 16 баллов состояние оценивали как септический шок. Основным принципом оперативного вмешательства у пациентов с тяжелым распространенным перитонитом была простота метода, заключающаяся в максимальном сокращении времени оперативного вмешательства, по возможности быстро удалялся источник перитонита, если удаление его было сопряжено с техническими трудностями, и удлиняло время вмешательства, источник перитонита отграничивался от брюшной полости, последняя промывалась и накладывалась лапаростома. В нашем варианте это марлевая салфетка, которая укладывалась на большой сальник, с заходом в боковые каналы сверху салфетки укладывались тампоны, и брюшная стенка слегка сводилась двумя или максимум тремя швами без всякого натяжения, наложенными через все слои брюшной стенки. При нормализации состоянии пациента, заключающемся в стабилизации артериального давления или максимального снижения дозы вазопрессоров проводили контроль за состоянием брюшной полости, удаляли не удаленный источник перитонита ликвидировали гнойные затеки проводили интубацию кишечника по показаниям. В некоторых случаях при стабилизации состояния, пациента транспортировали в специализированное отделение, где ему проводили дальнейшее лечение. На наш взгляд такой подход отвечает требованиям «damage control».В послеоперационном периоде этим пациентам в среднем проведено от 3 до 5 санации брюшной полости. Критерием для закрытия брюшной полости служили положительная динамика заболевания, восстановление перистальтики кишечника, стабилизация артериального давления, нормализация анализов крови, улучшение общего состояния, отсутствие выпота и запаха в брюшной полости, а также появление грануляционной ткани на

ране брюшной стенки.

Выводы.

Таким образом, у пациентов с тяжелым распространенным перитонитом были использованы два варианта лечебной тактики: тактика, не предполагающая динамического объективного контроля за состоянием органов брюшной полости в послеоперационном периоде (объем хирургического вмешательства - зашивание брюшной полости наглухо) и тактика «damage control» (предполагает указанный динамический объективный контроль путем наложения лапаростомы). Сравнительный анализ клинической эффективности описанных тактических подходов показал, что в группе больных с использованием тактики «damage control» результаты лечения по ряду объективных показателей были лучше, а именно летальность у пациентов 1-ой основной группы (n=330), где лапаростома на первом этапе лечения не применялась, 31,2% (103), во 2-ой основной группе (n=298), где сразу наложена лапаростома 20,8% (62).

Гервазиев В.Б., Колобова О.И., Козлов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет
Краевая клиническая больница
г. Барнаул, Россия

ДИСТАЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Синдром диабетической стопы (СДС) является серьезным осложнением сахарного диабета, вызывающим тяжелые гнойно-деструктивные изменения, заканчивающиеся ампутацией конечностей у 50-75% больных. Характерной особенностью сосудистых изменений при СДС является преимущественное возникновение в нижней трети голени и на стопах, испытывающих наибольшую ортостатическую нагрузку. Системные метаболические и иммуновоспалительные нарушения не объясняют механизмов такой избирательной локализации диабетической ангиопатии на нижних конечностях. Ранее проведенными в клинике госпитальной хирургии исследованиями установлено важное значение ортостатической ангиогипертензии и ангиоспазма в развитии тромбангиита. Сходное патогенетическое и анатомическое поражение сосудов при диабетической стопе ухудшает исходы реваскуляризации дистального артериального русла нижних конечностей. Применение даже оптимальных способов сосудистой пластики, в условиях СДС оказывается недостаточно эффективным. Все это обуславливает необходимость поиска рациональных подходов к лечению.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных ишемической формой диабетической стопы путем дистального аутовенозного шунтирования in situ и регионарной лекарственной терапии.

В соответствии с поставленными задачами проведен анализ результатов лечения 61 пациента СДС (64 наблюдения), которым проведено дистальное аутовенозное шунтирование in situ как самостоятельное лечение (50 наблюдений) или в комплексе с пролонгированной регионарной лекарственной инфузией, включающей суспензированный гидрокортизон. Данный состав инфузата разработан и применяется в клинике для лечения тромбангиита.

Результаты лечения оценивали по разработанным в клинике критериям, учитывающим исходный уровень и степень регресса ишемии, и проходимость шунтов.

Как показали результаты лечения, дистальное аутовенозное шунтирование in situ позволяет успешно корригировать нарушение проходимости бедренно-подколенного артериального сегмента у больных СДС с разной степенью ишемии. Первичная проходимость шунтов составила 80%, вторичная 88%. Основной причиной ранних тромбозов шунтов было распространенное поражение путей оттока, что потребовало высокой ампутации у 8% больных с IV степенью ишемии. Системные и местные осложнения составили 10%, летальность 4,2%.

В отдаленном периоде через 2 года кумулятивная проходимость шунтов составила 68%, через 4 года проходимыми были только 45% шунтов. Наиболее устойчивыми оказались результаты

бедренно-переднебольшеберцового шунтирования с сохранением проходимости 3/4 шунтов этой локализации

Основываясь на полученных результатах, на следующем этапе у пациентов СДС группы сравнения, реконструктивные операции на артериях бедренно-подколенного сегмента, дополняли интенсивной лекарственной терапией.

Частота послеоперационных тромботических, системных осложнений не превышала аналогичных показателей у больных СДС основной группы. Вторичная проходимость шунтов составила 100%. Для повышения устойчивости отдаленных результатов всем больным проведена ДАИ в периоперационном периоде, или в более отдаленные сроки от месяца до 1,5 лет, у 2 пациентов неоднократно.

Кумулятивная проходимость шунтов у больных СДС составила через 4 года после комплексного лечения 90%, что значимо выше (p=0,046), чем в основной группе больных, которым внутриартериальная инфузия не проводилась.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности интенсивной лекарственной терапии в коррекции дистально ангиитического поражения артерий нижних конечностей у больных СДС и повышении устойчивости результатов аутовенозной пластики бедренно-подколенных артериальных окклюзий.

Головко В.И., Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Дударева А.А., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Герасименко К.И., Осецкий И.Г.

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Приводим результаты диспансерного наблюдения 52 больных с гематогенным остеомиелитом в возрасте от 15 дней до 14 лет (20 - с местной, 32 - с септико-пиемической формой), направленных в поликлинику после выписки из стационара. В ДХО они поступили в экстренном порядке, на 1-5 сутки от начала заболевания - 10, позже - 42 больных. Всем проводилось местное лечение (остеоперфорация, поднадкостничная резекция костей таза, пункция суставов при метаэпифизарном остеомиелите, физиотерапия, иммобилизация), антибактериальная, инфузионная терапия, коррекция нарушений гемостаза, посиндромная терпия. Через 20±2,6 суток 30 больных были выписаны с выздоровлением, у остальных процесс перешел в подострую стадию. Дети с ОГО после выписки из стационара брались на диспансерный учет и обследовались каждые 2-4 месяца в течение 1 года, в последующие годы - 1 раз в год. Для закрепления лечебного эффекта в течение первого года им проводилась антибактериальная терапия, (2-3 курса), физиолечение, ЛФК. Амбулаторное лечение в подостую стадию после санационной секвестрэктомии заключалось в повторной иммунизации, УВЧ-терапии (10-15 сеансов) десенсибилизирующей терапии (2 недели), антибактериальной терапии (2-3 курса по 7-10 дней), назначении белковой диеты. Наблюдение - 1 раз в квартал в течение 1 года, в последствии 1 раз в год до передачи во взрослую сеть. Периодически дети направлялись на санаторно-курортное лечение (озеро Яровое), где к медикаментозному лечению добавлялось бальнеологическое. У 5 больных процесс перешел в хроническую стадию, и им была проведена секвестрэктомия. После выписки из стационара при хроническом остеомиелите особое внимание уделялось восстановлению нарушенной функции конечности (ЛФК, тепловые процедуры под прикрытием антибиотиков и, в последствии, санаторно-курортное лечение). Диспансерное наблюдение больных с хроническим остеомиелитом мы проводили до передачи во взрослую сеть. На протяжении 1-2 лет дети обследовались каждые 2-4 месяца, в последующие годы - 1 раз в год. В первый год после секвестроэктомии дети получали профилактическое лечение 3 курса по 3-4 недели с интервалом в 1 месяц: десенсибилизирующие, антибиотики, иммунизацию, физиолечение, белковую диету, в последствии - санаторно-курортное лечение. Дети с метаэпифизарным остеомиелитом бедра сразу после выписки из стационара поступали на диспансерное наблюдение не только у детского хирурга, но и ортопеда поликлиники с целью контроля за правильным формированием тазобедренного сустава и предупреждения рецидива. Для профилактики контрактур и деформаций применялась подушка Фрейка 1 месяц и курсы ЛФК 2 раза в год в виде пассивных и активных

движений в суставах, поздняя активизация. Показанием к направлению в МСЭК для решения вопроса об инвалидизации у 2 больных явилась угроза неполноценной опорности таза. Частота осмотров инвалидов на 1 году была не менее 4 раз в год, далее 2 раза в год. Рентгенография - 1раз в год. С большой осторожностью применяли физиолечение (электрофорез кальция на тазобедренный сустав, тепловые процедуры, магнитотерапия) не более 1-2 курсов в год. После 5 лет, когда угроза рецедива снизилась, лечение проводилось по 2 процедуры в год. Периодически больные направлялись на санаторное лечение.

Таким образом, лечение гематогенного остеомиелита является сложной проблемой. Преемственность лечения (стационар - поликлиника - санатории) дает возможность добиться положительных результатов и избежать тяжелых последствий.

Ефимова Т.В., Глазовская Л.С., Брусина Е.Б.

ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница», бактериологическая лаборатория
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия» Минздравсоцразвития России кафедра эпидемиологии
г.Кемерово, Россия

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в борьбе с инфекционными заболеваниями человека, гнойно-септические осложнения остаются одной из острейших проблем современной медицины, которая приобретает все большую экономическую и социальную значимость. Рост гнойно-септических осложнений связан со значительным ростом числа госпитальных штаммов микроорганизмов, обладающих устойчивостью к широкому кругу антимикробных препаратов, увеличением частоты инвазивных лечебных процедур и методов диагностики, качественными изменениями структуры популяции пациентов.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры инфекционных осложнений в отделении сосудистой хирургии и оценка метициллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка.

Материалы и методы исследования. Проведено микробиологическое исследование 1389 образцов раневого отделяемого и тканевых биоптатов пациентов отделения сосудистой хирургии, за период 2005-2010 гг. Идентификация выделенных микроорганизмов выполнялась с помощью рутинных методов, а так же с использованием бактериологического анализатора на базе планшетного фотометра Multiscan-Ascent и автоматического анализатор Vitek 2тм-compact. Метициллинрезистентность коагулазоположительных стафилококков (КПС) к антибиотикам определялась диско-диффузионным методом в соответствии с МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам». Использовался метод оперативного и ретроспективного эпидемиологического анализа.

Результаты исследования. За изучаемый период в отделении сосудистой хирургии проведено 5163 операции. Многолетний показатель внутрибольничного инфицирования (ВБИ) составил 38,74 на 1000 операций (±2,69) (200 случаев ВБИ). В 12% случаев внутрибольничных инфекций из раневого отделяемого и тканевых биаптатов был выделен метициллинрезистентный стафилококк (MRSA).

Анализ этиологической структуры гнойно-септических осложнений показал, что в 74,26% (±13,12) исследуемых образцов регистрировались грамположительные микроорганизмы, из них Staphylococcus spp. составили 72,12%, (±15,61) Enterococcus spp. 21,94%, (±14,41) Streptococcus spp. 5,94%. (±8,23) Среди всех выделенных стафилококков коагулазоположителные стафилококки составляют 56,47%. (±20,33) Грамотрицательные микроорганизмы выделялись в 28,08% (±13,48) образцов. Доминирующее положение занимали представители семейства Enterobacteriaceae (53,21%) (±28,25). Неферментирующие микроорганизмы регистрировались в 49,79% (±28,25) случаев, в т.ч. P.aeruginosa - 34,93% (±39,46) от общего числа. Анаэробная микрофлора выделялась в 1,53% (±3,68) случаев, грибы рода Candida - в 0,9% (±2,83) случаев. В 20% (±10,74) случаев микрофлора из образцов не выделена.

Изучение антибиотикорезистентности всех выделенных коагулазоположительных стафилококков (КПС) показало, что 26,19% (±23,99) штаммов обладает метициллинрезистентностью (MRSA).

Выводы.

Ведущим возбудителем гнойно-септических осложнений в отделении сосудистой хирургии являются стафилококки, при этом преобладают коагулазоположительные стафилококки, представители семейства Enterobacteriaceae и неферментирующие микроорганизмы.

Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Семенихина В.М.

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

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ CLOSTRIDIUM PERFRINGENS, У ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНОЙ

Цель исследования. Выбор метода экспресс-диагностики раневой анаэробной клостридиальной (газовой) инфекции.

Пациент Б., (27 лет) был доставлен в приемное отделение ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» 17.10.11 г., через 48 часов с момента травмы (предположительно, был избит) с диагнозом: флегмона латеральной поверхности брюшной стенки слева. Через двое суток после операции - повышение температуры до 39^0С, сознание угнетено до комы (по шкале ком Глазго - 8 баллов). Взят материал для микроскопического и культурального исследования на анаэробные возбудители инфекции из раны до оперативного вмешательства, а также во время операции.

Всего перед операцией и во время нее взято и подвергнуто бактериологическому исследованию 6 образцов тканей. В послеоперационном периоде также исследовали 6 флаконов питательных сред с образцами крови.

Взятие проб для бактериологического исследования, ход исследования и интерпретацию результатов проводили согласно действующему приказу N 535 Минздрава СССР от 22.04.85. Посев на плотные питательные среды для культивирования анаэробов с использованием специальных пакетов и генераторов анаэробных условий («Bio Merieux», Франция) осуществляли модифицированным методом J. Gould.

Идентификация микроорганизмов проводилась на бактериологическом анализаторе iEMS Reader MF («Labsystems», Финляндия) с помощью мультимикротестов «La Chema» (Чехия). Микроскопическое исследование окрашенных по Граму мазков-отпечатков кусочков ткани проводили при увеличении х 1000.

При экспресс-микроскопии мазков - отпечатков из пограничных со здоровыми тканей раны передней брюшной стенки, грудной клетки выявлены грамотрицательные палочки в количестве до 10-20 в поле зрения, предположительно, Escherihia coli. Кроме того, обнаружены короткие толстые грамположительные палочки с обрубленными концами (8-10 в поле зрения), морфологически сходные с Clostridium perfringens.

Культуральное исследование материалов подтвердило результаты бактериоскопии: выделены Escherihia coli и Clostridium perfringens в количестве 10^5 КОЕ/г.

Однако, несмотря на антибиотикотерапию и проведенное оперативное вмешательство интоксикация нарастала (по данным лабораторного исследования: лейкоцитоз ($16,3x10^9$/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до незрелых гранулоцитов, Hb - 65 г/л, тромбоциты - $44x10^9$/л, СОЭ - 51 мм/ч, фибриноген - 6,34 г/л, содержание среднемолекулярных пептидов - 1,173 усл.ед). Смерть больного наступила на 4 сутки после поступления в отделение реанимации.

При аутопсии обнаружены кровоизлияния в мягкие ткани груди, живота, кровоподтеки на задней поверхности груди по лопаточной линии на уровне шестого ребра. Непосредственной причиной смерти больного явилась полиорганная недостаточность, обусловленная анаэробной инфекцией.

Таким образом, отсутствие настороженности в отношении возможности развития анаэробной инфекции не позволило провести своевременную диагностику и адекватную терапию, что привело к гибели больного.

Экспресс - микроскопия мазков - метод выбора, позволяющий получить быстрый

ориентировочный ответ о ведущем возбудителе гангрены и своевременно начать наиболее оптимальное лечение.

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Цель исследования. Показать возможности видеоэндоскопии при инородных телах (ИТ) верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 139 больных с ИТ верхних отделов ЖКТ за 2007-2011 гг. Мужчин - 79 (56,8%), женщин - 60 (43,2%). Для удаления ИТ применялись видеоэндоскопы и инструментарий фирмы «OLYMPUS», «PENTAX», Япония.

Результаты исследования. Наиболее часто ИТ верхних отделов ЖКТ встречались в возрасте (60-89 лет) - 40 (28,8%) пациентов. Детей (от 0 до 14 лет) - 30 (21,6%).

В пищеводе ИТ обнаружены у 105 (75,6%) пациентов. У 84 (60,4%) больных ИТ были фиксированы в пищеводе. В желудке ИТ обнаружены у 32 (23,0%) пациентов, у 16 (31,6%) множественные. В 12-перстной кишке ИТ выявлены у 2 (1,4%) больных. Характеристика ИТ: кости рыбы, птицы и животных встречались в 51%; пищевые массы в 16,5%; монеты в 15,3%; иглы, булавки в 2,8%; гвозди, проволока в 4,4%; прочие в10% случаев. ИТ удалены у 138 пациентов (99,2%). Оперативному лечению был, подвергнут 1 (5,3%) больной с ИТ пищевода (кость, длительность нахождения ИТ >5 суток). II-V степень повреждения пищевода наблюдалась у 27 (32,1%) больных, VI -у 5 (5,9%). Пациенты с травмами пищевода V-VI степени и после удаления ИТ госпитализировались в хирургическое отделение (динамический рентгенологический и эндоскопический контроль). Мы ни разу не получили перфорации пищевода при удалении ИТ с помощью видеоэндоскопа. Летальность - 0%.

Таким образом, использование видеоэндоскопии у больных с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет с большой точностью диагностировать инородные тела, произвести их удаление без осложнений.

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А.

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

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Цель исследования. Изучить структуру патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Изучены протоколы эндоскопических исследований 2235 детей в возрасте от 0 до 15 лет, проходивших обследование и лечение в 2007-2011 гг. в нашем Центре. Мальчиков - 1002 (44,8%), девочек - 1233 (55,2%). Фиброэзофагогастродуоденоскопию проводили эндоскопом XPE («OLYMPUS», Япония). Все пациенты разделены по возрасту на 3 группы:

1-я (от 0 до 5 лет) - 177 (8%) детей,
2-я (от 6 до 12 лет) - 834 (37,3%),
3-я (от 13 до 15 лет) - 1224 (54,7%).

Результаты исследования. Пилоростеноз - 8 случаев (4,5%), химический ожог - 50 (28,2%) и инородные тела - 18 (10,2%) случаев наиболее часто встречались в 1-й группе. Эзофагит в этой

группе обнаружили у 28 (16%) детей, поверхностный гастрит и дуоденит у 23 (13%) и 9 (5%), язвенная болезнь у 3 (1,7%), эрозивные поражения слизистой у 15 (8,5%), у 78 (44,1%) пациентов патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта не было выявлено. Эзофагиты встречались у 29 (3,5%) детей во 2-й и 95 (7,8%) - в 3-й группе. Во 2-й группе гастритов и дуоденитов было 559 (67%) и 321 (38,5%), а в 3-й группе 1059 (86,5%) и 637 (52%) соответственно. Эрозивные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки отмечены во 2-й группе в 89 (10,7%) случаях, в 3-й - в 152 (12,4%) случаях. Язвенная болезнь была диагностирована у 20 (2,4%) детей во 2-й группе и у 103 (8,4%) в 3-й группе. Функциональные нарушения, в виде дуоденогастрального рефлюкса, отмечались у 65 (7,8%) и 186 (15,2%) пациентов во 2-й и 3-й группах соответственно. Патологии не было выявлено у 108 (13%) обследованных во 2-й группе и у 68 (5,6%) в 3-й группе.

Таким образом, структура патологии верхних отделов пищеварительного тракта существенно различается у детей дошкольного и школьного возраста. У детей в возрасте 13-15 лет чаще встречаются воспалительные и деструктивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А., Цицкунов А.В.

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Цель исследования. Оценить частоту выявления новообразований трахеобронхиального дерева при проведении диагностической видеобронхоскопии у жителей Кузбасса.

Материалы и методы исследования. С января 2007 по май 2012 годы было выполнено 2775 диагностических видеобронхоскопий у 2715 пациентов, проживающих на территории Кемеровской области и проходивших обследование и лечение в Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров. Около 10% бронхоскопий проведено на догоспитальном этапе, 90% - в условиях стационара. После определения показаний и противопоказаний фибробронхоскопия выполнялась по общепринятой методике видеобронхоскопом EB-1570K («Pentax», Япония).

Результаты исследования. Доброкачественные и злокачественные опухоли найдены у 156 пациентов. Мужчин было 138, женщин 18. Средний возраст больных 54±3,7 года. По данным эндоскопического и гистологического исследований было выявлено 120 (4,32%) злокачественных и 36 (1,3%) доброкачественных опухолей. Распространенность новообразований трахеобронхиального дерева составила 5,62% (n=2775). В возрасте до 40 лет доброкачественные и злокачественные новообразования встречались только у мужчин в одном (0,04%) и двух (0,07%) случаях соответственно. В возрастной группе от 40 до 60 лет у мужчин обнаружено 21 (0,76%) доброкачественное новообразование и 57 (2,05%) злокачественных, у женщин - 3 (0,11%) и 4 (0,14%) соответственно. В старшей возрастной группе, более 60 лет, также преобладало количество злокачественных новообразований: 48 (1,73%) у мужчин и 9 (0,32%) у женщин; доброкачественных опухолей было 9 (0,32%) у мужчин и 2 (0,07%) у женщин. Наиболее частой локализацией злокачественных новообразований трахеобронхиального дерева являлись главные и долевые бронхи (106/88,3% из 120 случаев). 4 случая (3,3%) злокачественных опухолей зарегистрировано в трахеи и 10 случаев (8,3%) в сегментарных бронхах. Более половины всех доброкачественных опухолей (55,6%) локализовались в долевых бронхах, которые хорошо доступны при фибробронхоскопии. В трахее обнаружено 4 (11,1%) доброкачественных новообразования, а в главных и сегментарных бронхах выявлено одинаковое соотношение - по 6 (33,4%) случаев. По данным морфологического исследования, из 120 злокачественных опухолей (107 у мужчин и 13 у женщин) описаны следующие формы: аденокарцинома - 48 случаев (40%), плоскоклеточный рак - 44 (36,7%), крупноклеточный рак - 18 (15%), мелкоклеточный рак - 10 (8,3%), (Классификации ВОЗ, 2001). Из 36 доброкачественных опухолей трахеи и бронхов (31 у мужчин и 5 у женщин) гистологически подтверждены аденомы в 30 случаях (83,3%) и

папилломы в 6 случаях (16,7%).

Таким образом, настоящее исследование демонстрирует достаточно высокие показатели выявления доброкачественных (1,3%) и злокачественных (4,32%) новообразований трахеи и бронхов во время проведения диагностической видеобронхоскопии у жителей Кузбасса. Преимущественной локализацией опухолей являлись главные и долевые бронхи. Наиболее часто, среди злокачественных опухолей встречались аденокарциномы (40%) и плоскоклеточный рак (36,7%), а среди доброкачественных - аденомы (83,3%).

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТОЧАЩИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Цель исследования. Оценить результаты использования активной эндоскопической тактики в лечении больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. У 144 мужчин и 75 женщин в возрасте от 16 до 89 лет (49±8,6 лет) проанализированы результаты лечения. По активности кровотечения и степени угрозы рецидива кровотечения больные распределились следующим образом: Forrest IA (F1A) - (28,3%, n=219); F1B -(9,1%); F2A - (33,3%); F2B - (20,6%); F3A - (2,3%); F3B - 9 (6,4%), (J. Forrest, 1987 г.). Из методов эндоскопического гемостаза применялись: инъекционный, эндоклипирование или их комбинация. Больные с активным и остановившимся кровотечением подлежали эндоскопическому мониторингу (ЭМ), включающему превентивный эндоскопический гемостаз.

Результаты исследования. ЭМ осуществлялся: при F1A через 4,2 ±1,5 часа; F1B - 6,25 ±1,8 часа; F2A - 7,8 ±2 часа; F2B - 11,7 ±3,5 часа. В результате проведения ЭМ рецидив кровотечения обнаружен у 38 (17,3%, n=219) пациентов: у 23 - через 3,7±1,1 часа, у 15 пациентов через 4,7±1,3 суток. Проведение ЭМ позволило добиться окончательного гемостаза у 90,2% больных: при F1A в 79%; F1B в 100%; F2A в 87,7%; F2B в 100%; F3AB в 100% случаев. Операции по поводу острых желудочно-кишечных кровотечений выполнены у 20 больных (9,1%, n=219), что позволило снизить койко-день с 18±8,4 до 8±3,1. Летальность на терапевтическом и послеоперационном этапе, при использовании ЭМ, составила 1,8%.

Выводы.

Эндоскопический мониторинг позволяет добиться окончательного гемостаза в 90,2% случаев. Проведение эндоскопического мониторинга и активная эндоскопическая тактика снижают количество рецидивов кровотечения до 17,3%, а количество рецидивов, подлежащих оперативному лечению, до 9,1%.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
"Башкирский государственный медицинский университет"
г.Уфа, Россия

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

Несмотря на существование множества анкет-опросников для исследования сексуальных взаимоотношений, данные, полученные при анкетировании крайне противоречивы, ввиду невозможности получить точный ответ на вопросы активности и удовлетворенности партнеров, так как мнения пар зачастую расходятся и могут быть в значительной степени недостоверными (Сьюзан Хендрикс, 2004 г.). В отечественной и мировой литературе мало данных объективного исследования сексуальных расстройств, наблюдаемых у женщин перенесших роды через естественные родовые пути. Анкеты-опросники подробно описывают поведенческо-эмоциональную

и психологическую сферу взаимоотношений партнеров, но при этом мало характеризуют функциональную способность мышц малого таза. Мышцей таза, способной концентрически сужать вход во влагалище является запирательная мышца нижней трети влагалища, сокращение которой может, приводит к сужению просвета влагалища до 50% (А.М. Свядощ, 1974 г.). Оргастическая манжета, возникающая при этом усиливает физическое взаимоудовлетворение партнеров, способствуя достижению оргазма, который регулярно наблюдается только у 30% женщин (Л.Л. Колесников, 2008 г.).

Цель исследования. Оценить силу сокращений запирательной мышцы нижней трети влагалища у женщин, перенесших нормальные роды через естественные родовые пути в динамике через один год.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 64 первородящих женщин в период беременности и через один год после нормальных родов через естественные родовые пути (ВОЗ, 1993 г.). Исследование проведено устройством и методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент РФ N 78415 RU, N 2364336 RU), результаты оценивались компьютерной программой (N 2011618974). Возраст женщин колебался от 18 до 36 лет, составив в среднем 25,91±4,42 лет. Статистическая обработка результатов проведена с помощью пакета программ Statistica 6.

При поступлении на родоразрешение у женщин в анамнезе выявлены заболевания: экстрагенитальные у 25 (39,3%), гинекологические у 16 (25%), имели сочетания 14 (21,8%). В структуре экстрагенитальной патологии наблюдались: анемия различной степени тяжести у 13 (52%), заболевания почек и мочевыводящих путей у 8 (32%), сердечнососудистой системы у 5 (20%) женщин; среди гинекологических заболеваний: инфекционно-воспалительные заболевания у 9 (56,2%), расстройства менструального цикла у 8 (50%), невоспалительные у 7 (43,7%). Акушерскими факторами риска явились: продолжительность родов, составившая в среднем 14 час±23 мин.; патологическое течение беременности и родов, выявленные у 24 (37,5%) женщин; роды, осложнившиеся несвоевременным излитием околоплодных вод у 13 (20,3%). В соответствии с критериями отбора у всех обследованных родильниц не наблюдалось видимых травм мягких тканей промежности. КВТИ периода беременности соответствовало нормальной силе сокращений запирательной мышцы влагалища.

Результаты исследования. Результаты КВТИ силы сокращений запирательной мышцы влагалища через год выявили: отсутствовали изменения у 25 (39%), снижение I-ой степени у 23 (35,9%), II-ой степени у 13 (20,3%), III-ей степени у 3 (4,69%) женщин.

Выводы.

Таким образом, у женщин, через один год после нормальных родов через естественные родовые пути наблюдается снижение силы сокращений запирательной мышцы влагалища, что может способствовать развитию расстройств сексуальной функции.

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
"Башкирский государственный медицинский университет"
г.Уфа, Россия

АБДОМИНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хотя беременность и роды считаются физиологическим состоянием женщины (ВОЗ, 1974 г.), проблема хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) является одной из актуальных тем современного перинатального акушерства. По данным отечественных авторов ХФПН является широко распространенной патологией, составляя от 3-4 до 46% в структуре заболеваемости, а перинатальные потери при этом достигают 24,2 - 177,4‰ (Л.С. Логутова, 2007 г.). Лечение больных с ХФПН требует применения широкого спектра современных фармакологических средств, эффективность и безопасность которых на организм матери и плода недостаточно изучена. Альтернативой в лечении могут явиться эфферентные методы - метод абдоминальной декомпрессии (МАД), который характеризуется отсутствием неблагоприятного воздействия на организм, высокой эффективностью, удобством и простотой в применении, доступностью выполнения процедуры средним медицинским персоналом.

Цель исследования. Оценка эффективности метода абдоминальной декомпрессии у беременных женщин с хронической фетоплацентарной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 беременных женщин от 22 до 36 недель беременности в возрасте 23-34 лет (средний возраст 26,7±3,4 лет). Первобеременными были - 38 (59,3%), повторнобеременными - 26 (40,7%) женщин, у всех беременность была одноплодной. В структуре заболеваний и осложнений беременности наиболее часто наблюдались: анемия легкой и средней степени у 42 (65,6%); инфекция мочеполовых путей у 28 (43,7%), угроза прерывания беременности у 19 (29,7%), эрозия шейки матки у 14 (21,8%). Обследование осуществлялось согласно приказа МЗ РФ N 808 (2009 г.), дополнялось 2-х кратным (до и после) лечения ультразвуковым исследованием, результаты нарушений гемодинамики оценивались по классификации А.Н. Стрижакова (1986 г.). Основаниями для включения в исследование явились: женщины в возрасте $\leq$17 и/или $\geq$35 лет; имеющие неблагоприятные социально-бытовые условия; вредные привычки; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; осложнения настоящей беременности. Были исключены: с патологией плаценты; ХФПН тяжелой степени; много/маловодие; рубец на матке; кровянистые выделения из половых путей; расстройства сердечно-сосудистой системы; инфекционно-воспалительные заболевания в острой стадии. Курс лечения состоял из 7-10 процедур, продолжительностью по 30 минут.

Результаты исследования. Анализ состояния фетоплацентарного кровотока по данным УЗИ, выявил: при поступлении у 48 (75%) женщин наблюдалась нарушения в фетоплацентарной системе - I степени, из них I А степень у 36 (75%) и I Б степень у 12 (25%) женщин. Нарушения в фетоплацентарной системе II-ой степени выявлены у 16 (25%), и в 12 (75%) случаях сопровождались с внутриутробной задержкой развития плода (ВЗРП) I-ой степени, а в 4 (25%) случаях II-ой степенью. В результате проведенного курса лечения у беременных женщин с I А степенью в 23% случаях произошло улучшение маточно-плацентарного кровотока, что позволило купировать симптомы ХФПН. У 65% женщин с нарушением кровотока I Б степени наблюдался переход в I А стадию и только в 35% случаях ввиду отсутствия эффекта от лечения потребовалась госпитализация для дальнейшего стационарного лечения.

Таким образом, проведение метода абдоминальной декомпрессии у беременных женщин способствовало нормализации маточно-плацентарного кровотока и улучшило состояние гемодинамики в фетоплацентарном комплексе, что позволило пролонгировать беременность. Данная методика может быть использована в амбулаторной практике у женщин с факторами риска развития фетоплацентарной недостаточности на стадии формирования данной патологии.

Иванов А.В.
Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова
г.Санкт-Петербург, Россия

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА

В условиях демографического кризиса важной медико-социальной задачей является увеличение уровня рождаемости. Среди направлений ее решения - повышение возможности женщин к деторождению, т.е.улучшение общесоматического и гинекологического здоровья. Для оценки гинекологического статуса среди работающих женщин был проведен профилактический осмотр врача акушера-гинеколога.

По результатам профилактического осмотра та или иная гинекологическая патология были выявлена у половины (50,3%) осмотренных, в т.ч. у 40,6% - одно заболевание; у 9,3% - два; у 0,4% - 3 и более. Доля женщин с наличием двух и более заболеваний была наибольшей (16,6%) в возрастной группе 40-49 лет. При изучении характера выявленной патологии было установлено, что хронические воспалительные заболевания (преимущественно наружных половых органов) имелись у каждой девятой (11,4%) женщины. Почти у каждой четвертой (23,4%) имела место эктопия шейки матки, а среди женщин 20-29 лет - более чем у трети (38,2%). Почти в каждом шестом случае (14,5%) были выявлены доброкачественные новообразования женских половых органов (преимущественно фибромиома матки). В возрасте 40-49 лет и 50 лет и старше данная

патология выявляется более чем в четверти случаев (27,8% и 25,5% соответственно). Значительно реже выявлялись другие патологические нарушения: нарушения менструального цикла (4,6%), опущение половых органов (2,5%), патология яичников (1,9%).

Изучение частоты сочетания различной гинекологической патологии показало следующее. У женщин, имеющих в качестве «основной» патологии хронические воспалительные заболевания, данная патология была «единственной» в 1,7% случаев; в 68,3% диагностировалось еще одно; в 28,2% - два; в 1,7% - 3 и более гинекологических заболеваний. При эктопии шейки матки дополнительно еще одно заболевание диагностировалось в 76,9% случаев; два - в 21,5%, три и более - в 1,7%. При фибромиоме данное заболевание было единственным в 1,3%; сочеталось с одним - в 65,8%; двумя - в 31,6%; тремя и более - в 1,3%. Нарушения менструального цикла сочетались еще с одной патологией в 45,8% случаев; двумя - в 50%; тремя и более - в 4,2%; патология яичников - в 40% случаев с одним и в 60% - с двумя и более заболеваниями.

Полученные данные подтверждают необходимость регулярных осмотров женщин с последующим дообследованием и комплексным лечением, а также диспансеризации пациенток с хронической патологией.

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Дехканов К.М., Камбаров Б.С., Омонкулов З.К., Гиесов С.И., Усманов С.Б.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОБРАБОТОК РАН ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАХ СТОПЫ

Тяжелые травмы стопы нередко сопровождаются обширными дефектами мягких тканей, а также некрозом тканей стопы от раздавливания в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Выявить и определить эффективность этапных хирургических обработок ран (некрэктомии в ближайшем послеоперационном периоде) у больных с тяжелыми травмами стопы.

Материалы и методы исследования. За истекший период в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП пролечено 78 больных с тяжелыми травмами стопы. Мужчин было 58 (74,4%), женщин - 20 (25,6%), из них детей - 23 (29,5%). Причинами данных травм явились: сдавление тяжелыми конструкциями (пресс, стена и др.) - у 23 (29,5%) больных, автоавария - у 34 (43,6%), движущиеся механизмы - у 11 (14,1%), железнодорожная травма - у 10 (12,8%) пострадавших. Открытые травмы стопы отмечены у 49 (62,8%) больных, закрытые травмы - у 29 (37,2%). С явлениями геморрагического и травматического шока поступили 45 (57,7%) больных.

Поступившим больным производили иссечения нежизнеспособных тканей, стабилизация костей, шов сухожилий стопы и пальцев, при необходимости восстанавливали артерии и нервы. Выполняли дренирование образовавшихся карманов с установлением проточно-промывной системы. Раны чаще вели полуоткрыто, конечности придавали возвышенное положение.

Из 78 пострадавших у 30 (38,5%) отмечен некроз мягких тканей. Данным пострадавшим регулярно производились этапные хирургические обработки ран, которые заключались в иссечении некротических участков до кровоточащих тканей. Раны тщательно орошались антибиотиками и ферментативными мазями. Все больные получали прямые антикоагулянты (фраксипарин, клексан).

Двум больным в связи с тяжелым характером травмы с обширным размозжением тканей стопы выполнили ампутацию по Шарпу на уровне плюсневых костей. Умер 1 больной с тяжелой травмой стопы в результате развившейся септической пневмоний.

Использованная нами методика этапных хирургических обработок ран, позволила у 27 пострадавших с некрозом мягких тканей в короткие сроки очистить раневую поверхность и подготовить ее для последующих кожно-пластических операций.

Таким образом, этапная хирургическая обработка ран у больных с тяжелыми открытыми

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

СТРЕСС - ОТВЕТ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ВЫСОКОЙ ТРАВМАТИЧНОСТИ НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНЫХ БЛОКАД

Цель исследования. Снижение частоты осложнений со стороны системы гемостаза при высокотравматичных операциях на органах верхнего этажа брюшной полости на фоне использования продленной эпидуральной анестезии.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 57 больных, оперированных в плановом порядке на органах верхнего этажа брюшной полости (операции типа гастрэктомии и травматичнее). В исследование не вошли больные с высокой степенью тромбоэмболических осложнений, которым в периоперационном периоде назначались антикоагулянты. Больные были разделены на две группы. В основной группе (n=29) во время операции тотальная внутривенная анестезия пропофолом и фентанилом сочеталась с эпидуральной анестезией (на уровне T7-T9) 0,5% раствором маркаина в традиционной дозе. В послеоперационном периоде этим больным проводилась эпидуральная анестезия 0,2% раствором маркаина с фентанилом 2 мкг/мл в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена в дозе 200 мг/сутки. В группе сравнения (n=28) проводилась тотальная внутривенная анестезия теми же препаратами, послеоперационное обезболивание достигалось внутримышечным введением промедола и кетопрофена в обычных дозировках. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим данным, характеру и длительности операций. У всех больных исследовался кортизол плазмы крови методом твердофазного иммуноферментного анализа спектрофотометром вертикального сканирования Anthos 2020. Образцы плазмы отбирались на операционном столе на этапах кожного разреза, в наиболее травматичный момент операции, после ее окончания и далее через 6, 18, 30, 42 часа после оперативного вмешательства. Коагулограмма выполнялась при поступлении в операционную и через 18 часов после окончания операции. Изучались следующие показатели: время свертывания по Ли-Уайту (мин), активированное время рекальцификации (АВР, с), активированное частичное тромбобластиновое время (АЧТВ, с), протромбиновый индекс (ПТИ, %), тромбиновое время (ТВ, с). После двух суток послеоперационного периода выполнялась ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей и малого таза с целью выявления венозных тромбозов.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было показано, что выраженность болевого синдрома как в покое, так и при активизации пациентов в течение всего периода наблюдения была достоверно ниже у больных основной группы. Уровень кортизола плазмы достоверно повышался с началом операции в обеих группах, но он был достоверно выше у больных в группе сравнения. Колебания уровня кортизола плазмы крови на этапах периоперационного периода в основной группе составили от 400 до 1200 нмоль/л, а в группе сравнения от 500 до 1650 нмоль/л соответственно. В послеоперационном периоде состояние системы гемостаза у больных группы сравнения характеризовалось гиперкоагуляцией преимущественно внутреннего пути свертывания, повышением концентрации фибриногена, ускорением фибринолиза, ускорением агрегации тромбоцитов. У больных основной группы на фоне продленной эпидуральной аналгезии наблюдались достоверно меньшие изменения в системе гемостаза.

Выводы.

Использование продленной грудной эпидуральной аналгезии при травматичных операциях на органах брюшной полости не только позволяет контролировать послеоперационную боль, но и способствует ограничению выброса гормонов стресс-реакции.

Применение продленной эпидуральной аналгезии при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости в сравнении с тотальной внутривенной анестезией и послеоперационной аналгезией на основе внутривенного введения аналгетиков способствует уменьшению гиперкоагуляции, не сопровождающейся активацией фибринолиза.

Кордубайлова Н.И.
МБУЗ «ГКБ N 3» им. М.А. Подгорбунского
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) до настоящего времени доминируют в структуре гинекологической заболеваемости и оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин. В частности, хронические ВЗПМ зачастую сопровождаются выраженным склерозом тканей, с нарушением питания яичникового фолликулярного аппарата, что может существенно уменьшить овариальный резерв, и, следовательно, уменьшить вероятность наступления беременности даже при использовании вспомогательных репродуктивных технологий.

С учетом вышеизложенного, целью настоящей работы явилась оценка овариального резерва после перенесенных ВЗПМ.

Для достижения поставленной цели было проведено обследование 58 женщин перенесших ВЗПМ. Всем им оценивался овариальный резерв посредством определения базального уровня ФСГ на 2-3 дни менструального цикла, в этот же период проводилось УЗИ с определением объема яичников и подсчета числа антральных фолликулов, и определялся анти-Мюллеров гормон (АМГ). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA for Windows серия 6,0. Данные представлены как M±m. Статистически значимыми считали различия соответствующие $p \leq 0,05$.

В целях решения основных задач исследования все пациентки были подразделены на 2 клинические группы. Первую составили 32 женщины в возрасте от 23 до 32 лет, средний возраст составил M±m - 26,6±0,56 лет: 95% ДИ (доверительный интервал) 25,42-27,71 лет, которые были выписаны из стационара после проведенного курса комплексной антибактериальной и противовоспалительной терапии по поводу эпизода обострения хронического сальпингоофорита. Вторую клиническую группу составили 26 женщин в возрасте от 19 до 30 лет (средний возраст составил M±m - 22,61±0,77 лет: 95% ДИ 21,03-24,21), которые в состоянии клинического выздоровления были выписаны из стационара после проведенного лечения по поводу первого эпизода острого ВЗПМ.

Оценка овариального резерва всем обследованным пациенткам проводилась на 2-3-й дни менструального цикла. Показатели больных 1-й клинической группы составили: АМГ (M±m) - 4,25±0,40 нг/мл (95% ДИ 3,45-5,05 нг/мл); ФСГ - 5,35±0,17 МЕ/л (95% ДИ 5,01-5,70 МЕ/л); объем правого яичника - 8,65±0,55 $см^3$ (95% ДИ 7,51-9,78 $см^3$); объем левого яичника - 7,74±0,94 $см^3$ (95% ДИ 5,83-9,65 $см^3$); количество антральных фолликулов в правом яичнике - 6,81±0,54 (95% ДИ 5,70-7,92); количество антральных фолликулов в левом яичнике - 6,50±0,49 (95% ДИ 5,50-7,50).

Показатели больных 2-й клинической группы составили, соответственно: АМГ - 7,14±0,86 нг/мл (95% ДИ 5,36-8,91 нг/мл); ФСГ - 4,69±0,21 МЕ/л (95% ДИ 4,24-5,15 МЕ/л); объем правого яичника - 11,55±1,00 $см^3$ (95% ДИ 9,46-13,63 $см^3$); объем левого яичника - 14,30±3,20 $см^3$ (95% ДИ 7,6-21,0 $см^3$); количество антральных фолликулов в правом яичнике - 9,25±0,49 (95% ДИ 8,24-10,26); количество антральных фолликулов в левом яичнике - 7,50±0,65 (95% ДИ 6,16-8,83).

Разница показателей АМГ в клинических группах оказалась статистически значимой (p=0,002) и составила 2,89 (95% ДИ 1,92-3,86); статистически значимой (p=0,020) оказалась и разница показателей ФСГ, которая составила 0,66 МЕ/л (95% ДИ 0,07-1,25 МЕ/л). Разницав средних показателях ультразвукового исследования правого яичника составила: в показателях объема (p=0,011) - 2,9 $см^3$ (95% ДИ 1,84-3,96 $см^3$); в количестве антральных фолликулов (p=0,002) - 2,44 (95% ДИ 1,56-3,32).

Полученные данные свидетельствуют о статистически значимом снижении показателей оценки овариального резерва у больных после перенесенного эпизода обострения хронического ВЗПМ, в сравнении с пациентками, которые перенесли первый эпизод острого ВЗПМ.

Косарев В.А., Соколов К.В., Берман А.М.
ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России»
г.Новокузнецк, Россия

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КУЛЬТИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Ежегодно в России по поводу травм выполняется 6 ампутаций нижних конечностей на 100 тыс. населения. До 80% пациентов данной группы могут иметь те или иные поражения культи, лимитирующие протезирование, в том числе поражения гнойного характера.

Цель исследования. Анализ особенностей лечения и реабилитации пациентов с гнойными заболеваниями культи нижней конечности травматического генеза.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 1014 пациентов поступивших на первичное протезирование за период 1999-2010 годы. Среди поступивших, поражения культи гнойного характера (лигатурные свищи, трофические язвы, остеомиелиты) встречались от 10 до 30% случаев. Группа представлена преимущественно мужчинами - 80%, женщин - 20%. Средний возраст составил 39 лет. Более половины пациентов имели в анамнезе холодовую травму, из них 75% на момент травмы находились в состоянии алкогольного опьянения. В сроки до 1 года на первичное протезирование поступило 55% пациентов, до 2 лет - 28%, более 2 лет - 17% больных. Длительный срок объясним низким социальным статусом больных. У 96% данной группы гнойный очаг существовал с момента выхода из стационара после ампутации. Микрофлору гнойного очага в 60% представлял золотистый стафилококк, на долю MRSA пришлось 20%. В случаях с лигатурными свищами оперативными находками являлись лавсановая лигатура, капрон, кетгут. При наличии гнойного очага консервативное лечение проведено у 9% пациентов, реампутации - 41% случаев, иссечение гнойного очага - 50%. У 21% пациентов имел место рецидив гнойного процесса.

Таким образом, поражение культей нижней конечности гнойного характера встречалось чаще у больных после ампутации по поводу холодовой травмы. Пациенты данной группы имели низкий социальный статус. Микрофлора гнойного очага представлена золотистым стафилококком. Причиной образования лигатурных свищей может являться недеградируемый шовный материал. Результаты повторных оперативных вмешательств на культе требуют совершенствования тактики лечения.

Косовских А.А., Чурляев Ю.А., Кан С.Л., Кирсанов Т.В.
Филиал ФГБУ «НИИОР» РАМН в г.Новокузнецке
г.Новокузнецк, Россия

МИКРОГЕМОДИНАМИКА КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Актуальность проблемы распространенного перитонита вызвана высокой частотой этого осложнения, увеличением летальности до 83%. Столь высокий процент осложнений и летальных исходов при перитоните обусловлен многообразными патогенетичесими механизмами, задействованными при данном заболевании, в том числе повреждением эндотелия капиллярного русла с расстройствами перфузии тканей.

Цель исследования. Оценка функционального состояния микрогемодинамики кишечника при разлитом перитоните на ранних стадиях заболевания и определение возможных взаимоотношений с переферической микроциркуляцией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 17 пациентов, прооперированных по поводу разлитого перитонита, вследствие перфорации полого органа. Средний возраст составил 58,5±2,83 лет. Объективизация тяжести состояния на момент поступления по шкале APACHE II 10,5±0,87 балла. Состояние микроциркуляции оценивали интраоперационно методом лазерной доплеровской флоуметрии, с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-02) (НПО «ЛАЗМА», РФ). Световой зонд выставляли на середину поперечной ободочной кишки; на

подвздошную кишку на расстоянии 60 см. от илиоцекального угла, на тонкую кишку на расстоянии 50 см от связки Трейца и на область рядом с перфорацией полого органа. Исследование микроциркуляции кожи проводили на уровне верхней трети предплечья. Регистрировали следующие показатели. Среднее значение индекса микроциркуляции (ИМ) - отражает степень перфузии, в единице объема ткани за единицу времени (перф.ед.). Среднее квадратичное отклонение (СКО) - характеризует временную изменчивость перфузии. Коэффициент вариации (КВ) - указывает на процентный вклад активных факторов регуляции в общую модуляцию кровотока. Анализ механизмов регуляции микроциркуляции проводили с помощью вейвлет-преобразования, путем определения нормированных характеристик ритмов колебаний кровотока. Показатели микроциркуляции кожи определенные у 35 практически здоровых человек были приняты за норму.

Результаты исследования. Выявлено, что в области поражения кишечника перфузия тканей была снижена по отношению к его интактным участкам. Однако вазомоторный компонент регуляции был одинаково выражен как в пораженном, так и в интактном участке кишки, что указывает на общий характер вклада активных звеньев регуляции микроциркуляции в микрокровоток. Средний уровень перфузии кишечника был достоверно выше, чем в коже, что объясняется более высоким кровотоком кишки, сообразно метаболическим затратам. Нейрогенный и миогенный тонус микрососудов были выражены одинаково как в кишечнике, так и в коже. Это свидетельствует об одинаковом влияния активных компонентов регуляции сосудистого тонуса, как на внутриорганном уровне, так и на периферии. Был проведен анализ взаимосвязи показателей микроциркуляции кишечника и кожи. Выявлена прямая корреляция ИМ кишечника и ИМ кожи ($r=0,63$, $p<0,05$), а так же СКО кишечника и СКО кожи ($r=0,55$, $p<0,05$), то есть изменения микроциркуляции происходящие на внутриорганном уровне пропорциональны изменениям перфузии на периферии.

Выводы.

При разлитом перитоните происходит снижение уровня микрогемодинамики в пораженном отделе кишечника. Стабильность кровотока в интактных отделах кишечника обеспечивается за счет увеличения нагрузки на вазомоторный компонент регуляции. При этом, изменения регуляции микроциркуляции носят всеобщий характер, как на внутриорганном уровне, так и на периферии.

Кротов К.Ю., Петрова Н.Г.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Городской онкологический диспансер
г.Санкт-Петербург, Россия

СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В структуре смертности мужского населения от злокачественных новообразований рак предстательной железы занимает второе место. Смертность от составила в 2010 г. 15,62 (на 100 тыс. населения) при колебаниях от 9,2 (Северо-Кавказский ФО) до 18,62 (Центральный ФО). В различных субъектах РФ уровень смертности колеблется от 0,98 (Чеченская республика) до 21,42 (Тульская область). К субъектам с наиболее высоким (более 20) уровнем показателя относятся г.Москва (20,28), Ярославская область (20,37), г.Санкт-Петербург (21,06), Курганская область (20,52). Наиболее низок (менее 5) уровень смертности в республике Тыва (4,0), Саха (Якутия) (3,7), Чукотском автономном округе (4,0).

Соотношение между показателями заболеваемости и смертности населения составляет в целом по стране 2,6 при колебаниях от 2,1 (Дальневосточный ФО) до 2,8 (Уральский ФО). При достоверности учета заболеваемости и смертности, а также равнодоступности специализированной помощи данное соотношение должно быть своего рода константой. Его снижение может свидетельствовать о недоучете заболеваемости при постоянной или растущей смертности или о росте смертности при не меняющемся уровне заболеваемости. Соответственно рост показателя может быть связан с увеличением заболеваемости при неизменной или снижающейся смертности (последнее, в свою очередь, может быть обусловлено как истинным снижением смертности вследствие улучшения диагностики и лечения, так и гиподиагностикой, связанной, в частности, с отсутствием патологоанатомических исследований, без которых диагностировать рак предстательной железы

у лиц пожилого возраста достаточно сложно). В связи с указанным отметим, что в различных субъектах РФ анализируемый показатель соотношения отличается весьма существенно. Например, если в Москве, где высоки уровни заболеваемости и смертности от РПЖ, он составляет 3,6, то в Чеченской республике, где показатели сравнительно низки (а смертность минимальна) он составляет 18,3 (т.е., в 5 раз выше). В то же время в Республике Саха (Якутия) при низком уровне показателей индекс соотношения - 2,7. В Санкт-Петербурге он составляет 2,2. Таким образом, на наш взгляд, динамический мониторинг данного индекса в каждом субъекте позволит оценивать динамику уровня диагностики и лечения анализируемой патологии.

Стандартизованный показатель смертности от РПЖ составляет 11,61 (на 100 тыс. населения) при колебаниях от 8,48 (в Северо-Кавказском ФО) до 13,0 (в Сибирском ФО). То есть, ранговые места распределения округов по уровню обычного и стандартизированного показателя смертности отличаются, что свидетельствует о существенной значимости возрастной структуры населения на уровень показателя (более существенном по сравнению с показателями заболеваемости). Среди отдельных субъектов РФ стандартизованный показатель смертности от РПЖ колеблется от 1,36 (Чеченская республика) до 19,08 (Мурманская область). Свыше 13 чел на 100 тыс. населения он составляет в Московской (14,27), Тульской (13,4), Ленинградской (13,3), Астраханской (13,14) областях, Красноярском (16,24), Приморском (14,31) крае, Республике Алтай (13,18). Наибольшее число (3) субъектов с показателем, превышающим 13, отмечается в Сибирском ФО. Санкт-Петербург в ранговом распределении субъектов занимает 20-е место (с показателем - 12,76).

Выявленные региональные различия показателей обусловлены разной возрастной структурой населения, а также степенью достоверности учета и диктуют необходимость дифференцированного подхода к планированию (в т.ч. кадровых ресурсов) специализированной медицинской помощи больным с РПЖ в отдельных субъектах РФ.

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Крылов Ю.М.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее распространненных и грозных осложнений многих заболеваний послеоперационного и послеродового периода, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. Ежегодно от ТЭЛА погибает 0,1% населения земного шара. Массивная ТЭЛА приводит к летальному исходу в 70% случаев.

Цель исследования. Выработка алгоритма лечения при венозных тромбозах в бассейне нижней полой вены и как следствие снижение риска ТЭЛА, отследить ближайшие и отдаленные результаты лигирования бедренной вены при эмболоопасных тромбозах.

Материалы и методы исследования. В центре охраны здоровья шахтеров за период 2000-2011 годы оперировано по поводу эмболоопасных тромбозов в системе нижней полой вены 98 пациентов. Возраст больных от 24 до 83 лет, средний возраст 54 года. Диагностика основывалась на клинической картине, объективных данных, данных электрокардиогамм, дуплексного сканирования, ренгенологического обследования грудной клетки, клинического, биохимического анализа крови, коагулограмм. По первичной локализации выделены - тромбоз вен голени 85 (86,7%), тромбоз вен бедра - 5 (5,1%), подкожных вен - 8 (8,2%). При подозрении на ТЭЛА выполнялось ЭХОКГ, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки. Предшествующая хроническая венозная недостаточность отмечена у всех пациентов. Все пациенты оперированы в течение 24 часов с момента выявления тромбоза.

Показания для оперативного лечения данной группы пациентов служило:

1. наличие флотирующего тромба в бассейне нижней полой вены;
2. рецидивирующая ТЭЛА, при наличии тромбоза в системе нижней полой вены.

Выполнялись следующие операции:

1. при флотирующих тромбах в общей бедренной вене(ОБВ),при исходящем из поверхностной бедренной вены 58 (59%) - венотомия, тромбэктомия из ОБВ,перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) ниже устья глубокой вены бедра (ГБВ), при явлениях воспалительного процесса ПБВ - пересечение с лигированием;

2. при флотирующих тромбах подколенной и бедренной вены - 32 (34%) лигирование поверхностной бедренной вены рассасывающейся лигатурой ниже устья глубокой бедренной вены;

3. при сафенофеморальных/сафенопоплитеальных тромбозах-8(8%).тромбэктомия из общей бедренной/подколенной вены, перевязка или флебэктомия БПВ/МПВ.

В послеоперационном периоде все пациенты получали антикоагуляционную терапию: гепаринотерапию с последующим переходом на непрямые антикоагулянты под контролем МНО, коагулограммы, компрессионный трикотаж 2-3 класс, эластическое бинтование, флеботонизирующие препараты, дезагреганты. Продолжительность стационарного лечения составила от 5 дней до 2 месяцев (по основной патологии). Перед выпиской выполнялось контрольное дуплексное сканирование. На амбулаторном этапе лечения рекомендован прием непрямых антикоагулянтов под контролем МНО, флеботонизирующие препараты, компрессионный трикотаж 2 класса компрессии, курс сосудистой, дезагрегантной терапии 1 раз в 6 месяцев, динамика УЗДС через 3, 6, 12 месяцев.

Результаты исследования. У 90 (91,8%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. У 8 (8,2%) - осложнения со стороны послеоперационной раны: формирование инфильтрата, гематомы, лимфореи. Летальных исходов, ТЭЛА, тромбозов проксимальнее лигатур, нагноения послеоперационных ран в послеоперационном периоде не было. К выписке из стационара отмечено начало реканализации дистальных отделов, в течение первого года полное восстановление проходимости сосудов, как следствие снижение степени хронической венозной недостаточности.

Выводы.

Перевязка поверхностной бедренной вены, дистальнее впадения ГБВ при эмболоопасных тромбозах глубоких вен, в случае флотирующего тромба в общей бедренной вене с выполнением венотомии, тромбэктомии, позволяет снизить риск развития ТЭЛА, не приводящим к тяжелой венозной недостаточности через 6-12 месяцев.

Лейсле А.К., Перминов А.А., Ушаков А.В., Завадовская В.Д.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г.Кемерово
ГОУ СибГМУ, г.Томск, Россия

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Спаечная болезнь, как проблема гастроэнтерологии продолжает привлекать пристальное внимание хирургов и гастроэнтерологов. Значимость ее растет в связи с постоянным увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Спаечный процесс в брюшной полости развивается после оперативных вмешательств у 20-80% больных. В 2-8% из них развивается «спаечная болезнь» с характерным клинико-морфологическим симптомокомплексом. Однако, до сих пор диагностика спаечной болезни, не осложненной кишечной непроходимостью, представляет определенные трудности.

Цель исследования. Изучение возможности диагностики спаечной болезни при виртуальной колоноскопии.

В отделении гастроэнтерологии и хирургическом отделении N 1 ГБУЗ КОКБ находилась на лечении 15 пациентов с клиникой спаечной болезни. Все пациенты ранее оперированы на органах брюшной полости (у 5 пациентов выполнена резекция желудка, 6 - вмешательства на органах малого таза, 4 - аппендэктомия). Возраст пациентов составил 53,2±2,3 года. Анамнез заболевания составил 11,2±1,2 лет. У всех пациентов болевой абдоминальный синдром возникал периодически, и связан с погрешностью в диете. С помощью клинических, инструментальных методов исследования другая патология органов брюшной полости исключена.

Всем пациентам, после соответствующей подготовки была проведена виртуальная колоноскопия с использованием 128-рядного мультидетекторного компьютерного томографа

Somatom Definition AS+ фирмы Siemens (Германия). Обязательно производилось полипозиционное сканирование (в положении пациента лежа на спине и лежа на животе). Обработка полученных КТ-данных производилась на мультимодальной станции Siemens Leonardo в рабочей среде Syngo 2008c VE31A с использованием специального пакета Colon, в который включены следующие опции: мультипланарные реконструкции, глобальный просмотр, эндоскопический просмотр, расширенный поиск полипов, виртуальная диссекция толстого кишечника.

Во всех 15 случаях выявленные нами изменения регионально соответствовали объему и доступу проведенных оперативных вмешательств.

В режиме глобального просмотра, позволяющего наглядно оценить конфигурацию и пространственное взаиморасположение петель толстого кишечника, отмечены: деформация заинтересованных отделов толстого кишечника, в некоторых случаях (n=9 с наличием стойкого, независимого от положения пациента, углового перегиба. В большинстве случаев (n=11) определялся «скачок калибра» с преобладанием престенотического расширения. При этом, в режиме эндоскопического просмотра на этих уровнях кроме достаточно ровных циркулярных сужений каких-то других изменений не определялось.

Наиболее информативными оказались мультипланарные реконструкции в режиме «мягкотканого окна»: в зонах интереса во всех случаях (n=15) определялась измененная параколональная клетчатка с акцентированным тяжистым характером без признаков наличия инфильтративного процесса. Локализация выявленных перегибов и сужений полностью соответствовала тяжистой деформации параколональной клетчатки. Отчетливо определялась тесная связь тяжей со стенкой кишки, при этом наблюдалась фиксация ими заинтересованных отделов со смещением последних к передней брюшной стенке (n=6). У всех пациентов с оперативными вмешательствами на органах малого таза (n=6) выявлено наличие стойких неестественных перегибов сигмовидной кишки с признаками спаянности их тяжами между собой и петлями тонкого кишечника, стоит отметить наличие в структуре тяжей полиморфных кальцинированных включений в двух случаях. У пациентов с резекцией желудка (n=5) выявлена спаянность поперечного отдела ободочной кишки с культей желудка и петлями тонкого кишечника.

Таким образом, полученные нами данные расширяют возможности виртуальной колоноскопии, изначально спозиционированной на скрининг колоректального рака, в диагностике экстраколональных изменений, одним из которых является спаечная болезнь.

Лещишин Я.М., Серозудинов К.В., Баранов А.И.

Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии
Кафедра клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ВИЗУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ

Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8%

Многие исследователи, занимающиеся проблемой послеоперационных осложнений, и в частности инфекциями области хирургического вмешательства отмечают в своих работах важность визуальной оценки состояния послеоперационной раны. В течение последних трех лет в рамках исследования профилактики ИОХВ, нами используется разработанная балльная система визуальной метрической оценки местных признаков воспаления послеоперационной раны.

Материалы и методы исследования. Визуальная балльно-метрическая шкала (ВБМШ) - система комплексной характеристики состояния послеоперационной раны включающая в себя категориальную вербальную шкалу «раневой» боли, а также проспективную оценку местных признаков воспаления (отек, гиперемия, инфильтрация тканей вблизи операционной раны) и фиксацию максимальной суточной температуры.

Категориальная вербальная шкала оценки боли включает в себя четыре ступени (балла): отсутствие боли - 0 баллов, слабая - 1 балл, умеренная - 2 балла и соответственно сильная

- 3 балла.

В соответствии с данной шкалой нами были градуированы и другие местные признаки воспаления, при этом использовалась метрическая оценка.

Ежедневно, в течение первой недели послеоперационного периода, в процессе перевязок производилось измерение границы распространения гиперемии, отека и инфильтрации перираневых тканей с использованием обыкновенной линейки. В зависимости от полученных данных присваивался определенный балл. Для гиперемии и отека тканей параметры были следующие: нет - 0 баллов, в пределах швов - 1 балл, до 3 см от края послеоперационной раны - 2 балла, более 3 см - 3 балла. Для инфильтрации: нет - 0 баллов, в пределах швов - 1 балл, до 2 см - 2 балла, более 2 см - 3 балла. Проанализированы результаты наблюдения контрольной группы базового исследования n=50, (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика группы

Количество	мужчины	женщины	возраст (лет)	ИМТ ($кг/м^2$)	Время операции (мин)	Класс операции по Cruse P.J.E.
50	26	24	Me – 54 25th%-43, 75th%-68	Me – 27,8 25th%-24,2, 75th%-29,7	Me – 85 25th%-70, 75th%-145	II – 12 (24%) III – 20 (40%) IV – 18 (36%)

Сравнение двух групп проводилось с использованием методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Общее количество пациентов с осложнениями составило 24 (48%). Два случая не связанных с послеоперационной раной (пневмония-1, панкреонекроз после ПСТ-1).

Из 22 наблюдений, критериям ИОХВ соответствовали 14 (28%).

Таким образом в процессе исследования в данной группе пациентов (n=50) сформировалось три подгруппы пациентов, в зависимости от характера осложнений в области оперативного вмешательства:

1) без осложнений (n=26);
2) с ИОХВ (n=14);
3) с «не ИОХВ» (n=8).

Данные подгруппы были проанализированы по динамике изменений признаков воспаления области послеоперационной раны.

При сопоставлении среднегрупповых значений максимальной суточной температуры в динамике за период наблюдения статистически значимых различий не обнаружено.

Анализируя показатели раневой боли видно, что у пациентов, не имеющих осложнений, к концу первой недели показатели боли постепенно снижаются в среднем, до 1 балла. Напротив, у пациентов, с достоверно диагностированными ИОХВ, средний балл сохраняется на уровне 2-2,5 баллов. Следует отметить, что различие болевого синдрома у пациентов с ИОХВ и у пациентов без осложнений статистически значимо, начиная с 5 суток послеоперационного периода(U=82,00000, p=0,012).

Более ранние и более заметные различия в анализируемых показателях можно видеть на примере гиперемии, отека и инфильтрации околораневых тканей. Так при измерении гиперемии и отека статистически значимые различия между подгруппой ИОХВ и подгруппой без осложнений начинают появляться уже на 3-и сутки послеоперационного периода: гиперемия - U=73,5000 при p=0,001; отек - U=61,5000 при p=0,0003.

При сопоставлении параметров инфильтрации, отличия между подгруппой ИОХВ и пациентами без осложнений статистически значимы уже со вторых суток U=110,0000, p=0,041.

Выводы.

При проспективном наблюдении с использованием балльно-метрической шкалы начиная с 3суток имеется возможность обозначить неблагоприятную тенденцию в течении раневого процесса. То есть при сохранении на 3-и сутки у пациента 2-3 балльной оценки таких показателей, как гиперемия, отек, инфильтрация околораневых тканей необходимо провести дополнительные

мероприятия для уточнения осложнений раневого процесса.

Лещишин Я.М., Баранов А.И.

Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии
Кафедра клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

АУТОЛОГИЧНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ; СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИОХВ

Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) занимают первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности, несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8%.

Нами разработан и применен новый способ профилактики и лечения инфекций области хирургического вмешательства, с использованием комплекса аутологичных цитокинов, полученный на основе крови больного и рекомбинантного ИЛ-2 человека (КАЦ-rIL-2), патенты РФ N 2394602 (приоритет от 7.04.2009 г.) и N 2421160 (приоритет от 24.12.2009 г.).

Материалы и методы исследования. Проспективно исследовано две группы пациентов. Основная (n=38) и контрольная (n=50). В основной группе помимо общепринятых в клинике методов профилактики ИОХВ, использовалось введение в подкожную клетчатку области операционного вмешательства КАЦ-rIL-2. Группы сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности операции; статистически значимых различий нет (критерий Манна-Уитни при p<0,05), табл. 1).

Таблица 1

Характеристика групп

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]		U=944,00000 p=0,96	U=945,00000 p=0,96	U=874,50000 p=0,86
[illegible]	38	20	18	[illegible] 25th%-45, 75th%-85	[illegible] 25th%-22,9, 75th%-31,3	[illegible] 25th%-60, 75th%-150
[illegible]	50	26	24	[illegible] 25th%-43, 75th%-68	[illegible] 25th%-24,2, 75th%-29,7	[illegible] 25th%-70, 75th%-145

Критерии включения: больные оперированные в экстренном, риск инфекционных осложнений которых превышал 5%, т.е. соответствующие условно - чистым, загрязненным и грязным операциям

Критерии исключения: одновременное участие в другом клиническом исследовании, несоответствие критериям включения, декомпенсированная сердечно-сосудистая, дыхательная, печеночная, почечная недостаточность, сахарный диабет I или II типа декомпенсация, системные аутоиммунные и аллергические заболевания, психические нарушения.

Полученные данные обработаны с использованием пакета программ STATISTICA 7.0 первоначальное распределение признаков анализировалось с помощью критерия Шапиро-Уилка, в описательной статистике использовались показатели медиан и интерквартильных размахов,

сравнение двух групп проводилось с использованием методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение. Обследовано 2 группы пациентов, в одной из которых с целью профилактики местно вводился КАЦ-rIL-2.

Распределение по Cruse P.J.E. (1980 г.): основная - II класс - 2 (5,2%), III класс - 7 (18,4%), IV класс - 29 (76,3%); контрольная - II класс - 12 (24,0%), III класс - 20 (40,0%), IV класс - 18 (36,0%).

Осложнения, соответствующие критериям ИОХВ - в основной группе - 7,8% (3), в контрольной - 28,0% (14). Различия статистически значимы (точный критерий Фишера p=0,01).

В основной группе все случаи ИОХВ (3) наблюдались у пациентов IV класса. В контрольной 3 пациента, или 6,0% осложнений, зарегистрированы в группе пациентов II класса, 2 пациента (4,0%) - III класса и 9 пациентов (18,0%) в подгруппе IV класса. Различие частоты ИОХВ, в зависимости от класса операции, статистически значимо (критерий Манна-Уитни в обратном применении p=0,039), (табл. 2).

Таблица 2

Структура осложнений в зависимости от класса операции по Cruse P.J.E

[illegible] Cruse P.J.E	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	-	3 (6%)	-	-	-	-	-	3 (6%)
3	-	2 (4%)	-	-	-	-	-	2 (4%)
4	3 (7,8%)	5 (10%)	-	2 (4%)	-	2 (4%)	3 (7,8%)	9 (18%)

В зависимости от типа ИОХВ, распределение было следующим. В основной группе все осложнения соответствовали поверхностной ИОХВ разреза. В контрольной группе поверхностная ИОХВ разреза - 10, глубокая ИОХВ разреза - 2, ИОХВ органа/полости - 2.

Выводы.

1. Процент ИОХВ несмотря на применение антибиотикопрофилактики, достигает 28% в контрольной группе.

2. Применение КАЦ-rIL-2, позволило снизить ИОХВ в основной группе до 7,8%. При этом все зафиксированные осложнения соответствовали поверхностной ИОХВ разреза.

Лещишин Я.М., Баранов А.И., Суржикова Г.С., Клочкова-Абельянс С.А.

Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии
Кафедра клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ МЕСТНОМ ВВЕДЕНИИ АУТОЛОГИЧНЫХ ЦИТОКИНОВ

Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) занимают первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности, несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции.

Одним из направлений в современной терапии инфекций, в том числе и хирургических является использование, как природных, так и рекомбинантных цитокинов, таких как rIL-2

человека (Ронколейкин), rIL-1b (Беталейкин). Цитокины применяются, как для лечения, так и для профилактики гнойно-воспалительных осложнений, при проведении различных оперативных вмешательств. Перспективным считается применение в хирургии с вышеозначенной целью rIL-2 человека, как в виде официнального препарата, так и при помощи полученных на его основе комплексов аутологичных цитокинов. Нами разработан и применен новый способ профилактики и лечения инфекций области хирургического вмешательства, с использованием комплекса аутологичных цитокинов, полученный на основе крови больного и рекомбинантного ИЛ-2 человека (КАЦ-rIL-2), патенты РФ N 2394602 (приоритет от 7.04.2009 г.) и N 2421160 (приоритет от 24.12.2009г.).

В основе нашего исследования лежат в первую очередь свойства рекомбинантного ИЛ-2 in vitro стимулировать аутокринную продукцию цитокинов, что приводит к существенному увеличению их концентрации, а также активация клональной пролиферации Т-лимфоцитов; усиление эффекторного потенциала цитотоксических Т-лимфоцитов (CTL-клетки) и естественных киллеров (NK-клетки); при дальнейшем введении полученного препарата местно, в область послеоперационной раны (10). Под действием аутологичных цитокинов in vivo происходит усиление функциональной активности мононуклеарных фагоцитов и антигенпрезентирующих клеток; увеличение синтеза плазматическими клетками специфических иммуноглобулинов большинства изотипов; уменьшение апоптоза мононуклеаров и нейтрофилов (10). Все эти эффекты приводят к более координированному и полноценному иммунному ответу в месте воспаления, т.н. «иммунной санации очага».

Материалы и методы исследования. Проспективно исследовано две группы пациентов. Основная (n=38) и контрольная (n=50). В основной группе помимо общепринятых в клинике методов профилактики ИОХВ, использовалось введение в подкожную клетчатку области операционного вмешательства КАЦ-rIL-2.

В данные группы включались больные оперированные в экстренном, риск инфекционных осложнений которых превышал 5%, т.е. соответствующие условно - чистым, загрязненным и грязным операциям (II, III и IV класс по Cruse P.J.E. 1980).

Методика приготовления комплекса аутологичных цитокинов.

Проводили забор крови пациента в количестве 200-250 мл. Полученную кровь центрифугировали в обычном режиме. Затем плазму крови удаляли. Добавляли физиологический раствор в количестве 200 мл и рекомбинантный ИЛ-2 человека 500000. МЕ. Полученную взвесь инкубировали в термостате при температуре 37°С в течении 50-60 минут. Повторно центрифугировали, удаляя клеточную массу. Полученный препарат, разделяли по 70-80 мл в стерильные флаконы. Введение проводили двукратно, первое в течение первых 2-х суток, повторное на 3-4 сутки, в подкожно жировую клетчатку в области раны.

В обеих группах пациентов проводилась исследование показателей системного иммунитета: концентрация Ig A,M,G; фагоцитарная активность нейтрофилов (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число на 30 и 90 мин, индекс завершенности фагоцитоза, коофициент активных фагоцитов); популяции лимфоцитов (T, B, NK клетки). Исследование показателей иммунного статуса проводилось в периферической крови пациентов, до применения КАЦ-rIL2 и на 3-4 сутки после повторного введения препарата, в основной группе, и в контрольной группе в сопоставимые сроки. В качестве группы сравнения для иммунологических показателей использовались результаты обследования 79 практически здоровых лиц проживающих на территории г.Новокузнецка.

Полученные данные обработаны с использованием методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона). Критический уровень значимости принят за 0,05.

Результаты и обсуждение. Обследовано 2 группы пациентов, в одной из которых с целью профилактики местно вводился КАЦ-rIL-2. Группы сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности операции; статистически значимых различий нет (критерий Манна-Уитни при $p<0,05$)

В основной группе все случаи ИОХВ (3) наблюдались у пациентов IV класса. В контрольной 3 пациента, или 6,0% осложнений, зарегистрированы в группе пациентов II класса, 2 пациента (4,0%) - III класса и 9 пациентов (18,0%) в подгруппе IV класса. Различие частоты ИОХВ, в зависимости от класса операции, статистически значимо (критерий Манна-Уитни в обратном применении $p=0,039$)

В процессе исследований показателей иммунного статуса пациентов в периферической крови

до и после использования КАЦ-rIL-2 в первых пробах отмечено характерное для хирургических пациентов снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета, однако это снижение носило умеренный характер. При анализе второй серии проб в группах отмечается различная динамика. У пациентов основной группы в периферической крови, хотя и отмечается небольшое увеличение количества лимфоцитов, однако в субпопуляциях оно носит недостоверный и разноинтенсивный характер. Напротив, в группе контроля имеется достоверное увеличение практически по всем популяциям лимфоцитов в периферической крови. По спектру иммуноглобулинов также имеется различие. Если в основной группе отмечается достоверный рост Ig M и Ig G, то в контрольной группе достоверно возрастает количество Ig A и Ig M (табл. 1).

а 1

Примечание: жирным шрифтом обозначены статистически значимые изменения при p<0,05 (критерий Вилкоксона).

Анализируя данные иммунологического статуса пациентов, складывается впечатление о том, что в группе контроля течение воспалительного процесса более «затянуто» чем в основной группе. Сопоставляя данные клинического наблюдения и иммунологические показатели, можно предположить, что, инъецируя область послеоперационной раны аутологичные цитокины можно добиться более иммунологически координированного ответа именно на местном уровне, без задействования системных ресурсов иммунитета. Однако данные предположения нуждаются в дальнейшем исследовании, сопоставлении динамики изменений местного и системного иммунитета, на более однородной клинической модели.

Выводы.

1. Применение комплекса аутологичных цитокинов на основе рекомбинантного ИЛ-2, позволило снизить процент осложнений области хирургического вмешательства в основной группе до 7,8%. При этом все зафиксированные осложнения соответствовали поверхностной ИОХВ разреза.

2. Не удалось обнаружить выраженного влияния комплекса аутологичных цитокинов при местном введении на показатели системного иммунитета пациентов.

3. Для сравнительного исследования влияния аутологичных цитокинов на течение раневого процесса требуется изучение показателей местного иммунитета, желательно на однотипной клинической модели.

Лямина Л.Г., Евменова Т.Д.
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница
г.Кемерово, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

В настоящее время продолжительность жизни у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе, постоянно возрастает. К сожалению, возможности медикаментозной коррекции фосфорно-кальциевых нарушений у данной группы больных ограничены, в связи, с чем у 60-70% из них развивается вторичный гиперпаратиреоз, тяжесть которого коррелирует с увеличением диализного стажа.

При длительных сроках гемодиализа паращитовидная железа претерпевает аденоматозную трансформацию, т.е. происходит переход вторичного гиперпаратиреоза в третичный. Единственным способом лечения является паратиреоидэктомия. До настоящего времени большинством отечественных хирургов-эндокринологов при вторичном гиперпаратиреозе предлагается выполнять субтотальную паратиреоидэктомию либо проводить паратиреоидэктомию с аутотрансплантацией фрагмента одной из околощитовидных желез. При таком объеме вмешательства у этих больных весьма вероятен рецидив гиперпаратиреоматоза, поскольку у них сохраняются как «субстрат» заболевания, так и условия, в которых оно развивается.

Нами прооперировано 32 пациента с вторичным гиперпаратиреозом, всем выполнена тотальная паратиреоидэктомия. Показаниями к хирургическому лечению были наличие высокого уровня интактного паратиреоидного гормона (и-ПТГ) 800 пг/мл и более, выявление при УЗИ увеличенных паращитовидных желез при имеющейся соответствующей клинической картине. Гистологически у двух верифицирована гиперплазия околощитовидных желез, у остальных больных - гиперплазия с аденоматозом и/или аденомы.

После операции в течение первой недели уровень сывороточного общего кальция снизился у всех больных, что требовало его активной корреции.

В течение 1-8 лет наблюдений у большинства прооперированных уровень и-ПТГ не поднимается выше 0-350 пг/мл.

Высокое артериальное давление, отмеченное у 19 больных, стабилизировалось до нормальных цифр при сравнительно низких дозах гипотензивных препаратов или их полной отмене. У абсолютного большинства пациентов значительно уменьшились или исчезли боли в костях и суставах, улучшилась походка, отсутствовали новые патологические переломы. Прекратился кожный зуд у 22 пациентов, подверглись резорбции и не рецидивировали кальцификаты в подкожно-жировой клетчатке, отменены эритропоэтины у семи и снижена их доза у четырех больных.

Все пациенты после операции получают базовую медикаментозную терапию: препараты витамина D3 (альфакальцидол, альфа-D3-тева) и препараты кальция.

Таким образом, тотальную паратиреоидэктомию следует считать эффективным способом

лечения вторичного гиперпаратиреоза у лиц с длительным сроком гемодиализа.

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

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Актуальность. Количество больных страдающих заболеваниями периферических артерий (ЗПА), имеющих критическую ишемию конечности достигает 600-800 человек на 1 млн. жителей (Савельев В.С., 1995 г.). Социальная значимость проблемы определяется не только распространенностью данной патологии, но и значительной долей лиц трудоспособного возраста среди пациентов, их инвалидизацией и высокой смертностью. У 52 % пациентов данная патология приводит к высокой ампутации нижних конечностей, после которой госпитальная летальность достигает 16-37% (Абышов Н.С., 2005 г.). Причина высокой госпитальной летальности связана не только с возрастом и разнообразной сопутствующей патологией у пациентов с ишемией нижних конечностей, но и с патологическими изменениями, затрагивающими организм в целом. Принято считать, что основной причиной смерти в послеоперационном периоде у больных с ЗПА является сердечно-сосудистая патология. Вместе с тем, у этих пациентов имеются другие дополнительные факторы (ишемия культи, восходящий тромбоз аорты, гнойно-септические осложнения), которые могут влиять на структуру летальности. Однако целенаправленных исследований этих аспектов до настоящего времени не проводилось.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 169 случаев смерти больных с ЗПА, имеющих ишемию нижних конечностей, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России» в период с 1993 по 2010 год. С диагнозом атеросклероз было 56,2% больных, сахарный диабет с нарушением периферического кровообращения - 42,6% больных, тромбангиит - 1,2% больных. Средний возраст пациентов составил 66±9,1 лет. Мужчин и женщин было соответственно 73,4% и 26,6%.

Результаты исследования. Выявлено, что в структуре больничной летальности пациентов с ЗПА сердечно-сосудистые осложнения (инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения) занимали 47,3%, полиорганная недостаточность (ПОН) - 25,4%, сепсис - 14,2%, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - 4,1%, геморрагический шок - 3,6%, пневмония - 3,0 %, ДВС-синдром - 2,4%.

Выводы.

По нашим данным, в структуре госпитальной летальности пациентов с заболеваниями периферических артерий преобладают сердечно-сосудистые осложнения, полиорганная недостаточность и сепсис.

Маманабиев Ю.Т., Сирожитдинов У.К., Махмудов Н.И., Эминов Б.Ж.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Служба крови сегодня все активнее внедряет новые технологии, которые гарантируют высокую степень безопасности трансфузий. Число больных ВИЧ, увеличивающееся с каждым годом, широкая распространенность гепатита и других опасных инфекций делают эту проблему фактором национальной безопасности, как в Узбекистане, так и во всем мире.

В большинстве стран переливание крови по-прежнему сопряжено с высоким риском инфицирования ВИЧ-1. К другим возбудителям посттрансфузионных инфекций относятся: ВГС,

ВГВ, вирус Т-клеточной лимфомы человека 1 и 2 типа (HTLV-1 и HTLV-2), цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барра, вирус гепатита дельта, малярийный плазмодий, бабезии, токсоплазмы, лейшмании, трепонемы, а также различные бактериальные патогены.

Известно, что цитомегаловирус передается с лейкоцитами периферической крови, поэтому и в этом случае использование лейкоцитарных фильтров при переливании эритроцитов и тромбоцитов будет способствовать существенному снижению риска развития цитомегаловирусной инфекции у реципиентов. В настоящее время нет достоверных тестов для определения носительства цитомегаловируса, но установлено, что в общей популяции его носительство составляет 6-12%.

Лабораторные тесты для выявления большинства этих возбудителей, несмотря на их существование, являются достаточно дорогостоящими, требуют наличия подготовленного персонала и специального оборудования. Несмотря на риск развития неинфекционных и инфекционных осложнений в развивающихся странах при наличии определенных показаний, переливание крови является спасающей жизнь процедурой. В этих условиях обследование доноров крови значительно уменьшает риск развития посттрансфузионных инфекционных осложнений. Долгосрочными планами являются формирование группы постоянных доноров для обеспечения запасов крови с низкой вероятностью инфицирования и разработка менее дорогостоящих технологий заготовки и хранения тест-систем для обследования крови. Риск развития инфекций при использовании инфузионных растворов значительно ниже, в связи, с чем в экстренных ситуациях для восполнения объема циркулирующей жидкости следует проводить не гемотрансфузию, а инфузионную терапию. Катетер-ассоциированные инфекции являются наиболее распространенным инфекционным осложнением у пациентов, которым проводятся внутривенные инфузии. Представители микрофлоры кожи (коагулазонегативные стафилококки, дифтероиды и S.aureus), проникающие в месте введения катетера и колонизирующие его, являются наиболее распространенными возбудителями инфекций, связанных с внутривенным введением растворов. Сепсис, вызванный грамотрицательными микроорганизмами, связанный с переливанием контаминированных растворов для внутривенного введения, несмотря на редкую встречаемость, может привести к летальному исходу. В связи с этим крайне важно использовать только стерильные инфузионные растворы и системы.

Для профилактики внутрибольничного заражения инфекциями при заборе и переливании крови, как больных, так и медицинского персонала, в отделении переливания крови ФФРНЦЭМП проводится строжайший надзор за отбором лиц к донорству. Для повышения эффективности и снижения временных затрат при контроле контингента, в отделении создана электронная база данных лиц, отстраненных от донорства.

Всего за период 2006-2007 годов к донорству допущено 2438 человек. Несмотря на тщательный сбор анамнеза и объективный осмотр, после забора крови и тестирования ее на присутствие инфекций все же имеет место бракераж крови. Так в 2006 году всего забрано 1502 литров крови, из них обнаружено HBsAg в 139 (9,3%), ГС в 46 (3,1%), RW+ 27 (1,8%), повышенные ферменты АЛТ и АСТ в 40 (2,7%), билирубин в 9 (0,6%) и в 2007 году всего забрано 639 крови, из них обнаружено HBsAg 109 (7,3%), ГС 43 (2,9%), RW+ 8 (0,5%), повышенные ферменты АЛТ и АСТ 20 (1,3%), билирубин 2 (0,1%).

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что для предупреждения вирусных инфекций, передающихся трансфузионным путем, необходимо соблюдение следующих правил:

- переливание крови и ее компонентов должны производиться только по жизненным показаниям;

- тотальный лабораторный скрининг доноров и их селекция, отвод доноров из групп риска, преимущественное использование безвозмездного донорства, самоанкетирование доноров снижают риск передачи вирусных инфекций.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайского государственного медицинского университета» Минздравсоцразвития России, г.Барнаул
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН г.Новосибирск, Россия

О ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цель исследования. Изучить взаимосвязь нарушений в системе гемостаза при гипергомоцистеинемии (ГГЦ) у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Материалы и методы исследования. Были обследованы 215 пациентов (114 мужчин и 101 женщина) с ВТЭО в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст 40,9±1,5 лет). Большинство пациентов с ВТЭО были в возрасте до 50 лет (75,8%). Подобная тенденция сохранялась как у женщин (83,2%), так и у мужчин (69,3%). У женщин средний возраст составил 39,4±2,4 лет, а у мужчин - 42,1±2,4 года. Среди обследованных больных было 22 пациента с острым тромбофлебитом (10,2%), 92 пациента с тромбозом глубоких вен (42,8%). У 27 пациентов тромбоз в поверхностных венах сочетался с тромбозом глубоких вен (12,6 %), а у 74 пациентов, тромбоз глубоких вен нижних конечностей осложнился ТЭЛА (34,4 %).

Лабораторная диагностика больных с ВТЭО включала определение содержания гомоцистеина в сыворотке крови и исследование системы гемостаза (содержание фибриногена, растворимого фибрина в плазме (РФМК), скрининга нарушений в системе протеина С, активности антитромбина III, прокоагуляционной активности фактора VIII, XIIa-зависимого лизиса эуглобулинов, подсчет числа тромбоцитов, исследование индуцированной агрегация тромбоцитов). Кроме того, проводилась диагностика антифосфолипидного синдрома.

Результаты исследования. Повышенное содержание ГЦ в сыворотке крови (более 11,0 мкмоль/л) была обнаружено у 174 больных (80,5%). Средний содержание гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у больных с ВТЭО составил 13,8±0,5 мкмоль/л. У мужчин ГГЦ встречалась в 87,7% случаев, а у женщин - в 72,3%. Средняя концентрация ГЦ у мужчин составила 14,7±0,7 мкмоль/л, у женщин - 12,8±0,6 мкмоль/л. Гиперфибриногенемия была выявлена у 40,1% больных. Повышение уровня РФМК обнаружено у 72,7 % пациентов. Нарушения в системе протеина С были найдены 27,5% больных, снижение активности антитромбина III - у 9,1% больных. При этом у двух пациентов отмечалось сочетание дефицита антитромбина III с нарушениями в системе протеина С. Повышение прокоагуляционной активности VIII фактора отмечалось у 24,8% пациентов. Угнетение XIIa-зависимого фибринолизиса обнаружено у 66,2% больных. Антифосфолипидный синдром диагностирован у 9,3% пациентов. Тромбоцитоз обнаружен у 8,2% больных, гиперагрегационный синдром - у 13,7%. В тоже время у 19 пациентов (8,8%) не были обнаружены нарушения в системе гемостаза и ГГЦ. У 125 больных (58,1%) с ВТЭО наблюдалось сочетание ГГЦ с нарушениями в системе гемостаза. Среди них, у 68 больных наблюдалось сочетание ГГЦ только с одним нарушением в системе гемостаза (54,4%), у 46 больных - с двумя (36,8%), а у 11 больных - с тремя и более (8,8%).

Выводы.

Гипергомоцистеинемия часто сочетается с нарушениями в системе гемостаза у больных с ВТЭО, что требует это учитывать при назначении дифференцированного лечения.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайского государственного медицинского университета» Минздравсоцразвития России, г.Барнаул
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН г.Новосибирск, Россия

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

Цель исследования. Изучить влияние гипергомоцистеинемии (ГГЦ) на риск возникновения и развития тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 107 пациентов с документально подтвержденным ТГВ (основная группа). В этой группе было 53 (49,5%) мужчины и 54 (50,5%) женщины в возрасте от 17 до 69 лет. Средний возраст пациентов группе составил 39,2±1,4 лет.

Группу контроля составили 156 здоровых лиц (120 мужчин и 36 женщин). Возраст пациентов в этой группе составлял от 20 до 67 лет.

У всех пациентов было исследовано содержание гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови. За верхнюю границу нормы ГЦ в сыворотке крови у лиц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимали 11,0 мкмоль/л ($\bar{X}$ =9,6+2SD).

Результаты исследования. У больных с ТГВ среднее содержание ГЦ в сыворотке крови составляло 13,0 мкмоль/л, что было статистически значимо выше, чем в контроле - 9,95 мкмоль/л (p<0,001).

В основной группе больных содержание ГЦ в сыворотке крови ≤ 11,0 мкмоль/л встречалось у 25,2% пациентов, тогда как ГГЦ ≥ 11,1 мкмоль/л - у 74,8% пациентов (p<0,001). В группе контроля содержание ГЦ в сыворотке крови ≤ 11,0 мкмоль/л наблюдалось в 81,4% случаев, а ГГЦ ≥ 11,1 мкмоль/л - у 18,6% (p<0,001).

Установлено, что при ГГЦ (более 11,0 мкмоль/л) отношение шансов (ОШ) развития ТГВ увеличивалось в 4,2 раза (95% ДИ; 2,91-6,00; p<0,05). Оценка риска развития ТГВ в зависимости от содержания ГЦ в сыворотке крови показала, что при содержании ГЦ от 11,1 до 15,0 мкмоль/л ОШ увеличивалось в 2,2 раза (95% ДИ; 1,64-2,85; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥15,1 мкмоль/л - в 3,0 раза (95% ДИ; 2,47-3,52; p<0,05).

ГГЦ у больных с ТГВ чаще встречалась мужчин (84,9%), чем у женщин (64,8%) (p<0,05). У мужчин с ГГЦ (более 11,0 мкмоль/л) ОШ развития ТГВ увеличивалось в 8,7 раза (95% ДИ; 4,37-17,27; p<0,001). Оценка риска развития ТГВ в зависимости от содержания ГЦ в сыворотке крови показала, что у мужчин с ГГЦ отношение шансов развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,8 раза (95% ДИ; 1,74-411; p<0,001), а при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 5,3 раза (95% ДИ; 3,97-7,15; p<0,001).

У женщин с ГГЦ (более 11,0 мкмоль/л) ОШ развития ТГВ увеличивалось в 2,2 раза (95% ДИ; 1,51-3,19; p<0,001). Оценка риска развития ТГВ в зависимости от содержания ГЦ в сыворотке крови показала, что у женщин с ГГЦ отношение шансов развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 1,7 раза (95% ДИ; 1,22-2,30; p<0,001), а при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 1,8 раза (95%ДИ; 1,48-2,19; p<0,001).

Выводы.

1. Содержание ГЦ в сыворотке крови и частота ГГЦ у больных с ТГВ существенно выше по сравнению с контролем.

2. Гипергомоцистеинемия влияет на относительный риск возникновения и развития ТГВ. Отношение шансов развития ТГВ у пациентов с ГГЦ более 11,0 мкмоль/л возрастает в 4,2 раза, при этом у мужчин - в 8,7 раза, у женщин - в 2,2 раза.

3. Относительный риск возникновения и развития ТГВ зависит от содержания ГЦ в сыворотке крови. При содержании ГЦ от 11,1 до 15,0 мкмоль/л отношение шансов развития ТГВ возрастает у мужчин - в 2,8 раза, у женщин в 1,7 раза, а при содержании ГЦ в сыворотке более 15,0 мкмоль/л ОШ развития ТГВ возрастает у мужчин - 5,3 раза, у женщин - в 1,8 раза.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайского государственного медицинского университета» Минздравсоцразвития России г.Барнаул
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН г.Новосибирск, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ НА РЕЦИДИВ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

Цель исследования. Оценить влияние гипергомоцистеинемии (ГГЦ) и возраста больных на развитие рецидива тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Материалы и методы исследования. В исследовании было изучено содержание гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у 60 пациентов в возрасте 45 лет и младше (первая группа) и у 32 пациентов в возрасте старше 45 лет (вторая группа) с документально подтвержденным ТГВ. В первой группе у 38 пациентов был однократный эпизод ТГВ, а у 22 больных наблюдалось два и более эпизодов ТГВ. Во второй группе у 21 пациента был однократный ТГВ, а у 11 пациентов - рецидивирующий. Средний возраст пациентов в первой группе составил 31,5±2,2 лет, во второй - 54,6±2,2 лет. В первой группе средний возраст больных с единственным эпизодом ТГВ составил 32,1±2,5 лет, а с рецидивирующим ТГВ - 30,5±4,1 лет (p>0,05). Во второй группе средний возраст больных с однократным эпизодом ТГВ составил 54,3±2,9 года, а при рецидивирующем ТГВ - 55,2±4,0 лет (p>0,05).

У всех пациентов была исследовано содержание ГЦ в сыворотке крови. В качестве верхней границы нормальных показателей ГЦ в сыворотке крови для лиц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимался уровень 11,0 мкмоль/л ($\bar{X}$ =9,6+2SD).

Результаты исследования. У больных первой группы среднее содержание ГЦ в сыворотке крови при однократном эпизоде ТГВ составило 13,9±1,1 мкмоль/л, а при рецидивирущем ТГВ - 12,8±0,8 мкмоль/л (p>0,05). ГГЦ в первой группе больных с однократным ТГВ встречалась у 84,2% пациентов, а при рецидивирующем ТГВ - у 81,8% пациентов (p>0,05).

У больных второй группы среднее содержание ГЦ в сыворотке крови при однократном ТГВ составило 11,8±1,6 мкмоль/л, а при рецидивирующем ТГВ - 13,6±1,8 мкмоль/л (p>0,05). ГГЦ во второй группе с однократным ТГВ встречалась у 57,1% больных, а при рецидивирующем ТГВ - у 72,7% больных (p>0,05).

У пациентов в возрасте 45 лет и младше отношение шансов развития рецидива ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке крови более 11,0 мкмоль/л возрастало в 1,6 раза (95%ДИ; 0,78-3,42; p<0,05).

У пациентов в возрасте старше 45 лет отношение шансов развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке крови более 11,1 мкмоль/л возрастало в 1,8 раза (95%ДИ; 0,67-4,55; p<0,05).

Выводы.

У больных с ГГЦ риск развития рецидива ТГВ не зависит от возраста.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайского государственного медицинского университета» Минздравсоцразвития России, г.Барнаул
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН г.Новосибирск, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ, ПОЛА И ВОЗРАСТА НА РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

Цель исследования. Оценить влияние гипергомоцистеинемии (ГГЦ), пола и возраста на риск развития тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Материалы и методы исследования. В исследовании было изучено содержание

гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у 60 пациентов в возрасте 45 лет и младше (первая группа) и у 32 пациентов в возрасте старше 45 лет (вторая группа) с документально подтвержденным ТГВ. В первой группе были обследованы 27 мужчины и 33 женщины. Средний возраст больных в этой группе составил 31,5±2,2 лет. Во второй группе были обследованы 19 мужчин и 13 женщин. Средний возраст больных во второй группе составил 54,6±2,2 лет. Группу контроля составили 156 здоровых лиц (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет без ВТЭО. Верхней границей нормы ГЦ в сыворотке крови иц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимали концентрацию 11,0 мкмоль/л (=9,6+2SD).

Результаты исследования. В первой группе среднее содержание ГЦ в сыворотке крови составило 13,5±0,8 мкмоль/л[1,2], во второй группе - 12,4±2,2 мкмоль/л[1], а в контроле - 9,9±0,47 мкмоль/л ([1]p<0,001 по сравнению с контролем, [2]p>0,05 - между первой и второй группами). ГГЦ в первой группе встречалась у 83,3%[1,2] больных, во второй группе - у 62,5%[1], а в контроле - у 18,6% ([1]p<0,001 по сравнению с контролем, [2]p>0,05 - между первой и второй группами). У мужчин первой группы среднее содержание ГЦ составило 14,7±1,0 мкмоль/л[1,2], во 2 группе - 12,7±2,2 мкмоль/л[1], а в контроле - 10,2±0,6 мкмоль/л ([1]p<0,001 по сравнению с контролем, [2]p>0,05 - между первой и второй группами). У женщин первой группы среднее содержание ГЦ составило 12,6±1,2 мкмоль/л[1,2], во второй группе - 12,0±1,5 мкмоль/л[1], а в контроле - 9,1±0,4 мкмоль/л ([1]p<0,001 по сравнению с контролем, [2]p>0,05 - между первой и второй группами).

У пациентов первой группы отношение шансов (ОШ) развития ТГВ при содержании ГЦ от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 3,2 раза (95% ДИ; 2,09-4,82; p<0,05), при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 4,5 раза (95% ДИ; 3,5-5,9; p<0,05). У мужчин этой группы ОШ развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 3,6 раза (95% ДИ; 1,84-6,96; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 8,5 раза (95% ДИ; 5,36-13,47; p<0,05). У женщин первой группы ОШ развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,4 раза (95% ДИ; 1,47-3,88; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 2,3 раза (95% ДИ; 1,73-3,01; p<0,05).

У пациентов второй группы ОШ развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,4 раза (95% ДИ; 1,28-4,4; p<0,05), при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 7,2 раза (95% ДИ; 5,03-10,42; p<0,05). У мужчин этой группы ОШ развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 3,0 раза (95% ДИ; 1,33-6,76; p<0,05), при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 9,0 раз (95% ДИ; 5,58-14,50; p<0,05). У женщин второй группы ГГЦ ОШ развития ТГВ при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 1,7 раза (95% ДИ; 0,66-4,48; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥ 15,1 мкмоль/л - в 4,6 раза (95% ДИ; 2,65-7,95; p<0,05).

Выводы.

1. Среднее содержание ГЦ у больных с ТГВ независимо от возраста и пола существенно выше по сравнению по сравнению с контролем.

2. У больных с ГГЦ до 45 лет ОШ развития ТГВ в зависимости от содержания ГЦ у мужчин в 3,6-8,5 раза, у женщин - в 2,3-2,4 раза. У больных с ГГЦ старше 45 лет ОШ развития ТГВ в зависимости от содержания ГЦ возрастает у мужчин в 3,0-9,0 раз, у женщин в 1,7-4,6 раз.

Полухин Д.Г., Смирнов А.К., Осецкий И.Г., Лысков Г.К.

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

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Среди всех заболеваний пищевода у детей химические ожоги и рубцовые стенозы занимают первое место. Ожоги желудка встречаются значительно реже, что объясняется особенностью приема детьми обжигающих веществ - случайность, малый объем выпитого. Количество химических ожогов не имеет тенденции к уменьшению. Наиболее часто ожоги верхних отделов пищеварительного тракта у детей вызываются уксусной кислотой, щелочами, входящими в состав различных средств

бытовой химии, минеральными кислотами, кристаллами марганцовокислого калия. Опыт применения жирогормональной смеси показал ее положительное влияние на процессы заживления ожоговых ран пищевода, но наряду с этим она имеет определенные недостатки. В связи с этим нами были разработаны лекарственные смеси N 1 и N 2, содержащие лекарственные средства и вспомогательные вещества, разрешенные к медицинскому применению и промышленному выпуску.

Состав N 1 на основе регенкура (в граммах): Метронидазол 0,75; Преднизолон 0,05; Лидокаина гидрохлорид 0,1; Натрия сахаринат 0,24; Ароматизатор пищевой, идентичный натуральному «клубника» 0,5; Регенкур 4,0; Глицерин 8,0; Воды до 100,0.

Состав N 2 на основе регенкура (в граммах): Метронидазол 0,75; Метилурацил 2,0; Лидаза 128 ЕД; Натрия сахаринат 0,24; Ароматизатор пищевой, идентичный натуральному «клубника» 0,5; Регенкур 4,0; Глицерин 8,0; Воды до 100,0.

Местная терапия жирогормональной смесью и смесью на основе полимера-регенкур в клинике была проведена 94 детям с химическим ожогом пищевода II-III степени. При этом дети были разделены на две группы: группа сравнения - в которую вошли 62 ребенка, лечившиеся жирогормональной смесью, и основную - в которую вошли 32 ребенка, получавшие смесь на основе полимера-регенкур.

При этом были получены следующие результаты: в группе детей с химическими ожогами пищевода I-III степени, где применяли для местного лечения жирогормональную смесь, стеноз сформировался у 13 из 62 больных (21%), а в группе сравнения, где использовалась лечебная смесь в двух составах, на основе полимера - регенкур из 32 детей стеноз возник только у 1 (3,1%) ребенка, после тяжелого тотального химического ожога III степени щелочью.

Таким образом, при использовании лекарственных смесей в лечении химических ожогов пищевода II-III степени избежать формирования рубцовых стенозов удалось у 85,5% детей, причем у 32 детей, лечившихся новым составом смеси на основе регенкура, стеноз возник только в одном случае, а остальные 31 (96,9%) ребенок выздоровели.

Полухин Д.Г., Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Осецкий И.Г., Минин С.Г., Герасименко К.И., Беляев С.А., Бойко А.В., Седнев С.И.

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

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Приводим результаты лечения 212 детей с острыми заболеваниями яичек в возрасте от 1 суток до 14 лет: (116 - с перекрутом гидатид, 45 - с заворотом яичек, 34 - с травмой яичек, 17 - с острым эпидидимитом), поступивших в экстренном порядке через 1-5 суток от начала заболевания.

У детей с перекрутом гидатид (116 больных) лечение заключалось в удалении некротизированных гидатид. При позднем поступлении добавлялось противовоспалительное, десенсибилизирующее лечение. Все дети выписаны здоровыми на 6-7 сутки после операции.

Заворот яичка мы наблюдали у 45 больных, чаще в грудном и пубертатном периодах. У 2 новорожденных заворот развился внутриутробно. Все больные с заворотом яичка были прооперированы через 1-3 часа с момента поступления в ДХО. Степень заворота варьировала от 180-720^0. После расправления заворота яичко отогревалось горячим раствором, проводилась блокада семенного канатика. Только у 8 больных, поступивших на 3-5 сутки от начала заболевания произведена орхидэктомия, 2 из них - новорожденные с внутриутробным заворотом. После операции дети получали гепарин, трентал, блокады семенного канатика, обезболивающие, противовоспалительные, десенсибилизирующие препараты, физиолечение, суспензорий. У 32 детей послеоперационный период протекал гладко и через 7-10 суток они были выписаны, у 3-х длительно сохранялось уплотнение, инфильтрация яичек, что нами расценивалось как плохой прогностический признак.

Травма мошонки наблюдалась у 34 больных: у 18 поверхностные гематомы, у 16 гематоцеле. При легких травмах лечение состояло в назначении постельного режима, в 1-е сутки - холод,

затем тепловые процедуры. При нарастающих гематомах у 11 детей в 1-е сутки заболевания произведено вскрытие и дренирование гематом, ревизия содержимого мошонки, ушивание белочной оболочки. У 8 больных с открытыми повреждениями мошонки проводилась ПХО раны с послойным ушиванием ее. После операции дети получали антибактериальное лечение, десенсибилизирующие препараты и рассасывающую терапию. Все выписаны на 7-10 сутки здоровыми.

Острый эпидидимит наблюдался у 17 детей. 11 больных с эпидидимитом получали консервативное лечение, физиотерапию. В сомнительных случаях у 6 больных произведена ревизия придатка и яичка. Операция носила не только диагностический, но и лечебный характер, способствовала декомпрессии яичка, удалению фибрина, выпота, снижению температуры и дальнейшему более благоприятному течению болезни.

Таким образом, синдром гиперемированной и отечной мошонки встречается у детей часто, особенно в пубертатном периоде. Экстренное оперативное устранение причин синдрома позволяет предупредить атрофию яичка, гипогонадизм, бесплодие. При проведении хирургического лечения предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям.

Рудаев В.И.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Росси

ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЕ (КТ) МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Основой патогенеза любого варианта КТ следует считать ишемический компонент, обусловленный полным или частичным прекращением кровотока в пораженных тканях. Главным источником всех изменений, ведущих к тяжелым поражениям жизненно важных органов и систем, является ишемизированная часть организма, включенная в общий кровоток после сдавления. Для решения проблем первичной медико-социальной помощи при СДС на догоспитальном этапе необходима ранняя, быстрая и точная диагностика тяжести повреждения, что имеет огромное значение для прогноза исхода, выбора адекватной терапии и профилактики возможных осложнений.

Цель исследования. Сравнить два бальных способа прогнозирования возможных исходов при КТ мягких тканей конечностей, разработанного индекса тяжести ишемического поражения (ИТИП), приемлемого для оценки на догоспитальном этапе и APACE II, используемого для оценки тяжести состояния пациента на этапе коррекции неотложного состояния стационара.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 38 пациентов с длительной (более 6 часов) КТ мягких тканей, в историях болезней которых содержались точные сведения необходимые для объективной оценки тяжести состояния по двум выбранным нами бальным шкалам. В зависимости от варианта лечения пациенты были разделены на 2 группы (1-я - 18 и 2-я - 20 человек), одна из которых (2-я) дополнительно получала в качестве стабилизатора мембран и средства обладающего газотранспортной функцией - кровезаменитель перфторан. Для определения ИТИП учитывали:

1) массу травмированных тканей, соответственно сегмента поражения (кисть или стопа - 1 балл, предплечье - 2, плечо - 3 и т.д.),

2) длительность компрессии,

3) возраст пациента,

4) наличие сопутствующего и комбинированного характера повреждения (патент N 2004128701/14). Сумма балов ИТИП, рассчитанная по специальной формуле определяла тяжесть травмы и прогноз: до 5 - прогностически легкая КТ, от 6 до 15 - не опасная для жизни КТ, 15 и более баллов - опасная для жизни КТ - прогностически тяжелая КТ мягких тканей. У этих же пациентов на основании клинических и биохимических критериев в раннем периоде стационарного этапа лечения КТ - на 1-е, 3-и и 7-е сутки определяли прогноз для жизни по шкале APACE II (Knaus W.A.,1985 г.).

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были молодого возраста (26,7±1,8 лет) и имели большую массу длительно сдавленных мягких тканей. ИТИП у них в среднем состави л 32,4±1,3 балла, что свидетельствовало о крайне опасном для

жизни варианте КТ и неблагоприятном прогнозе. Клинически это подтверждалось наличием у всех пострадавших признаков ОППН и других проявлений полиорганной дисфункции. При этом тяжесть состояния пациентов по шкале APACE II с учетом клинических и биохимических показателей достигла в среднем 34,7±0,8 баллов, что свидетельствовало о вероятности летального исхода у 77,5±2,1% (от 70-85%). Значимых различий между сравниваемыми бальными оценками тяжести состояния пациентов нами не выявлено (p=0,17). При прогнозируемом неблагоприятном исходе в обеих группах летальность в первой группе составила 6,5%, во второй - 0% (p<0,001), что позволило объективизировать оценку результатов лечения у пациентов второй группы, в случае применения перфторана на фоне одновременного проведения у всех пациентов сеансов ГБО.

Выводы.

1. Использование на догоспитальном этапе методики ранней оценки ИТИП при КТ мягких тканей конечности позволяет оптимизировать диагностику тяжести повреждений, обеспечить оптимальный вариант оказания помощи, в короткие сроки определить прогноз и адрес эвакуации в госпитальное ЛПУ для проведения адекватного способа лечения.

Сахаровская Т.К., Бирюкова М.С., Захаров И.С., Орлова Е.Н., Карсаева В.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия"
Минздравсоцразвития России Кафедра акушерства и гинекологии N 1
г.Кемерово, Россия

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени - хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся сочетанием поражения паренхимы и стромы органа с дистрофией печеночных клеток, развитием функциональной недостаточности печени с портальной гипертензией (Подымова С. Д., 1984 г.).

Цирроз печени в сочетании с беременностью встречается редко. В литературе имеются сообщения об успешно закончившейся беременности у женщин с циррозом печени (М.Н. Кочи, 1986 г.; W. Teichmann и соавт., 1985 г.). Вынашивание беременности допускается лишь в случае отсутствия у пациентки признаков декомпенсации и выраженной портальной гипертензии.

Главной угрозой для жизни беременных с портальной гипертензией является кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Частота возникновения кровотечений из вен пищевода у беременных, страдающих циррозом печени, составляет 19-27% (М.М. Шехтман).

Материалы и методы исследования. Пациентка Д., 32 года госпитализирована в отделение патологии беременности родильного дома N 1 МУЗ ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского в сроке беременности 37-38 недель беременности с диагнозом цирроза печени. В течение настоящей беременности женщина не наблюдалась и не обследовалась!

Беременность третья, роды предстояли третьи. Со слов пациентки, обе беременности протекали на фоне тяжелой анемии. Гемотрансфузий не проводилось.

Настоящая беременность протекала на фоне гестационного пиелонефрита, тяжелой анемии, признаков портальной гипертензии, отеков, маловодия и хронической фетоплацентарной недостаточности с внутриутробной задержкой развития плода.

Из анамнеза жизни выяснено, что пациентка находилась в местах лишения свободы с 1998 по 2003 гг. Страдает хронической алкогольной интоксикацией в течение последних 5 лет.

За время нахождения в ОПБ проходила обследования, консультирована специалистами в плане подготовки к родоразрешению путем кесарева сечения. С целью коррекции анемии проводилась ферротерапия.

14.09.2010 г. на фоне развившейся родовой деятельности проведены оперативные роды путем операции кесарева сечение. Родился мальчик масса 3040 гр, длинной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Общая кровопотеря в родах составила 500 мл.

В послеоперационном периоде проводилась гематрансфузия: 2 дозы СЗП и 2 дозы эритроцитарной массы.

На 7 сутки послеродового периода женщина в удовлетворительном состоянии была выписана домой с ребенком.

Серебренников В.В., Баранов А.И., Алексеев А.М.
МБЛПУ «Городская клиническая боьница N 1»
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
г.Новокузнецк, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НЕОТЛОЖНУЮ ХИРУРГИЮ

Диагноз острого аппендицита и острого холецистита занимают львиную долю среди всех заболеваний в неотложной хирургии, около 20% каждый.

Цель исследования. Оценить актуальность проблемы путем изучения эпидемиологии острого аппендицита и острого холецистита как нозологических единиц. Сравнить результаты внедрения эндоскопических и малоинвазивных технологий в неотложную хирургию на примере десятилетнего опыта лечения острого аппендицита и острого холецистита в двух крупных МЛПУ г. Новокузнецка.

Материалы и методы исследования. Вошедшие в исследование пациенты оперированные с диагнозом острого аппендицита и острого холецистита за 10 лет, лечившихся в МЛПУ ГКБ N 1 и МЛПУ ГКБ N 29 г. Новокузнецка, разделены на две группы: 2000-2004 гг. - контрольная; 2006-2010 гг. - основная.

С августа 2005 г. внедрена неотложная лапароскопическая аппендэктомия в МЛПУ ГКБ N 1, с января 2007 г. - в МЛПУ ГКБ N 29. Лапароскопическая холецистэктомия, при остром холецистите, внедрена в МЛПУ ГКБ N 1 в 2003 году, с 2005 г. - круглосуточно; в МЛПУ ГКБ N 29 - в 2001 году.

Результаты и их обсуждение. Общее количество аппендэктомий у пациентов с диагнозом острого аппендицита в МЛПУ ГКБ N 1 за 2006-2010 гг., по сравнению с 2000-2004 гг., увеличилось на 110 человек трудоспособного возраста, с 987 до 1097, что является статистически значимым ($p<0,05$). В МЛПУ ГКБ N 29 - на 90 человек, с 1071 до 1161 ($p<0,05$). Соотношение мужчин и женщин примерно 1:1 в группах, выявленные колебания по полу и возрасту за 10 лет принципиальными не являются.

В результате внедрения в неотложную хирургию эндоскопической аппендэктомии, количество традиционных операций в основной группе ГКБ N 1 уменьшилось с 95,24% до 30,63% ($p<0,05$), что привело к снижению доли послеоперационных осложнений на 1,77% (с 4,96% до 3,19%). Значимое уменьшение произошло за счет доли ИОХВ, а именно на 2,62% ($p<0,05$). В результате изменения этих показателей в основной группе сократился послеоперационный койко-день на 1,7 суток ($p<0,001$). Кроме того, снизилась смертность с 0,3% до 0,1%.

В основной группе ГКБ N 29 количество традиционных аппендэктомий уменьшилось с 97,85% до 75,54% ($p<0,05$), что привело к снижению доли послеоперационных осложнений на 2,75% (с 5,50-2,75%). Значимое уменьшение произошло за счет доли ИОХВ, а именно на 2,96% ($p<0,05$). В результате изменения этих показателей в основной группе сократился послеоперационный койко-день на 0,4 суток ($p<0,001$). Однако смертность возросла с 0,09-0,43%, очевидно за счет увеличения количества пациентов возрастной группы «70 и старше».

Количество экстренных холецистэктомий у пациентов с диагнозом острого холецистита в основной группе МЛПУ ГКБ N 1 увеличилось на 268 человек трудоспособного возраста, с 955 до 1223 ($p<0,05$), в МЛПУ ГКБ N 29 - на 218 человек, с 979 до 1197 ($p<0,05$). Увеличение в среднем равномерное по всем возрастным группам, но в группе 50-59 лет увеличение числа пациентов выраженное в обоих стационарах, таким образом, медиана возраста сместилась в старшую возрастную группу (холецистит «постарел»). В группах значительно преобладают пациенты женского пола, примерно 3:1 в ГБ N 1 и почти 4:1 в ГБ N 29, их соотношение практически не изменилось в основных группах относительно контрольных.

В результате внедрения в неотложную хирургию эндоскопических и малоинвазивных технологий количество холецистэктомий лапаротомным доступом в основной группе ГКБ N 1

уменьшилось в с 62% до 9,8%. Количество радикальных малоинвазивных операций в основной группе увеличилось на 48%, их них лапароскопических холецистэктомий - на 29,6% (с 262 до 829 операций), выполнено 233 холецистэктомии из минидоступа в связи с противопоказаниями к пневмоперитонеуму, что составило 19%. В результате активного применения малоинвазивных операций, в основной группе, снизилось общее количество осложнений на 3,5%, из них ИОХВ уменьшилось в два раза (с 1,9% до 0,8%), смертность снизилась более чем в два раза (с 2,7% до 1,2%). Послеоперационный койко-день сократился среднестатистическии на 3,6 суток (с 14,4 до 10,8).

Количество холецистэктомий лапаротомным доступом в основной группе ГКБ N 29 уменьшилось с 29-28%. Незначительное уменьшение процента лапаротомий связано с тем, что лапароскопические операции широко применялись и в контрольной группе. Количество радикальных малоинвазивных операций в основной группе увеличилось на 1%, за счет лапароскопических холецистэктомий (с 699 до 860 операций), холецистэктомии из минидоступа в ГБ N 29 не применялись. В результате активного применения эндоскопических операций снизилось общее количество осложнений в основной группе на 0,3%, из них ИОХВ уменьшилось в два раза (с 1,9-0,8%), смертность снизилась более чем в два раза (с 1,4-0,6%). Послеоперационный койко-день сократился среднестатистическии на 1,9 суток (с 13,4 до 11,5).

Выводы.

Количество операций по поводу острого аппендицита в основных группа увеличилось, изменения по возрастно-половому составу незначительные. Увеличилось число операций по поводу острого холецистита, увеличился средний возраст пациентов, соотношение мужчин к женщинам осталось прежнее 1:3.

Внедрение малоинвазивных технологий привело к снижению количества осложнений и сокращению послеоперационного койко-дня.

Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Осецкий И.Г.

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

ОЖОГИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Цель работы. Улучшить результаты диагностики и лечения повреждений желудка при химических ожогах.

Материалы и методы исследования. Из 382 детей, лечившихся в клинике детской хирургии АГМУ по поводу приема обжигающих веществ за последние 4 года, ожоги желудка выявлены у 148 (38,7%). Сочетанные поражения желудка были отмечены при первичной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у 109 (73,6%) детей. Изолированные ожоги желудка без признаков ожога пищевода - у 399 (26,4%). Преобладали ожоги первой степени. У 45 (30,4%), детей был диагностирован ожог желудка II-III степени. Наиболее часто ожоги отмечены в пилорическом и антаральном отделе желудка. Наибольшее количество тяжелых ожогов были вызваны щелочами и серной кислотой.

Дети со II-III степенью ожога желудка получали антибактериальную, инфузионную, дезинтаксикационную терапию, местное лечение жирогормональной смесью, лечебной смесью на основе регенкура.

Назначали также альмагель и щелочные минеральные воды.

По поводу осложнений после химических ожогов желудка на лечении находилось 16 детей. У одного возникла прикрытая перфорация желудка на большой кривизне, у 15 детей была диагностирована непроходимость пилорического отдела желудка. Все дети были оперированы, основная операция - экономная резекция желудка по Бильрот - I.

Результаты и обсуждение. У детей с диагностированным ожогом желудка сразу после его получения и лечившихся в стационаре, стеноз пилоруса сформировался у 1. После резекции пилоруса с анастомозом типа Бильрот - I, у двоих возникли стенозы анастомоза, потребовавшие повторных вмешательств, все дети выздоровели.

Выводы.

1. Необходимо проведение целенаправленного обследования и лечения при ожогах желудка.

2. Операцией выбора является резекция пилоруса с гастродуоденоанастомозом типа Бильрот - I.

Смирнов А.К., Брусенцова Т.С., Головко В.И., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Осецкий И.Г., Герасименко К.И.

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

ТАКТИКА ДЕТСКОГО ХИРУРГА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Приводим результаты оказания экстренной помощи 95 детям с урологической патологией в возрасте от 0 до 14 лет, пролеченных в клинике детской хирургии АГМУ за 5 лет: с травмой почек - 53, с разрывом уретры - 4, с гидронефрозом - 12, с удвоением почек - 7, с дистопией почки - 6, с нефроптозом - 6, с мочекаменной болезнью - 4, с карбункулом почки - 3, поступившим в сроки от 1 часа до 5 суток с момента заболевания. Всем проводилось обследование, включающее в себя сбор жалоб, анамнеза клинико-лабораторное обследование, УЗИ и по показаниям экскреторная урография.

Повреждения уретры мы наблюдали у 4 больных в возрасте от 7 до 14 лет, 3-х мальчиков и 1 девочки. Все поступили позже 24 часов, причем у 1 из них разрыв уретры сочетался с переломом костей таза, поэтому первичная пластика уретры у них была невозможна, и мы ограничились дренированием гематом и эпицистостомией с оставлением в уретре катетера, на котором впоследствии сформировался мочеиспускательный канал. После операции проводились инфузионная, антибактериальная терапия, перевязки, физиолечение. Катетер удалялся tчерез 2-3 недели. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Повреждение почек отмечались у 53 больных (у 48 - I-II; у 2 - III; у 3 - IV-V степени тяжести). Детям с травмой I-II степени проводилось консервативное лечение: строгий постельный режим 1-2 недели; гемостатики, уросептики, антибиотики, спазмолитики. При выраженном болевом синдроме и длительной микрогематурии добавляли инфузионную терапию, в течение 4-5 дней вводили растворы глюкозы, Рингера, плазму, реополиглюкин, аминокапроновую кислоту. Через 10-14 дней все дети выписаны с выздоровлением. Трое детей с травмой IV-V степени были прооперированы, всем проведена нефрэктомия. У двоих детей с III степенью тяжести повреждения в течение 2-3 суток проводилось консервативное лечение, но макрогематурия и болевой синдром прогрессировали, на экскреторной урограмме отмечались экстраренальные затеки контрастного вещества, им была проведена люмботомия, ревизия и ушивание ран почки, нефростомия, дренирование околопочечного пространства. Больные выписаны с выздоровлением.

Пациентам с гидронефрозом, сопровождающимся почечной коликой, проведена спазмолитическая терапия, при гематурии постельный режим, антибиотики, гемостатики в течение 5-7 дней. В последствии все эти больные были прооперированы в плановом порядке. 5 больных с дистопией почек после купирования болей, а также 7 детей с удвоением почек, пролеченных по поводу острого пиелонефрита, были выписаны под наблюдение нефролога. 6 пациентов с нефроптозом после ликвидации почечной колики были выписаны с рекомендациями: освобождение от физкультуры, ЛФК, общеукрепляющая терапия. В последствии при присоединении пиелонефрита и артериальной гипертензии у одного из них была проведена нефропексия. 4 больных с мочекаменной болезнью получали спазмолитическую, антибактериальную терапию, блокады по Лорину-Эпштейну. Все эти дети были выписаны под наблюдение нефролога для консервативного лечения. 3 больным с карбункулом почки было проведено хирургическое лечение - декапсуляция почки и конусовидное иссечение карбункула. После операции дети получали инфузионную, антибактериальную терапию. Состояние их улучшилось и на 18-20 сутки больные были выписаны.

Таким образом, острые урологические заболевания у детей встречаются часто, порою протекают под маской «острого живота». Комплексное урологическое обследование

Соловьева Л.А., Грязнов К.А., Кохно В.Н.
Областная клиническая больница
НГМУ
г.Новосибирск, Россия

ПЕРИОПЕРАТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В последние годы пристальное внимание клиницистов привлекает проблема послеоперационных когнитивных нарушений. Пациенты пожилого и старческого возраста являются группой повышенного риска по развитию данного осложнения. Основные гипотезы этиопатогенеза ментальной дисфункции касаются нарушений окислительного метаболизма и аномалий нейромедиаторной передачи.

Цель исследования. Исследование влияния периоперативного применения цитофлавина, как препарата, улучшающего утилизацию кислорода тканями, на частоту и выраженность когнитивных нарушений у больных пожилого и старческого возраста после экстренных абдоминальных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Исследовали течение периоперативного периода у 24 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных в ГНОКБ в экстренном порядке по поводу патологии органов брюшной полости. Оценку ментального статуса проводили с помощью Монреальской шкалы когнитивной оценки (MOCA) перед операцией, в первые, третьи и пятые сутки после нее. Для выявления делирия проводили ежедневную оценку состояния больных методом CAMICU. Пациенты разделены на 2 группы (рандомизация с помощью конвертов):

1-ая группа (n=12) - пациенты в течение 5 дней в составе комплекснойтерапии получали 20 мл цитофлавина в/в капельно на 200 мл 0,9% физиологического раствора. Первую инфузию начинали за 30 минут до окончания операции.

2 группа (n=12) - пациенты получали комплексную базовую терапию. Группы сравнимы по возрасту, сопутствующей патологии, исходному ментальному статусу, объему и длительности операции, виду анестезии. Помимо оценки по MOCA контролировали продолжительность посленаркозной депрессии (время от окончания операции до открывания глаз, до восстановления ориентации, до экстубации), интенсивность болевых ощущений по цифровой рейтинговой шкале. Результаты статистической обработки представлены в виде средних величин ± стандартное отклонение, достоверность различий определяли с помощью критерия Стьюдента о равенстве средних двух выборок при $p<0,05$.

Полученные результаты.У больных 1-ой группы отмечена тенденция к более быстрому пробуждению после операции. Количество баллов по шкале MOCA до операциисоставило: 25,4±1,4 в первой группе, 25,5±2,3 во второй. В 1-ые сутки после операции счет по MOCA был достоверно ниже исходного уровня в обеих группах: в I-йгруппе 23±1,8 ($p=0,01$), во II-йгруппе 22,5±3,1 балла ($p=0,04$). На пятые сутки в 1 группе оценка когнитивных функций по шкале MOCA достигла исходного уровня (25,9±1,6), во 2 группе этого не произошло (оценка 24,6±3,0 не произошло). В обеих группах зафиксировано по 2 случая делирия. Однако в группе цитофлавина нарушения сознания появились на фоне послеоперационных осложнений (нозокомиальная пневмония; несостоятельность холедоходуоденоанастомоза, острые язвы тонкой кишки, осложненные перфорацией, перитонит). В группе сравнения делирий развился без видимых провоцирующих или разрешающих факторов.

Выводы.

В послеоперационном периоде у всех больных пожилого и старческого возраста отмечено развитие когнитивной дисфункции. Наибольшие изменения ментального статуса имелись в первые сутки после операции. Отмечена тенденция к более быстрому восстановлению уровня ментального статуса в группе цитофлавина: на 5 сутки после операции в 1 группе восстановился исходный уровень когнитивных функций, во 2 группе исходные показатели не были достигнуты. Частота делирия в группах составила 17%.

Старых В.С., Поткина Т.Н., Малин М.В.
МБУЗ «Клиническая поликлиника N 5»
г.Кемерово, Россия

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ РАН

При глубокой ране мягких тканей, абсцессе, гематоме или скоплении гноя в патологической полости тела, издавна прибегают к сквозному дренированию. Для установки сквозного дренажа осуществляют прокол тканей и через него проводят трубку (С.Ф. Годунов, 1960 г.). Удаляют трубку из раны после предварительной антисептической обработки наружного ее конца путем протягивания его через дренажный канал в здоровых тканях. Проведение же через ткани организма находящегося снаружи конца трубки без полноценной обработки ее просвета, связано с опасностью развития инфекционных осложнений, что мотивировало нас к разработке более целесообразной и эффективной технологии дренирования.

Изобретено устройство для дренирования (патент РФ N 2329833. Авторы: В.С. Старых, Т.Н. Поткина, Л.И. Темерханова). Оно содержит стержень с заостренным рабочим концом и ручкой на другом конце. На стержне последовательно размещены две эластичные трубки с перфорациями, сформированными на стыкующихся концах трубок. Стержень выполнен из двух частей с возможностью разъединения их. На конце одной части стержня выполнена резьба, с размещенной на ней гайкой между ручкой и трубкой. На конце другой части стержня выполнен выступ с внешней резьбой под резьбу в продольном пазе стыкующегося конца другой части стержня. На поверхности трубки выполнены метрические деления.

При подготовке устройства к использованию, стержень проводят через обе части дренажной трубки, стыкуя ее концы с боковыми перфорациями в центре стержня. Вращая гайку, сближают перфорированные концы трубок. При использовании устройства заостренным концом жесткого стержня прокалывают мягкие ткани и дренируемую полость. Затем части стержня разъединяют и извлекают из трубки. По завершении дренирования, каждую часть трубки удаляют за конец, расположенный за пределами тканей организма.

Наличию на стержне двух трубок с перфорациями после удаления стержня обеспечивает дренирование патологической полости. Гайка способствует удержанию на стержне упруго-эластичных трубок разной длины. Метрические деления на трубках повышают точность установки перфорированных концов трубок в дренируемой полости. Конструкция дренажа создает возможность раздельного извлечения каждой части трубки за концы, расположенные снаружи за пределами тела, что исключает протягивание их через ткани организма, исключая бактериальное загрязнение их. В 2011 году в Москве на международной выставке высоких технологий «Архимед» это устройство было награждено бронзовой медалью.

При глубокой и узкой ране иногда возникает необходимость сквозного непрямолинейного дренирования. Для этой цели нами изобретено устройство для установки сквозного дренажа (патент РФ N 2400262). Авторы: В.С. Старых, Т.Н. Поткина, М.В. Малин). Оно включает жесткую трубку с остроконечным мандреном, расположенную в канале муфты, размещенной на дуге в виде полукруга. На дуге неподвижно прикреплена полая игла с мандреном. Для установки дренажа устанавливают муфту так, чтобы рабочий конец иглы мог стыковаться с рабочим концом трубки. Иглу с тупоконечным мандреном через прокол мягких тканей вводят до дна раны. В канал муфты вводят трубку с остроконечным мандреном. Острым его концом прокалывают мягкие ткани до стыковки конца трубки с косым срезом иглы, мандрен удаляют. Проводником захватывают нить эластичного дренажа и через просветы иглы и трубки протягивают наружу. Трубку и иглу вместе с дугой удаляют, оставляя в глубине тканей сквозной под заданным углом дренаж.

Изобретенные устройства уменьшают травму тканей при пункционной установке сквозного дренажа, а при последующем удалении снижают опасности бактериального загрязнения раны и развития осложнений.

Тараско А.Д., Берсенев А.Е.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ»
МЛПУ ГКБ N 2
г.Новокузнецк, Россия

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ СРЕДИ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Варикозное расширение вен семенного канатика и яичка - варикоцеле является распространенным явлением в практике врача-хирурга и уролога. Оперативные вмешательства по этому поводу у подростков выполняются повсеместно с превентивной целью, поскольку, есть мнение, что при данном состоянии может страдать фертильность. В то же время в отношении мужчин репродуктивного возраста при наличии варикоцеле однозначной тактики не существует. Вопрос о том, надо ли оперировать варикоцеле у мужчин зрелого, пожилого и старческого возраста, какие существуют показания и противопоказания для оперативного лечения - остается открытым.

Нами изучено распространение варикоцеле у мужчин репродуктивного возраста по результатам периодического медицинского осмотра работников Западно-Сибирского металлургического комбината. Осмотрено 187 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет.

Среди 187 мужчин варикоцеле выявлено у 31, что составляет 16,57%. Этот показатель несколько выше, чем в общей популяции (11,7%).

Установлено, что у 22 мужчин репродуктивная функция была реализована. Это составило 70,9%. У 5 мужчин из них в разные сроки были выполнены «санирующие» операции по одной из наиболее распространенной методик (Иванисевича-Сейфана, Робба-Иванисевича). 17 мужчин не подвергались лечебным манипуляциям, они не имели каких-либо жалоб, за помощью не обращались и не знали о наличии у них варикоцеле.

9 человек из 31 (29%) потомства не имели. У 3-х из них была выполнена операция Иванисевича паховым доступом. При осмотре у них выявлено наличие варикоцеле 2-й степени. Лишь у 1 из 9 человек установлен достоверно бесплодный брак. 8 человек жили сексуальной жизнью вне брака и не могли дать достоверную информацию о своей фертильности, у них было глубокое убеждение, что их фертильность не страдает.

11 человек среди 31 с варикоцеле (35,4%) были в возрасте старше 35 лет. 10 человек из них имели потомство, они продолжали сексуальные отношения, жалоб на какой-либо дискомфорт в области гениталий или эректильную дисфункцию не предъявляли. Только у 1 из 10 была выполнена «санирующая» операция. 1 человек старше 35 лет, не имеющий потомства, живет вне брака и желания заводить потомства не имеет, объективные данные о его фертильности отсутствуют.

Выводы.

1. По данным периодического медицинского осмотра среди мужчин репродуктивного возраста установлено варикоцеле в 16,57% случаев.

2. У 17 человек из 31 (54,8%) при наличии варикоцеле репродуктивная функция была реализована.

3. В группе старше 35 лет (11 человек) при наличии варикоцеле в 10 случаях (90,9%) репродуктивная функция была реализована.

4. Уменьшение абсолютного числа в группе старше 35 лет (11 человек) против группы до 35 лет (20 человек), вероятно, связано с возрастной инволюцией артериального притока к семенникам, что приводит к спонтанной регрессии варикоцеле.

Тараско А.Д., Мальцева Н.В.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ»
г. Новокузнецк, Россия

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

В результате случайной травмы или операции образуются различные раны. Диагностика ран в большинстве случаев не представляет затруднений, поскольку они обычно неплохо в изуализируются и доступны для физикального исследования. Чаще всего этих данных достаточно для определения лечебной тактики. В то же время существуют различные лабораторные, инструментальные и аппаратные методы объективной оценки раневого процесса, что необходимо для формулирования экспертных заключений.

Оценка раневого процесса начинается с описания раны. При этом отмечают:

1) локализацию, размер, глубину раны, вовлечение подлежащих структур, таких как фасция, мышцы, сухожилия, сосуды, нервы, кости;

2) состояние краев, стенок и дна раны, наличие и вид некротических тканей;

3) количество и качество экссудата (серозный, геморрагический, гнойный), наличие или отсутствие запаха;

4) время, прошедшее с момента ранения.

Оценка скорости заживления ран требует качественного и количественного анализа. Для оценки скорости заживления раны предложено несколько методик. Наиболее простой является измерение размеров раны линейкой в 2-х взаимно перпендикулярных направлениях (длина (L) и ширина (W) раны). Более достоверна методика очерчивания контуров раны в динамике и сравнение их. В то же время эти методики не лишены субъективизма, поскольку не всегда можно достоверно определить границу эпидермиса из-за его тонкости и просвечивания.

Основные методики измерения ран делятся на контактные и бесконтактные. К контактным относят: измерение длины, ширины, площади и периметра; измерение глубины; измерение объема с помощью жидкости или слепка. Бесконтактные методы: фотографирование; видеосъемка; стереофотограмметрия; анализ структурированного света. Площадь раны можно рассчитать, используя некоторые формулы: площадь прямоугольной раны рассчитывается по формуле: S=0,73x Lx W; площадь раны эллиптической формы рассчитывают по формуле: S=0,763 x L x W. Такой метод измерения параметров раны используется в основном при неглубоких ранах с четкими контурами.

Заживление раны сопровождается некоторыми характерными изменениями, что позволяет выделить три фазы (стадии) раневого процесса: воспаления, пролиферации, эпителизации и реорганизации рубца. Для диагностики этих фаз используется цитологический метод с использованием стандартных окрасок, цитохимических методик, методов люминесцентной и электронной микроскопии. Эти методы довольно сложны в производстве и интерпретации результатов. Нами разработан способ оценки течения раневого процесса и эффективности лечения кожных ран различного генеза, заключающийся в электрофоретическом исследовании образцов ДНК, выделяемых из соскобов с поверхности ран. На электрофореграммах выявляется свечение ДНК в виде отходящих от лунок светящихся треков разной длины, которые сопоставляются между собой. По нашим данным, укорочение длины трека в динамике раневого процесса можно оценивать как положительное течение заживления раны, удлинение трека или отсутствие изменений его длины в динамике раневого процесса предлагается оценивать как отрицательное течение заживления раны.

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Головко В.И., Каширин С.Д., Тен К.Ю., Горобченко В.М.
"Алтайский государственный медицинский университет"
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

В клинике детской хирургии АГМУ на базе Алтайской Краевой клинической детской больницы с 1984 по 2011 гг. пролечено 28 детей с разрывами уретры и их последствиями - стриктурами и облитерациями; все дети были мальчиками. По возрасту, больные разделялись: от 3 до 5 лет - 1, 7-12 лет - 11, 12-15 лет - 16. Механизм травмы: в 10 случаях - падение с высоты, в остальных - дорожно-транспортные происшествия. Разрывы уретры имели место у 7 детей, стриктуры и облитерации - у 21. Хирургическая тактика при разрыве уретры зависела в основном от срока поступления в стационар. Так, у 5-ти больных, поступивших в первые сутки после травмы, наложен первичный шов уретры с хорошим результатом. У 2-х больных, поступивших через 38 и 72 часа после травмы была произведена интубация поврежденной уретры полым эндопротезом. В последующем им проводились профилактически-лечебные бужирования уретры один раз в месяц в течение 6 и 12 месяцев, исход - выздоровление.

Хирургическая тактика при лечении последствий разрыва уретры зависела от наличия или отсутствия просвета уретры, протяженности стриктуры, давности заболевания, «податливости» бужирования. Трех детей удалось вылечить длительным бужированием уретры в течение от одного до полутора лет. Туннелизация уретры произведена у 5-тибольных, причем, у одного ребенка без цистотомии, с использованием катетера Фолея, во всех случаях наступило выздоровление.

Сегментарная ластика уретры произведена в 4-х случаях, пластика уретры по Мариона-Хольцову у 4-х больных, операция по Соловому сделана 5-ти больным; во всех случаях получены хорошие результаты.

Таким образом, дифференцированная хирургическая тактика позволяет оптимизировать лечение детей с такой тяжелой патологией, как травматические повреждения уретры.

Тен Ю.В., Шумаков Е.А., Тен К.Ю., Казанцева Е.О.
"Алтайский государственный медицинский университет"
Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
г.Барнаул, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Одной из наиболее частых причин инфравезикальной обструкции у детей являются клапаны задней уретры. Начиная с 1984 года по настоящее время в клинике детской хирургии АГМУ на базе детского хирургического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы лечилось 27 детей с картиной выраженной инфравезикальной обструкции. Возраст больных на начало лечения составлял от 1 месяца до 15 лет. У всех больных были жалобы на затруднение мочеиспускания, объемная скорость мочеиспускания не превышала 5-6 мл/сек, у 4 больных имелось парадоксальное недержание мочи. Наличие острого пиелонефрита имело место у 12 больных из 27, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) был выявлен у 9 больных, у 2-х - стеноз пузырно-мочеточникового сегмента (ПМС) с картиной 2-хстороннего уретерогидронефроза.

Диагноз у большинства больных был подтвержден путем микционной цистоуретрографии (21 из 27). 6 больных неоднократно лечились по поводу гипорефлекторного мочевого пузыря без заметной положительной динамики. Больным с подтвержденным диагнозом клапана задней уретры было выполнено оперативное разрушение клапана путем ретроградного проведения за нить соответствующего возрастному диаметру уретры полихлорвинилового катетера после цистотомии. Всего указанным методом пролечено 17 детей.

У 10 детей ликвидация инфравезикальной обструкции была произведена эндовидеохирургическим методом путем проведения жесткой уретроцистоскопии. В эту группу больных вошли и дети, которые ранее безуспешно лечились по поводу нейрогенных расстройств мочевого пузыря без рентгенологической идентификации инфравезикальной обструкции. При этом у 2-х больных было произведено удаление полипов уретры, подтвержденных гистологическим исследованием.

Сопутствующие операции были выполнены у 9 больных: резекция стенозированного ПМС, ликвидация ПМР с антирефлюксной защитой, уретерокутанеостома, цистостома. Следует отметить, что у 5 больных, которым инфравезикальная обструкция была ликвидирована в раннем периоде жизни, явления ПМР прошли самостоятельно, без инвазивных вмешательств. У одного больного с двухсторонним уретерогидронефрозом явления последнего прошли так же самостоятельно после операции ликвидации клапана уретры.

Таким образом, больные с клиникой инфравезикальной обструкции нуждаются не только в обязательном проведении микционной цистоуретрографии, но и в ряде случаев в эндовидеоцистоуретроскопии. Операцией выбора в настоящее время считаем эндовидеохирургическое рассечение или иссечение клапана задней уретры или полипа.

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Румянцев А.А., Казанцева Е.О., Беккер А.А.

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

СТРУКТУРА СОЛИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Особенностью опухолевых заболеваний детского возраста является их относительная редкость и малосимптомность течения. На протяжении многих лет смертность в этой группе заболеваний стойко занимает второе место в структуре смертности детского населения страны.

Цель исследования. Исследование структуры солидных новообразований грудной и брюшной полости у детей Алтайского края.

Материалы и методы исследования. В период с 2002 по 2011 год включительно на базе Алтайской краевой клинической детской больницы было пролечено 238 детей, в возрасте от 12 суток до 17 лет, с подтвержденным опухолевым поражением грудной (85 детей) и брюшной (153 ребенка) полости.

Результаты исследования. В структуре образований грудной полости больные с лимфогранулематозом составили 34,11% (29 детей), неходжкинскими лимфомами 12,94% (11 детей), саркомой Юинга 10,5% (9 детей), нейрогенными опухолями 8,23% (7 детей), тимомой 8,23% (7 детей), гистеоцитозом 8,23% (7 детей), тератодермоидными образованиями 3,52% (3 ребенка), рабдомиосаркомами 2,35% (2 ребенка), мезенхимомами 2,35% (2 ребенка), единичными случаями представлены: гамартома легкого, гранулема легкого, дисгерминома легкого. Доброкачественные образования (17) составили 20%, злокачественные образования (68) - 80%.

В структуре образований брюшной полости больные с нефробластомой 31,37% (48 детей), тератомой 16,33% (25 детей), нейробластомой 8,49% (13 детей), тератобластомой 7,18% (11 детей), гепатобластомой 7,18% (11 детей), рабдомиосаркомой 3,92% (6 детей), ганглионевромой 3,92% (6 детей), опухолью желточного мешка 1,96% (3 ребенка), единичными случаями представлены: липома брыжейки тонкой кишки, феофромоцитома, симпатобластома, гипернефроидный рак, гранулезоклеточная опухоль, гамартома печени. Доброкачественные образования (43) составили 28,1%, злокачественные образования (110) - 71,89%.

Злокачественные новообразования регистрировались во всех возрастных группах. По полу пациенты распределялись следующим образом: девочек - 46%, мальчиков - 54%. Наибольшее

количество пациентов поступали в специализированное отделение в первые 2-3 месяца с момента появления первых симптомов заболевания. Отмечено, что 62,3% - 111 больных со злокачественными новообразованиями были госпитализированы в клинику с III-IV стадиями заболевания.

Выводы.

Таким образом, структура солидных новообразований детского населения Алтайского края в целом соответствует общероссийским и европейским показателям. Но имеется и ряд особенностей, так за исследуемый период, число нефробластом преобладает над нейробластомами, в структуре злокачественных лимфом у детей Алтайского края преобладает лимфома Ходжкина в соотношение обратно пропорциональном общероссийскому. Данные изменения могут быть объяснены годовыми колебаниями заболеваемости детей с солидными новообразованиями и сравнительно небольшим периодом клинического исследования. Так же следует отметить, что в структуре новообразований грудной и брюшной полости у детей в Алтайском крае преобладают злокачественные новообразования, выявляемые, в большинстве случаев, на поздних стадиях развития заболевания, что, на наш взгляд, связано с недостаточной онконастороженностью специалистов первичного звена.

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Казанцева Е.О.

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

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Цель исследования. Изучить возможности малоинвазивной диагностики и лечения некоторых заболеваний в детской урологии.

Материалы и методы исследования. За период времени с марта 2010 по май 2012 года в клинике детской хирургии АГМУ на базе детского хирургического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы эндоскопические оперативные вмешательства проводились 98-и пациентам с такой урологической патологией, как варикоцеле - 51, полипы мочевого пузыря и уретры - 12, кисты почек - 9, уретероцеле - 9, клапаны задней уретры - 8, мультикистоз почек - 6, стентирование мочеточников после проведенных ранее реконструктивно-пластических операций, осложненных обструкцией зоны анастомоза - 3.

Результаты исследования. Пациентам с варикоцеле проведено эндоскопическое клипирование сосудов левого яичка (при сочетании с пупочной грыжей трансумбеликальным доступом); при полипах мочевого пузыря и уретры - уретроцистоскопия, удаление полипов; при кистах почек - резекция кист с адипозоцисторенопластикой для предупреждения возникновения рецидива; при клапанах задней уретры - иссечение складки слизистой; пациентам с мультикистозом почек во всех случаях выполнена эндоскопическая нефрэктомия; при уретероцеле - эндовезикальное рассечение уретероцеле; при обструкции зоны анастомоза элементами крови в области лоханочно-мочеточникового сегмента после проведенных ранее реконструктивно-пластических операций - стентирование мочеточников.

Все прооперированные больные были выписаны с выздоровлением, желаемый эффект достигнут в полном объеме. Эндоскопические оперативные вмешательства в урологии дали возможность сократить сроки госпитализации в 2-2,5 раза.

Выводы.

Таким образом, эндовидеохирургические вмешательства - довольно эффективный способ лечения многих заболеваний мочеполовой системы у детей, позволяющий в ряде случаев избежать объемных, тяжелых операций. В силу своей малоинвазивности эндоскопический метод значительно сокращает сроки лечения больных, при этом не страдает качество оперативного приема, не говоря уже о косметическом результате.

Терехова Н.А., Заикин С.И.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
гЛенинск-Кузнецкий, Россия

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА: КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Цель исследования. Изучить клинические и эндоскопические особенности заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей с дисфункцией билиарного тракта.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 40 детей, 25 девочек (62%) и 15 мальчиков (38%) в возрасте 6-14 лет, с гастродуоденальными заболеваниями и с дисфункцией билиарного тракта (ДБТ) - это основная группа, средний возраст 12,1±1,7 лет. Группу сравнения составили 20 детей того же возраста с гастродуоденальными заболеваниями без ДБТ, то есть с нормофункцией желчного пузыря, из них 11 мальчиков (55%) и 9 девочек (45%), средний возраст 12,6±2,2 лет. Наблюдаемым пациентам проводились детальный сбор анамнеза, жалоб, объективный осмотр, эзофагогастродуоденоскопия с помощью фиброскопа GIF-XPE («Olympus», Япония) с последующей морфологической оценкой биоптатов слизистой оболочки желудка.

Результаты исследования. В возрастном аспекте для пациентов с ДБТ характерно более раннее начало гастродуоденальных заболеваний. При наличии ДБТ первые симптомы со стороны органов пищеварения появлялись в возрасте 10,0±2,37 лет, в группе сравнения в возрасте12,05±2,08 лет. Клиническая картина хронического гастродуоденита с ДБТ в период обострения характеризовалась наличием болевого, диспепсического и астеновегетативного синдромов. Жалобы на боли в животе предъявляло 95% (n=40) детей основной группы и 85% (n=20) детей группы сравнения. Диспепсические расстройства встречались у 55% в основной группе и в 60% в группе сравнения. Астеновегетативные проявления в виде повышенной утомляемости, головных болей, психоэмоциональной лабильности были выражены в 17% в основной группе и в 10% в группе сравнения. Частота синдромов не имела достоверных различий между группами. Пальпаторная болезненность живота с локализацией в эпигастральной области определялась у всех 20 детей группы сравнения и у 97% (n=40) детей основной группы. Болезненность живота при пальпации в правом подреберье достоверно выше в основной группе и составила 60% (n=40), в сравнении с 30% (n=20) в группе сравнения (X^2=7,38; p=0,0066).

По данным эндоскопии в основной группе (n=40) и в группе сравнения (n=20) у 70% детей был выявлен поверхностный гастрит. Катаральный проксимальный дуоденит регистрировался в 25% случаях в основной группе против 30% в группе сравнения. Другие макроскопические изменения - гиперплазия, эрозии и субатрофия в гастродуоденальной слизистой оболочке регистрировались у 10% детей в обеих группах. Моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны отмечались в 58% случаев у детей с ДБТ. Гастроэзофагеальный рефлюкс регистрировался в 15% случаев в основной группе против 5% в группе сравнения. Дуодено-гастральный рефлюкс диагностирован у 17 детей в основной группе (43%, n=40), в группе сравнения у 2 пациентов (10%, n=20) и сопутствовал гиперкинетическому типу ДБТ у всех детей основной группы (X^2=6,51; p=0,0107).

Выводы.

Для детей с дисфункцией билиарного тракта характерен более ранний дебют гастродуоденальных заболеваний, выраженность болевого синдрома в правом подреберье, распространенный характер поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, связанный с преобладанием моторно-эвакуаторных нарушений в виде дуодено-гастрального рефлюкса.

Терехова Н.А., Заикин С.И., Галятина Е.А., Цицкунов А.В.
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 при химических ожогах.

Материалы и методы исследования. За период с 2007-2011 гг. обследовано 49 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них 37 мальчиков и 12 девочек, поступивших в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» с подозрением на химический ожог пищевода. Всем пациентам с подозрением на химическую травму пищевода проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) в первые 24 часа от момента ожога с помощью фиброскопа GIF-XPE («Olympus», Япония).

Результаты иссследования. Количество детей с выявленным ожогом пищевода составило 47 (96%) человек, у 2 (4%) человек по результатам ФГДС признаков ожога пищевода не обнаружили. Дети в возрасте от 1 до 3 лет страдали чаще - в 43 (88%) случаях, реже с 4 до 7 лет - 5 (10%) и от 1 месяца до 1 года - 1 (2%). В 2007 году детей с химическими ожогами пищевода было 9 (18%), в 2008 году - 13 (26,5%) детей, в 2009 году - 11 (22%), в 2010 году - 6 (12%), в 2011 году - 10 (20%). Для изучения динамики заболевания изучали характеристики принятого агента. Для возможности сравнения химические агенты, по механизму действия на белки тканей (Д.А. Босквик Мл. с соавт., 1987 г.), были разделены на следующие группы:

1. Окислители - 13 (26%): марганцовокислый калий - 6 (12%), Белизна - 5 (10%), АСС - 1 (2%), 3% раствор Н202 - 1 (2%);
2. Группа нарывных средств - 6 (12%): жидкость для снятия лака - 1 (2%), бензин - 1 (2%), тосол - 1 (2%), Уайт-спирит - 3 (6%);
3. Группа протоплазматических ядов - 25 (51%): уксусная эссенция - 23 (47%), нашатырный спирт - 2 (4%);
4. Группа коррозивов - 3 (6%): средство для чистки труб - 1 (2%), жидкость для чистки печей - 2 (4%);
5. Неизвестное вещество - 2 (4%).

В первые сутки от момента травмы методом ФГДС устанавливали наличие ожога и ориентировочно степень. Больные предварительно были разделены на две группы: с I степенью - 41 (84%) человек со II-III степенью ожога - 6 человек (12%), поскольку дифференцировать II и III степень представлялось затруднительным. Агрессивность прижигающих веществ оценивали по частоте выявления II-III степени ожога пищевода. Ожог пищевода II-III степенью был вызван у 4 (8%) детей приемом уксусной эссенции - это группа протоплазматических ядов и у 2 (4%) детей приемом жидкостью для чистки печей - это группа коррозивов. Повторная ФГДС проводилась всем больным на 8-10 сутки, по результатам которой выявлено, что из 6 (12%) человек с II-III степенью ожога у 3 (6%) человек выявлен стеноз пищевода на уровне верхней трети, а у 3 (6%) детей сохранялись признаки коррозивного эзофагита.

Выводы.

По нашим данным количество детей с ожогами пищевода остается на прежнем уровне, пик заболеваемости приходится на возраст от 1 до 3х лет.

При постановке диагноза химического ожога пищевода определяющими являются данные фиброэзофагогастродуоденоскопии. Ожоги пищевода II-III степени чаще вызываются химическими веществами из группы коррозивов и протоплазматических ядов.

Торгунаков А.П.
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

РЕШЕНИЕ СПОРНЫХ ВОПРОСОВ АППЕНДИЦИТА С ПОЗИЦИЙ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕОРИИ

Множество «мифов» и «парадоксов», накопившихся в учении об аппендиците, не представляется возможным объяснить, опираясь на существующие теории патогенеза этого заболевания. Все непонятное становится очевидным при рассмотрении аппендицита с позиций адаптационной теории. Обоснованная нами применительно к аппендициту адаптационная теория патогенеза (1972-1997 гг.) предполагает участие в его развитии неспецифической сенсибилизации тканей, множества стрессоров местного, регионарного и общего порядка и взаимодействие механизмов противовоспалительного и провоспалительного потенциалов по принципу раскачивающегося «маятника». По закону саморегуляции, эти механизмы активируют и усиливают противоположные себе механизмы - провоспалительный потенциал (тироксин, минералокортикоиды, цитокины). Лимфоцитолизис сменяется гиперплазией, набуханием лимфоидного аппарата. Ввиду узости просвета ЧО нарастает обтурационный механизм развития аппендицита. Что же привносит нового адаптационная теория в теоретические представления об аппендиците и практику его лечения? Она позволяет:

1) объединить существующие теории патогенеза в качестве механизмов единого патогенеза, который становится более цельным и завершенным;

2) признать острый аппендицит полиэтиологическим воспалительным заболеванием - болезнью адаптации, с возможностью быстрого или медленного прогрессирования или регрессирования в любой стадии развития;

3) понять «хамелеоноподобное» поведение заболевания и варианты «нетипичного» аппендицита, являющиеся заболеваниями-стрессорами, предшествующими аппендициту, которые принимаются за начало и особенность развивающегося позже воспаления ЧО;

4) рассматривать первичный аффект Ашоффа, как элемент стрессовых изъязвлений желудочно-кишечного тракта;

5) понять природу морфологических изменений ЧО, приписываемых, так называемому, хроническому аппендициту: склероз, спайки, облитерацию просвета ЧО (эти изменения являются следствием ответных тканевых реакций на стрессовые ситуации, клинически себя не проявляющие аппендицитом); об этом свидетельствуют исследования ЧО здоровых людей, в подавляющем большинстве которых находят изменения «характерные» для хронического аппендицита, как и у летчиков, никогда не болевших аппендицитом;

6) дополнить схему консервативного лечения аппендицита противовоспалительными препаратами;

7) осуществлять массовую плановую профилактику аппендицита через противовоспалительные и десенсибилизирующие диеты, а неотложную - противовоспалительными препаратами, в случаях экстремальных ситуаций (землетрясения, психические стрессы, морские путешествия со штормами и т.п.);

8) обосновать тактику дифференцированного подхода в лечении простого аппендицита:

а) наблюдение до выздоровления или выполнение операции при переходе заболевания в деструктивную стадию;

б) активное стимулирование эндогенных адаптивных реакций путем иглоукалывания или иных болевых воздействий;

в) кратковременное противовоспалительное лечение, например, путем однократного внутримышечного введения 60 мг преднизолона. При неэффективности наблюдения в течение 12 часов показано оперативное лечение. Придерживаясь изложенной тактики, в клинике общей хирургии КемГМА получено снижение количества операций при простом аппендиците до 3-6%. За последние 13 лет не было случаев смерти от аппендицита;

9) считать лапароскопию при аппендиците лечебно-диагностическим мероприятием - повышение уровня кортизола в крови приводит к самоизлечению на стадии простого аппендицита - (аутогормонотерапия), за исключением случаев обтурации ЧО. Отсутствие деструкции

ЧО зафиксированное при лапароскопии не снимает вероятности прогрессирования изменений и развития деструктивного аппендицита - следует тщательно наблюдать больного после лапароскопии до полного купирования боли;

10) адаптационная теория позволяет уточнить клиническую классификацию аппендицита, которая должна быть динамичной и служить делу лечебной тактики. В классификации нами выделено спорадическое и рецидивирующее появление аппендицита, быстрое и медленное прогрессирования или регрессирование его, простой и деструктивный для клинического обозначения морфологических изменений. Хронический аппендицит как понятие нами исключен из классификации, так как рецидивирующие более соответствует существу заболевания. Перфорация ЧО относится к осложнениям, а не к форме морфологических изменений.

Выводы.

1. Адаптационная теория патогенеза аппендицита достойна внимания, поскольку она объясняет большинство спорных и неясных фактов в учении об этом заболевании.

2. Тактика дифференцированного подхода в лечении простого аппендицита обоснована с позиций адаптационной теории и оправдана в условиях современной хирургической клиники, располагающей возможностью лапароскопии.

Торгунаков А.П.

ГГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

СТРЕСС-АППЕНДИЦИТ КАК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Причинно-следственная связь между землетрясением, психоэмоциональным напряжением, множеством острых заболеваний, травм и аппендицитом легко объясняется только с позиций адаптационной теории патогенеза этого заболевания, обоснование которой завершено нами к 1997 году. Согласно этой теории, перечисленные факторы являются стрессорами, вызывающими ответные реакции общего адаптационного синдрома (ОАС). По законам саморегуляции, в ответ на мобилизацию противовоспалительного потенциала (оксикортикостероиды, катехоламины, противовоспалительные цитокины и др.), по принципу «маятника» усиливаются механизмы провоспалительного потенциала (минералокортикоиды, тиреоидные гормоны, провоспалительные цитокины и др.). Отставая во времени, механизмы провоспалительного потенциала способствуют гиперплазии лимфоидного аппарата, включая лимфоидные аппарат червеобразного отростка (ЧО). Достигнув критической точки, она на фоне неспецифической сенсибилизации тканей, определяемой характером питания, становится фактором, инициирующим приступ острого аппендицита, который может прогрессировать до деструктивной стадии. Этому способствует развивающийся из-за утолщения стенки ЧО обтурационный механизм патогенеза. Неспецифическая сенсибилизация тканей развивается под влиянием систематического переедания, избыточного употребления пищи содержащей много углеводов, белков, поваренной соли. Так осуществляется один из вариантов развития аппендицита, в соответствии с адаптационной теорией патогенеза. В литературе описаны случаи аппендицита после различных травм, при инфекционных заболеваниях, гриппе, на пятые сутки после ушивания перфоративной язвы, при апоплексии яичников. Нами описан аппендицит после черепно-мозговой травмы и после почечной колики (Торгунаков А.П., 1997 г.). Как правило, аппендицит присоединяется к основному заболеванию через несколько суток. Опасность развития «стресс-аппендицита» заключается в том, что начало его, может оставаться скрытым симптомами основного заболевания, а у оперированных больных симптомами послеоперационного периода (боль). Лечащий врач, не ожидая такого развития событий, как правило, не выставляет диагноз аппендицита, и соответствующее лечение своевременно не проводится, о чем свидетельствуют три наших наблюдения.

Больной Н., 60 лет, проведена операция по поводу ущемленной рецидивной грыжи белой линии живота средних размеров с протезированием брюшной стенки полипропиленовой сеткой. Послеоперационный период осложнился серомой в полости раны, которая многократно была пунктирована - удалялось серозное содержимое в количестве от 20 до 40 мл. За две недели пребывания в стационаре после операции температура тела не нормализовалась.

Перед выпиской сохранялся сдвиг лейкоцитарной формулы влево, отмечалась боль в правой подвздошной области. Однако, должной оценки эти проявления не получили и больная была выписана домой. Пункция серомы проводилась еще четыре раза, температура тела оставалась повышенной, сохранялась боль в правой подвздошной области, что врач объяснял воспалением придатков матки и рекомендовал обратиться к гинекологу. Через 52 дня после грыжесечения боли в правой подвздошной области стали нетерпимыми и больная машиной скорой медицинской помощи доставлена в клинику. При УЗИ выявлено жидкостное образование в правой подвздошной области размером 51х35 мм. Доступом Волковича вскрыт аппендикулярный абсцесс - выделилось 30 мл густого зловонного гноя. Выздоровление. Рекомендовано при появлении болевых ощущений в правой подвздошной области обращаться к хирургу. Судя по течению послеоперационного периода, у данной больной острый аппендицит развился через несколько суток после грыжесечения.

У одной больной, через двое суток после лапароскопии и осмотра неизмененного ЧО, повысилась температура тела. На пятые сутки после лапароскопии был диагностирован плотный аппендикулярный инфильтрат.

Женщина 81 года прооперирована через 5 суток от начала заболевания по поводу деструктивного холецистита традиционным способом. На 8 сутки температура тела повысилась до 37,8°С. Причина повышения температуры была не ясна. Проводилась рентгенография легких, УЗИ брюшной полости. Послеоперационный рубец был без особенностей. Во время еженедельного обхода профессора при тщательной пальпации в правой подвздошной области был выявлен участок болезненности, при поворотах на бок больная в этом месте ощущала боль. Заподозрен аппендицит. От предложенной диагностической лапароскопии больная отказалась. В последующие дни пальпировалось плотное умеренно болезненное образование, постепенно температура тела нормализовалась. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Обращает на себя внимание тот факт, что во всех трех случаях диагноз аппендицита не был поставлен своевременно. Это свидетельствует о неготовности хирургов считать развитие аппендицита в раннем послеоперационном периоде вполне вероятным и объяснимым с позиций адаптационной теории.

Таким образом, развитие острого аппендицита в послеоперационном периоде не следует рассматривать как казуистику, а считать его возникновение как возможную закономерность, соответствующую адаптационной теории патогенеза.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Хомиджонов И.Б., Усманов С.Б.

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

ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Проблема тромбозов глубоких вен продолжает быть актуальной в связи со сложностью диагностики и достаточно высокой летальностью. В США ежегодно выявляется около 2,5 млн. случаев острого венозного тромбоза. У 700 тыс. лиц он осложняется легочной эмболией, что составляет 28%!

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК).

Материалы и методы исследования. В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП за истекший период находилось на лечении 980 больных с ТГВНК. У 499 (50,9%) пациентов отмечен илиофеморальный флеботромбоз, у 481 (49,1%) - тромбоз глубоких вен бедра и голени. 147 (15%) больным ранее были выполнены следующие виды операций: на матке и придатках - у 85, остеосинтез костей нижних конечностей - у 34, на органах брюшной полости - у 22, вскрытие гнойных процессов различных локализаций - у 6 пациентов. Средний возраст пациентов с тромбозом подвздошно-бедренного сегмента составил 45,2 лет, с тромбозом глубоких вен бедра и голени - 41,6 лет. Причинами ТГВНК, в большинстве случаев, явились повышенное тромбообразование, гиподинамия в послеоперационном периоде, варикозная болезнь, беременность и роды, перелом костей нижних конечностей (экстравазальное

поражение сосудов) и воспалительные процессы малого таза.

В приемно-диагностическом отделении после физикального обследования больного проводилось УЗИ брюшной полости, малого таза и сосудов, посредством которого определяли локализацию, протяженность и эмбологенность тромба. Выполнялись ЭКГ, ЭхоКГ, осмотр кардиолога и гинеколога, определялась коагулограмма.

У больных с пристеночным характером тромбоза и сохранением оттока крови по другим венам клиническая картина была скудной. Тщательно собранный анамнез, оценка факторов риска и инструментальные методы исследований позволили выявить ТГВНК в начальных стадиях и провести соответствующее лечение. В стационаре больным ежедневно измерялся диаметр пораженной конечности на всех уровнях, оценивались симптомы Хоманса и Мозеса, чувствительность и объем движений, динамическое ультразвуковое исследование, ЭКГ. Всем больным назначался строгий постельный режим в течение 7-10 дней, возвышенное положение и эластическое бинтование конечности, прямые антикоагулянты (клексан, фраксипарин) в сочетании с непрямыми антикоагулянтами (варфарин). При выявлении эмбологенных тромбов общей бедренной и наружной подвздошной вен выполняли тромбэктомию с последующей антикоагулянтной терапией, клиппирование нижней полой вены, при тромбозе глубоких вен голени - пликацию или перевязку бедренной вены.

Эпизоды тромбоэмболии легочных артерий отмечены у 52 (5,3%) больных с ТГВНК. Патогенетическая терапия при эмболии мелких ветвей легочной артерии заключалась в струйном внутривенном введении гепаринов для подавления роста и рассасывания тромбов, предупреждения тромбообразования и повторных эпизодов ТЭЛА, симптоматическая терапия, при массивной эмболии проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой. Умерло 19 (1,9%) больных. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Таким образом, ранняя диагностика ТГВНК с использованием ультразвуковых и лабораторных методов, применение высоких доз антикоагулянтов и тромболитиков в ранние сроки, а также оперативные вмешательства при эмбологенных тромбах позволяют уменьшить число тромбоэмболических осложнений и улучшить результаты лечения.

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.

МБУЗ г.Новосибирска ГКБ N 1
Кафедра обеспечения служебно-боевой деятельности Новосибирского военного института внутренних войск МВД России им. генерал-майора А.Н. Яковлева
г.Новосибирск, Россия

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ИСХОДАХ ОСТРОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА ГУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Основной причиной тяжелых и нередко фатальных осложнений метаболического синдрома (МС) являются острые нарушения артериального кровоснабжения миокарда или головного мозга (инфаркт миокарда, инсульт). Значительно меньше внимания уделяется острым нарушениям венозного кровообращения нижних конечностей у лиц с наличием МС. Распространенность острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей (ОТГВНК) по данным Савельева В.С. в России составляет 2 на 1000 населения в год. В большинстве случаев причина возникновения острого нарушения кровотока по глубоким венам нижних конечностей остается неизвестной; в этих случаях говорят об «идеопатическом остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей» (ОИТГВНК).

Наиболее опасным (и зачастую фатальным) ранним осложнением ОТГВНК является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Исходом же перенесенного ОТГВНК является развитие посттромбофлибитического синдрома (ПТФС) различной степени. Имеющиеся литературные данные противоречивы в отношении частоты развития ПТФС, зарубежные исследователи говорят о развитии ПТФС у 30-40% пациентов с ОТГВНК, в отечественной литературе подобные данные практически не встречаются.

Цель исследования. Изучить роль метаболических нарушений в исходах острого идеопатического тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ОИТГВНК).

Материалы и метода исследования. В исследуемую группу вошли 80 пациентов средний возраст больных 48,3±1,5 лет (38 мужчин и 42 женщины) последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке. Диагноз ОИТГВНК устанавливали клинически и подтверждали с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Всем больным, в период госпитализации, проводилось общеклинические, биохимические и инструментальные исследования в ходе которых подтверждался идеопатический характер тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Метаболические нарушения исследовались согласно международно принятым критериям метаболического синдрома и включало измерение артериального давления (АД), антропометрию, определение ряда биохимических параметров. Лабораторные исследования включали определение содержания общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови, холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛВП) и низкой плотности (ХС ЛНП); определение концентрации глюкозы в плазме крови.

Большинство пациентов - 59 человек (73,7%) - получали консервативную терапию. Проводимое им лечение заключалось в назначении инъекций гепарина подкожно в суточной дозе 450 Ед на 1 кг массы тела; детралекса (1000 мг х 2 раза в сутки), трентала (суточная доза 400 мг; в начале внутривенно, с дальнейшем переходом на пероральный прием); эластичной компрессии нижних конечностей. Лабораторным критерием эффективности гепаринотерапии являлось увеличение АПТ 1,5-2,0 раза от исходного. Начиная с пятых суток от начала гепаринотерапии, после исследования содержания С-пептида и при наличии его концентрации более 0,7 Ед назначали прием варфарина в дозе 5 мг в сутки. На 3 сутки лечения Варфарином исследовали МНО, регулируя дозу препарата таким образом, чтобы МНО составляло 2-3. Средняя продолжительность базовой гепаринотерапии составляла 7 суток. По достижении клинического эффекта (купирования болей и отека) больных выписывали на амбулаторное лечение, рекомендуя им продолжить прием варфарина в течении 6 месяцев под контролем МНО 2 раза в месяц.

Оперированы 21 пациент (26,3%) с ОИТГВНК с наличием флотирующего тромба в общей бедренной вене. Оперативное лечение сочеталось с медикаментозной терапией указанных продолжительности, объема и качеств.

Все пациенты обследованы через 1 год с целью оценки исходов ОИТГВНК.

Результаты исследования и их обсуждение. Летальных исходов среди пациентов перенесенным ОИТГВНК не было. Все пациенты принимали варфарин в течении 6 месяцев. Специальной липолитической терапии не получали.

МС через 1 год у пациентов с ОИТГВНК выявлены у 41,3% пациентов, согласно критериям Всероссийского общества кардиологов (ВНОК), и 53,8% согласно критериям International Diabetic Federation (IDF).

8 пациентов (10%) за время наблюдения был рецидив ОИТГВНК.

10 пациентов (12,5%) развился ПТФС в различной степени.

62 пациенты (77,5%) с полной реканализацией венозного русла нижних конечностей.

Интересным представляется тот факт, что ПТФС или рецидив ОИТГВНК развился у пациентов имеющие МС.

Выводы.

1. МС выявлен у всех пациентов с рецидивов ОИТГВНК или ПТФС, что может быть одним из патогенетических факторов развития как ПТФС так и рецидива ОИТГВНК.

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.

МБУЗ г.Новосибирска ГКБ N 1
Кафедра обеспечения служебно-боевой деятельности Новосибирского военного института внутренних войск МВД России им. генерал-майора А.Н. Яковлева
г.Новосибирск, Россия

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИДЕОПАТИЧЕСКИМ ТРОМБОЗОМ ГЛКБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей является опасным заболеванием, встречающимся в практике врачей различных специальностей. Наиболее часто он встречается у

больных, иммобилизованных в силу тех или иных обстоятельств (выпадение функции «мышечной помпы» нижних конечностей); пациентов со злокачественными опухолями, больных; перенесших ортопедические операции; пациенток регулярно принимающих оральные контрацептивы, больных с разного рода тромбофилиями, в том числе - генетически обусловленными. Однако, в большинстве случаев причина возникновения острого нарушения кровотока по глубоким венам нижних конечностей остается неизвестной; в этих случаях говорят об «идеопатическом остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей» (ИОТГВНК).

Вне зависимости от причины возникновения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей он может сопровождаться осложнениями, непосредственно угрожающими жизни больных (тромбоэмболия легочной артерии - ТЭЛА), либо ведущими к их инвалидизации или ограничению работоспособности (хроническая венозная недостаточность нижних конечностей; хроническая легочная гипертензия после перенесенной ТЭЛА).

По данным Савельева В.С. и соавт. в России распространенность ИОТГВНК составляет 2 на 1000 населения в год. Высокая летальность от ТЭЛА, как результат ИОТГВНК; инвалидизация большой группы пациентов, позволяет отнести данную патологию в разряд актуальных в современной медицине. Проводя анализ литературных источников о проблеме метаболических нарушений и связанный с ним ОИТГВНК, в отечественной литературе мы не обнаружили каких-либо публикаций отражающих эту связь. В зарубежной литературе встречаются лишь единичные исследование носящие противоречивые выводы в отношении связи метаболических нарушений и ОИТГВНК.

Цель исследования. Изучить метаболических нарушений у пациентов с ОИТГВНК.

Материалы и метода исследования. В исследуемую группу вошли 80 пациентов средний возраст больных 48,3±1,5 лет (38 мужчин и 42 женщины) последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке. Диагноз ОИТГВНК устанавливали клинически и подтверждали с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Всем больным, в период госпитализации, проводилось общеклинические, биохимические и инструментальные исследования в ходе которых подтверждался идеопатический характер тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Группой сопоставления популяционная выборка жителей двух административных районов г. Новосибирска, типичных как для Новосибирска, так и других крупных промышленных городов Сибири. Выборка была сформирована на основе избирательных списков с использованием таблиц случайных чисел. Общий объем выборки из генеральной совокупности определен протоколом проекта HAPIEE. С 2003 по 2006 гг. проведено обследование 9397 мужчин и женщин в указанном возрасте. Отклик составил около 70%. Протокол получил одобрение локального этического комитета. Всеми обследуемыми предварительно подписано информированное согласие на участие в исследовании. Для сравнительного анализа сформирована группа 1589 человек (680 мужчин, 909 женщин), средний возраст 47,9±0,03 лет.

Метаболические нарушения исследовались согласно международно принятым критериям метаболического синдрома ВНОК и IDF и включало измерение артериального давления (АД), антропометрию, определение ряда биохимических параметров. Лабораторные исследования включали определение содержания общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови, холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛВП) и низкой плотности (ХС ЛНП); определение концентрации глюкозы в плазме крови. Так же всем пациентам проводилось комплексное исследование показателе периферического гемостаза: протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген (ФГ), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) в периферической венозной крови.

Результаты исследования и их обсуждение. В рассмотренных параметрах периферического гемостаза лабораторных отклонений от нормы не выявлено.

Наиболее чаще из параметров метаболического синдрома наблюдается высокий уровень триглицеридов (ТГ) и артериальной гипертензии в сравнении с общей популяцией.

Так у 70,1% у мужчин и 80,6% женщин в основной группе исследования был высокий уровень ТГ (более 1,7 ммоль/л), в общей популяции 26,1% и 20,1%. Ведущий антропометрический критерий метаболического синдрома - окружность талии, по критериям ВНОК и IDF составил у мужчин 43,2%, у - женщин 58,3%. Нарушение углеводного обмена согласно критериям IDF выявлено в 11,4% у мужчин и 25,0% у женщин, по критериям ВНОК в 0 и 2,8%

соответственно.

Выводы.

1. В ходе исследования изучены метаболические нарушение у лиц с ОИТГВН и в общей популяции.

2. Выявлена выраженная дислипидемия в виде гиперлипидемии у лиц с ОИТГВНК чем в общей популяции.

3. Показатели углеводного обмена напротив в группе с ОИТГВН были лучше чем в группе сравнения.

Уткин Е.В., Кордубайлова Н.И., Хасанова И.Г.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского
ГКБ N 2
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЯИЧНИКОВОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) продолжают занимать лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, создавая тем самым основные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире. Именно эта патология является наиболее частой причиной трубно-перитонеального бесплодия. Помимо этого, хронические сальпингоофориты зачастую сопровождаются выраженным склерозом тканей, с нарушением питания яичникового фолликулярного аппарата, тогда как адекватное кровоснабжение яичника очень важно для его нормального функционирования.

С учетом вышеизложенного, целью настоящей работы явилась оценка кровотока в яичниковых артериях после различных форм ВЗОМТ.

Для достижения поставленной цели было проведено обследование 60 женщин, перенесших ВЗОМТ, в возрасте от 19 до 32 лет, средний возраст составил - 24,8±0,5 лет (95% ДИ 23,7-25,8 лет). Следует отметить, что 32 женщины перенесли эпизод обострения хронического воспалительного процесса (они составили 1-ю клиническую группу) и 28 - пациенток после первого эпизода острого сальпингоофорита (они составили 2-ю клиническую группу). Особенность кровотока в яичниковых артериях оценивались при проведении допплерографического исследования на основании оценки индексов периферического сосудистого сопротивления - индекса резистентности (IR) и пульсационного индекса (PI), а также измерения максимальной артериальной скорости (МАС). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA for Windows серия 6,0. Данные представлены как M±m. Статистически значимыми считали различия соответствующие $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Показатели индекса резистентности, определяемые после перенесенного первого эпизода острого процесса, оказались статистически значимо (p=0,007) выше, чем после обострения хронического и составили - 0,66±0,04 (95% ДИ 0,58-0,74); тогда как после эпизода обострения сальпингоофорита средние значения IR соответствовали - 0,55±0,02 (95% ДИ 0,50-0,59).

Пульсационный индекс после острого воспалительного процесса придатков матки составил - 1,02±0,05 (95% ДИ 0,91-1,13), а после обострения хронического процесса - 0,94±0,1 (95% ДИ 0,74-1,15), однако разница указанных показателей не имела статистически значимой разницы (p=0,54).

Максимальная артериальная скорость (МАС) в яичниковых артериях оказалась ниже, чем в норме и восстанавливалась лишь к 30-м суткам после проведенного стационарного лечения, однако статистически значимых различий после острого, либо обострения хронического сальпингоофоритов, не имела (p=0,636). После острого процесса МАС составила - 11,34±0,92 см/с (95% ДИ 9,43-13,24), а после обострения хронического процесса - 10,24±0,69 см/с (95% ДИ 8,81-11,66).

Неполноценная репарация тканей после перенесенного острого или обострения хронического ВЗОМТ на фоне недостаточного кровообращения является причиной структурной

деструкции органов и может привести к массовой гибели фолликулярного аппарата, а это, в свою очередь, явиться одной из причин уменьшения овариального резерва. Длительное восстановление скорости кровотока в яичниковых артериях и уменьшение периферического сопротивления после перенесенного ВЗОМТ, диктует необходимость в проведении реабилитационных мероприятий после завершения стационарного лечения, способствующих улучшению процессов микроциркуляции (трентал или курантил в течение 2-3 недель).

Филатов В.В.
Больница скорой медицинской помощи N 1
"Омская государственная медицинская академия"
г.Омск, Россия

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА И АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Цель исследования. Попытаться уменьшить частоту ранних послеоперационных осложнений у пациентов гастрохирургического профиля путем ограничения интенсивности процессов свободно-радикального окисления и уменьшения проявлений послеоперационного гипоэргоза.

Обследовано и пролечено 74 пациента в возрасте от 24 до 67 лет, прооперированных по поводу осложненного течения язвенной болезни. Большинство операций носило травматичный и органоуносящий характер - резекция 2/3-3/4 желудка с заведением за место ушивания анастомоза зонда для раннего энтерального питания. В зависимости от характера интенсивной терапии больные были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. Пациенты основной группы (n=35) наряду со стандартной инфузионно-трансфузионной терапией получали в раннем послеоперационном периоде антиоксидант гипоксен и нутритивную поддержку сбалансированными питательными смесями, а пациенты группы сравнения (n=39) лечились по стандартной схеме.

Предоперационный стресс, который обычно переносят больные накануне операции (кровопотеря, циркуляторная гипоксия, нарушение кровоснабжения заинтересованных в адекватном субстратном и энергетическом обеспечении внутренних органов), усугубляется психоэмоциональным стрессом от операции и непосредственно самой операционной травмой. Критическими считаются первые 3-5 суток послеоперационного периода. В первые сутки после операции организм переживает напряжение в работе всех органов и систем. Со стороны сердечнососудистой системы отмечается тенденция к значительным колебаниям артериального давления, тахикардии. Как правило, у пациентов пожилого возраста отмечается склонность к появлению экстрасистол, а также переход в трепетание и мерцание предсердий. Повышение уровня сахара крови в первые сутки после операции свидетельствует об активации симпатоадреналовой системы.

В раннем послеоперационном периоде лечение было направлено на восполнение водных секторов, стабилизацию гемодинамических показателей, профилактику болевого синдрома. При восстановлении удовлетворительной микроциркуляции, почасового диуреза, начиная со вторых суток, подключали антиоксидантную терапию и нутритивную поддержку в возрастающих значениях калоража, используя для этого заведенный энтерально зонд. Оценивали общеклинические, гематологические и биохимические параметры.

На фоне проводимой терапии отмечалась стабилизация гемодинамических параметров. Нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника, появление перистальтических шумов, «опадение» живота в группе с нутритивной поддержкой происходило на одни-двое суток раньше, чем у пациентов группы сравнения. У пациентов основной группы выявлялось статистически значимое более низкое содержание в сыворотке крови креатинина, мочевины и билирубина. Уровень аспартат- и аланинаминотрансферазы нормализовался уже к 3-м суткам, а в группе сравнения только через 5 суток после операции.

Таким образом, включение в схему лечения антиоксиданта гипоксена и нутритивной поддержки с ранних сроков после операции защищает внутренние органы от факторов агрессии

(кровопотеря, гиповолемия, болевой синдром), нормализует моторно-эвакуаторную функцию кишечника, предупреждает развитие послеоперационных осложнений - не возникают осложнения, которые бы утяжелили общее состояние больных или увеличивали бы время их пребывания в отделении реанимации.

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.

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

ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБА ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИГОКАРМИНА И ВИДЕОЭНДОСКОПА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕБОЛЬШИХ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель исследования. Провести сравнительную оценку способов панхромоколоноскопии для выявления небольших неоплазий слизистой оболочки толстой кишки (контролируя количество красителя и продолжительность исследования).

Материалы и методы исследования. В проспективное клиническое исследование включено 86 пациентов, проходивших обследование в эндоскопическом отделении за 2011 год, 44 (14 мужчин и 30 женщин) - в основную группу с разработанным способом панхромоколоноскопии (Патент РФ N 2427311 от 27.08.2011 г. «Способ панхромоэндоскопии слизистой оболочки толстой кишки»), при котором краситель вводят через силиконовую трубку, фиксированную на внешней оболочке эндоскопа при помощи одноразовой съемной резиновой манжеты, а 42 (12 мужчин и 30 женщин) - в контрольную группу со стандартной хромоколоноскопией. Исследование проводили эндоскопом CF-V70L («Olympus», Япония) без анестезиологического пособия. При проведении исследования регистрировали тип, размер, анатомическое расположение и морфологическое строение неоплазий.

Результаты исследования. Средний возраст был 51,2±1,6 года в основной группе и 54,2±1,7 лет - в контрольной. Среднее время исследования - 27,2±1,6 минуты в основной группе и 34,6±1,4 - в контрольной, при этом отмечено значимое снижение затраченного времени в основной группе. Среднее количество индигокармина в основной группе было 44,6±1,8 мл, а в контрольной - 57,3±2,0 мл, достоверно меньше в основной группе (примерно на 25%). Всего было обнаружено 140 неоплазий у 86 пациентов, 79 в основной и 61 в контрольной группе. Большинство неоплазий располагались в левых отделах толстой кишки. Размеры неоплазий в основной группе колебались от 1 до 60 мм (средний диаметр 5,9±0,8 мм, средняя высота 2,0±0,3 мм), а в контрольной - от 1 до 9 мм (средний диаметр 4,09±0,2 мм, средняя высота 1,8±0,2 мм), при чем более половины - это неоплазии до 5 мм в диаметре, слегка возвышающиеся над слизистой оболочкой (IIa тип), а плоские неоплазии (IIb тип) встречались только в основной группе в 7,5%. Во время проведения исследования были удалены различными способами 32 (40,5%) неоплазии у 11 пациентов, достоверно чаще в основной группе, и 15 (24,6%) у 6 пациентов - в контрольной группе. Гистологический анализ: 56 (70,9%) аденом у 21 пациента основной группы, 47 (77%) аденом у 19 - контрольной; 21 (26,6%) ненеопластических образований у 7 пациентов основной группы и 8(13,1%) у 4 - контрольной.

Выводы.

Проведенный анализ всех выявленных при панхромоскопии толстой кишки неоплазий показал высокую встречаемость (более 50%) небольших новообразований до 5 мм, а при патогистологическом исследовании более 70% составили аденомы. Авторский способ панхромоскопии толстой кишки позволяет на четверть снизить среднее время исследования и количество раствора индигокармина (сокращение времени исследования на 7,4 минуты и количества красителя на 13 мл).

С помощью разработанного авторского способа панхромоскопии толстой кишки удалось с меньшими трудозатратами выполнить большее количество манипуляций (полипэктомии, биопсии) при выполнении колоноскопии.

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НОВЫЙ СПОСОБ ПАНХРОМОСКОПИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЛЯ РАННЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель исследования. Провести сравнительную оценку способов панхромоскопии для выявления неоплазий слизистой оболочки толстой кишки.

Материалы и методы исследования. В проспективное клиническое исследование вошли 86 пациентов (26 мужчин и 60 женщин), проходивших лечение и обследование в эндоскопическом отделении ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» г.Ленинска-Кузнецкого Кемеровской области в 2011 году. Исследуемая когорта состояла из пациентов со средним риском по КРР, возрастом старше 25 лет, впервые подвергнувшихся тотальной колоноскопии. Подготовка кишечника проводилась путем лаважа. Качество подготовки кишечника во время исследования как высокое - около 100% визуализации слизистой оболочки при отсутствии или после аспирации остатка жидкости, среднее - более 90%, низкое - менее 90%. По способу колоноскопии сформированы 2 группы. Выявленные образования подвергали биопсии или удаляли путем «горячей» биопсии, петлевой полипэктомии и резекции слизистой оболочки.

Результаты исследования. Из 86 пациентов, включенных в исследование, 44 (14 мужчин и 30 женщин) вошли в основную группу с авторским способом панхромоколоноскопии (Патент РФ N 2427311 от 27.08.2011 г. «Способ панхромоэндоскопии слизистой оболочки толстой кишки»), а 42 (12 мужчин и 30 женщин) - в контрольную группу с стандартной хромоколоноскопией. Средний возраст был 51,2±1,6 года в основной группе и 54,2±1,7 лет - в контрольной. Качество подготовки кишечника было отличным у 18 и хорошим у 26 пациентов основной группы, а в контрольной группе у 17 и 25 пациентов соответственно. Среднее время проведения исследования составило 27,2±1,6 минуты (15-53 минуты) в основной группе и 34,6±1,4 минут (14-60 минут) в контрольной ($p<0,05$). Среднее количество использованного индигокармина в основной группе было 44,6±1,8 мл (30-60 мл), а в контрольной - 57,3±2,0 мл (30-90 мл). Всего было обнаружено 140 неоплазий у 86 пациентов, 79 в основной группе и 61 в контрольной группе. Во время проведения исследования были удалены различными способами 32 (40,5%) неоплазии у 11 пациентов, достоверно чаще в основной группе, и 15 (24,6%) у 6 пациентов - в контрольной группе ($p<0,05$). Патогистологическая оценка: 56 (70,9%) аденом у 21 пациента основной группы, 47 (77%) аденом у 19 пациентов контрольной группы; 21 (26,6%) ненеопластических образований у 7 пациентов основной группы и 8 (13,1%) у 4 пациентов контрольной группы. Такие показатели, как количество неоплазий на 1 пациента, количество аденом на 1 пациента и количество ненеопластических образований на 1 пациента в основной и контрольной группе существенно не различались (1,8, 1,3, 0,5 и 1,5, 1,1, 0,2 соответственно) ($p>0,05$).

Таким образом, разработанный авторский способ панхромоскопии толстой кишки позволяет на четверть снизить среднее время исследования и количество контрастного препарата и с меньшими трудозатратами выполнить большее количество манипуляций (полипэктомии, биопсии) при выполнении колоноскопии.

Череватенко К.В., Нимаев В.В., Любарский М.С.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» СО РАМН г.Новосибирск
МБУЗ «Городская больница N 1»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ ИНЪЕКЦИЙ

По данным литературы сохраняется рост проникающих ранений грудной клетки, достигая до 52,5% всех травм груди. В общей структуре политравмы повреждения грудной клетки составляют до 25%.

Среди всех инфекционных осложнений, развивающихся у хирургических пациентов, на долю инфекции в области хирургического вмешательства приходиться порядка 40%, две трети из которых связаны с областью операционного разреза и одна треть затрагивает орган или полость. В структуре послеоперационной летальности инфекции в области хирургического вмешательства составляют около 75% всех случаев.

В последнее время все большее внимание привлекают методы воздействия на лимфатическую систему организма, в основе которых лежит способ ее лекарственного насыщения. Воздействуя на лимфатическую систему прямым или опосредованным способом, стимулируя ее дренажно-детоксикационную функцию, создается возможность патогенетически воздействовать на воспалительный процесс в целом.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений при торакальных ранениях с использованием методов лимфотропной терапии.

С января 2010 года на базе хирургического отделения МБУЗ ГБ N 1 (г. Ленинск-Кузнецкий) проводится клиническое исследование по применению подкожных лимфостимулирующих инъекций в профилактике гнойно-воспалительных осложнений при торакальных ранениях. В настоящее время проведен анализ 55 пациентов. Контрольная группа составила 20 пациентов, средняя продолжительность лечения составила 11,1 койко-день (±1,6). Давность травмы в контрольной группе 63 мин (±24,65). Средний возраст пациентов составил 29,8 лет (±8,4).

Применение подкожных лимфостимулирующих инъекций позволяет купировать болевой синдром на 74% быстрее в сравнении с традиционным ведением послеоперационного периода, приводит к нормализации индекса лейкоцитарной интоксикации на 4 сутки. По сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода предлагаемая методика позволяет снизить частоту возникновения посттравматической пневмонии в 6 раз, посттравматического пневмонита - в 1,5 раза и достигнуть сокращения пребывания пациента в стационаре в 1,37 раза ($p<0,05$).

Достигнутые результаты обусловлены лимфотропным применением местного анестетика, антибиотика широкого спектра и глюкокортикоидов и связаны с пролонгированным снижением болевой импульсации из области травмы, противовоспалительным и антибактериальным эффектом.

Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Галятина Е.А., Гаврилов А.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) занимает особое место среди гнойных хирургических инфекций детского возраста, выделяясь тяжестью течения и частотой неблагоприятных исходов и осложнений. Успех лечения острого гематогенного остеомиелита у детей зависит

от ранней диагностики заболевания и оптимального хирургического вмешательства.

Цель исследования. Оценить результаты применяемого хирургического лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у детей.

В отделении детской хирургии нашей клиники с 1994 по 2009 год, пролечено 13 детей с острым гематогенным с эпифизарным остеомиелитом - 13 детей, что составило 22% от всех случав острого гематогенного остеомиелита.

По возрасту, больные с острым эпифизарным остеомиелитом распределились следующим образом: 1 месяц - 4 ребенка (31%), 4 месяца - 2 ребенка (15%), от 12-24 месяцев - 7 детей (54%). Средний возраст пациентов с эпифизарным остеомиелитом составил 9 месяцев. Мальчиков было 8 (61%), девочек 5 (39%). Давность заболевания на момент поступления составляла от 1 до 14 суток, в среднем 3-е суток. В 1 сутки поступили 6 детей, с давностью заболевания 2 дня - 3 ребенка, 3 дня - 2 ребенка, 4 дня 1 ребенок, 14 суток - 1 ребенок. На момент поступления состояние детей, расценивалось как удовлетворительное у 1 (8%) пациента, средней степени тяжести у 9 (69%) пациентов, тяжелой - у 3 пациентов (23%).

На момент поступления у 4 детей (31%) повышения температуры не было, у 5 (38%) температура была субфебрильной, у 4 (31%) детей при поступлении была фебрильная температура. Лейкоцитоз в общем анализе крови, при поступлении, колебался от 10,1 до 29,3x10^9 кл/л, в среднем 17x10^9 кл/л. СОЭ составляла от 2 до 56 мм/ч, в среднем 23 мм/ч.

Местные проявления заключались в нарушении активных движений в прилегающем суставе, пассивные движения вызывали болезненную реакцию. Через 2-3 дня, от момента заболевания, у пациентов определялись пастозность, локальный отек пораженной конечности, сглаженность контура прилегающего сустава. Чаще всего патологический процесс локализовался в бедренной кости в дистальном отделе 8 (61%), в проксимальном ее отделе у 3 (23%) пациентов, и по 1 случаю поражения плечевой и большеберцовой костей. Наличие локальных симптомов воспалительного процесса являлось показание к активной хирургической тактике.

Всем больным активная тактика начиналась с пункции пораженного сустава. При получении гноя проводилось промывание полости сустава раствором антисептика до «чистых вод». Всем пациентам проводили пункцию метафиза прилегающего к суставу, повышенного внутрикостного давления или гноя не было получено.

Потребовалось от 1 до 5 пункций сустава, в среднем 2 пункции. 2 детям, у которых при повторной пункции сохранялся гнойный экссудат, было выполнено дренирование полости сустава пластиковым катетером.

У 3 пациентов была вскрыта флегмона мягких тканей.

При микробиологическом исследовании у 5 (47%) пациентов был высеян золотистый стафилококк, у 1 - стрептококк, у 7 (53%) посев был отрицательный.

В послеоперационном периоде все пациенты получали антибактериальную терапию (антибиотики широкого спектра действия), дезинтоксикационная терапия, физиолечение. Всем больным проводилась иммобилизация.

Длительность стационарного лечения была от 11 до 34 суток, в среднем 19 (±6) дней. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с полным объемом движений в суставах и отсутствие деформации.

Таким образом, у детей в возрасте до 1,5-2 лет острый гематогенный остеомиелит протекает в эпифизарной форме с преобладающим поражением суставов, в связи, с чем в основе хирургической тактики лежит пункционный метод, который позволяет добиться удовлетворительных результатов.

Шляпников М.Е., Калюжная Н.С., Зайцева Е.О., Алымова Н.В.
ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет"
ММБУ ГКБ N 3
ММБУ ГКБ N 2 им. Н.А. Семашко
г.Самара, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТА У ПАЦИЕНТОК С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО 2 ТРИМЕСТРЕ

Микотическая инфекция у беременных, представленная в подавляющем числе наблюдений

кандидозом слизистой оболочки влагалища, прочно занимает лидирующую позицию в структуре специфических инфекций репродуктивных органов в период гестации.

Цель исследования. Оптимизация терапии беременных с угрозой прерывания и клинической манифестации кандидоза влагалища. Для реализации намеченной цели, перед исследованием были поставлены следующие задачи: изучить клинико-анамнестические особенности беременных с угрозой прерывания и кандидозным кольпитом, оценить эффективность местного применения у беременных во 2 триместре суппозиториев, действующим началом которых является кетоконазол.

Материалом для настоящего исследования послужила группа беременных с угрозой прерывания в сочетании с кандидозным кольпитом (66 наблюдений), которым после клинико-лабораторной верификации диагноза назначали вагинальные суппозитории, содержащие 0,4 кетоконазола. Режим применения - по 1 суппозиторию интравагинально на ночь ежедневно, на курс - 5 дней. Анализируя полученные результаты исследования, следует отметить, что клиническая манифестация микотического кольпита у пациенток с угрозой прерывания беременности во втором триместре приходится на сроки с 16 по 18 недели (36,4%) и 22-24 недели гестации (30,3%).

При изучении паритета выявлено, что первобеременные составили - 51,5%, повторнобеременные - 48,5%, причем - 2-я беременность - 22,7%, 3-я беременность - 21,2%, 4, 5 и 6 - соответственно по 1,5%, 1 роды в анамнезе - 24,2%, 1 аборт в анамнезе - 18,2% и замершая беременность в анамнезе - 15,15% случаев. Анализ гинекологической патологии показал, что наиболее часто указывалось в анамнезе на ИППП - 45,45%, эрозию шейки матки - 24,2%, оперативные вмешательства на внутренних гениталиях - 18,2%, хронический аднексит - 16,6%, гиперандогению (прием дексаметазона) - 12,1%, НОМЦ - 10,6%, бактериальный вагиноз - 4,5% и миому матки - 3% случаев. Из экстрагенитальной патологии лидировали НЦД - 21,2%, хронический пиэлонефрит - 15,15%, хронический тонзиллит - 9,1%, тромбофилии - 4,5%, ДЖВП - 4,5%, ДУЩЖ - 4,5%, хронический гастрит и варикозная болезнь - по 3% случаев. Период гестации в изученной группе осложнился анемией беременных - 30,3%, низкой плацентацией - 21,2%, ИЦН - 13,6%, ХПН - 10,6% и гестационным пиэлонефритом - 9,1% случаев. Следует отметить, что при микроскопии вагинальных мазков у беременных во 2 триместре выявлено, что количество лейкоцитов до 10 в п/з составило 34,8%, 10-20 в п/з - 27,3% и более 20 в п/з - 37,95% случаев, при том, что эпителий в количестве до 10 в п/з обнаружен в 97%, 10-20 в п/з - 3%, а более 20 в п/з - 0% случаев. Мицелирование грибка зафиксировано в 81,8%, рост на среде Сабуро - 18,2% , причем C.alb. верифицирована в 91,7%, «non alb.» - 8,3% случаев.

В результате лечения количество лейкоцитов в мазках значительно снизилось до 10 в п/з - 83,3%, 10-20 в п/з - 10,6%, более 20 в п/з - 6,1% случаев. Эпителиальные клетки после терапии оставались в пределе до 10 в п/з у 100% наблюдаемых. Бактериоскопически мицелий грибка выявлен в 7,6% случаев.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать выводы о том, что пациентки с угрозой прерывания беременности на фоне кандидозного кольпита во 2 триместре беременности характеризуются высоким инфекционным индексом анамнеза (перенесенные ИППП, замершие беременности, хронический пиэлонефрит, хроничекий тонзиллит) в сочетании с гестационными осложнениями - анемия беременных и низкая плацентация. Локальная терапия кетоконазолом является весьма эффективным методом лечения микотического кольпита у пациенток с угрозой прерывания беременности во 2 триместре.

Юровская Г.И., Челышева Г.М.

МБУЗ Центральная городская больница Калтанский ГО, г. Калтан
Кафедра микробиологии ГОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВа
г.Новокузнецк, Россия

МИКРОФЛОРА ВАГИНАЛЬНОГО СЕКРЕТА РАЗЛИЧНОГО КОНТИНГЕНТА ЖЕНЩИН

Бактериальный вагиноз является одним из наиболее распространенных заболеваний половых органов женщин, преимущественно репродуктивного возраста. В ряде отечественных и зарубежных работ было показано, что частота обнаружения бактериального вагиноза во многом

зависит от контингентов обследуемых женщин. Кроме того, в последние десятилетия этиология неспецифических вульвовагинитов претерпела значительную трансформацию.

Цель исследования. Изучение и сравнение вагинальной экосистемы здоровых женщин (без клинических проявлений и жалоб на день обследования), женщин, страдающих вагинальными неспецифическими инфекциями и беременных.

Исследования проводились на базе МБУЗ ЦГБ Калтанского ГО. За период 2009-2011 гг. были обследованы 550 женщин в возрасте от 15 до 67 лет (средний возраст составил 41,6±1,2 года), из них: стационарные и амбулаторные больные с различными воспалительными заболеваниями женских половых органов (327 чел.), беременные (124 чел.), а также здоровые женщины, не предъявляющие жалоб на день исследования (49 чел.). Посев мазков вагинального секрета осуществляли согласно приказу Минздрава СССР от 22.04.1985 N 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях ЛПУ».

За исследуемый период было выделено 1247 штаммов, из которых палочковидные бактерии составили 71%, кокковые формы - 29% с преобладанием в общей микрофлоре грамположительных (78%) и анаэробных микроорганизмов (62%). Анализ структуры микробного пейзажа отделяемого половых органов показал, что Lactobacillus spp. выделялись в среднем в 26% случаев; Staphylococcus spp. - 23,5%; сем. Enterobacteriaeceae - 14,5%; Gard. vaginalis - 13%; Mobiluncus - 9%; Streptococcus spp.- 6%; Enterococcus spp. - 4%; Candida spp. - 3%; Pseud. aeruginosa - 0,9%. При вагинозах во всех возрастных группах, шло резкое снижение доли Lactobacillus spp. (до 2%) и увеличение находок Gard.vaginalis (до 18%); а также замещение нормальной микрофлоры влагалища факультативно-анаэробными микроорганизмами: Staphylococcus spp. (до 36%); сем. Enterobacteriaeceae (до 20%); Streptococcus spp. (до 10%) и Candida spp. (до 7%). У большинства здоровых женщин (73%) микроэкология половых путей по составу существенно отличалась от таковой женщин с воспалительными процессами половой сферы. Ведущее место (до 68% случаев) занимали Lactobacillus spp.; удельный вес Staphylococcus spp. составил не более 12%; сем. Enterobacteriaeceae - 4%; Gard.vaginalis - 4%; Streptococcus spp.- 7%; Candida spp. - 4%. В 27% случаев у здоровых женщин наблюдалось сходство структуры микрофлоры вагинального секрета с микробным пейзажем при вагинальных инфекциях (т.е. нарушение микробиоценоза), что могло свидетельствовать о бессимптомном бактерионосительстве, предшествующим клиническим проявлениям вагинальных инфекций. Во влагалище здоровых женщин репродуктивного возраста допустимы многие условно-патогенные микроорганизмы в определенном количестве, поэтому установление их этиологической роли при выделении требует дополнительного количественного определения. Это необходимо для дальнейшего правильного лечения и коррекции нормобиоценоза влагалища. У беременных шло значительное нарастание Lactobacillus spp. (до 82%), приводящее, в свою очередь, к исчезновению патогенных микроорганизмов под действием их антибиотических свойств, что обусловливает при родах устойчивость ребенка к патогенной микрофлоре внешней среды.

Таким образом, на основании бактериологических исследований неспецифические вульвовагиниты были выявлены у 61,8% женщин детородного возраста, что характеризовалось, с одной стороны, резким снижением количества лактобактерий, с другой стороны, увеличением количества условно-патогенной микрофлоры (энтеробактерий, грибов, гемолитических стафилококков и др.).

Якименко К.Г., Завьялов А.Е., Лещишин И.Я.
"Алтайский государственный медицинский университет"
г.Барнаул, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ТОЩЕЙ КИШКИ, АТРЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ, ЦМВ ИНФЕКЦИЕЙ

Новорожденный Н. в возрасте 1-х суток поступил в экстренном порядке в ДХО городской больницы N 7 с клиническими симптомами характеризующимися вздутием живота, рвотой после кормления. Отсутствие стула с рождения.

Пренатально была диагностирована опухоль брюшной полости. После первой попытки кормления ребенка, определяется обильная рвота желто-зеленого цвета.

Ребенку была произведена лапаротомия, резекция тощей кишки в связи с ее атрезией, ликвидация врожденной тонкокишечной непроходимости с наложением двойной илеостомы.

После ухудшения состояния новорожденного вызванного отсутствием отделяемого кишечного содержимого по илеостоме, было произведено рентгенологическое исследование ЖКТ, обнаружены уровни жидкости в петлях кишечника.

Произведена лапаротомия с рассечением спаек и наложением двойной энтеростомы.

В патогистологическом диагнозе: фрагменты кишки с признаками флегмонозного воспаления, обширными очагами некроза и явлениями ангиоматоза.

В послеоперационном периоде больной неоднократно осматривался консультантами различного профиля и их мнение, возможно, обобщить следующим заключением: состояние после оперативного лечения атрезии тощей кишки с признаками активного гепатита и проявлениями печеночной недостаточности, что может быть обусловлено перенесенной инфекцией. ЦМВИ, репликативная фаза. Нельзя исключить механическую желтуху.

При сочетанной патологии не совместимой с жизнью, несмотря на проведенные оперативные вмешательства с коррекцией всех жизненно важных функций и проведение комплексных методов терапии, к успеху в стабилизации нутритивного статуса больного не привело. В патологаанатомическом диагнозе нашли свое подтверждение аспекты клинического и функционально-лабораторного исследования больного на протяжении всего этапа госпитализации: Атрезия тощей кишки, облитерация желчных протоков, что и является диагнозом не совместимым с жизнью.

Яковлева Н.В.

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

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГИДРОСАЛЬПИНКСАМИ

Актуальность. Поражение маточных труб является основной причиной бесплодия у женщин. Наиболее тяжелой патологией маточных труб является гидросальпинкс, который характеризуется накоплением жидкости в фаллопиевой трубе вследствие дистальной трубной обструкции. Развитие гидросальпинкса может быть следствием воспалительного заболевания органов малого таза, оперативного вмешательства или эндометриоза. Экстракорпоральное оплодотворение является основным способом лечения бесплодия трубного фактора, связанного с гидросальпинксом. Однако многие авторы указывают на пониженные показатели имплантации и беременности у пациенток, проходящих экстракорпоральное оплодотворение при наличии гидросальпинкса. Это связано с тем, что жидкость, которая находится в гидросальпинксе, отрицательно воздействует на эмбриогенез и развитие беременности. Хирургическое лечение больных с гидросальпинксом включают сальпингэктомию, проксимальную трубную окклюзию или неосальпингостомию.

Материалы и методы исследования. С целью определения эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах нами было проведено изучение проходимости маточных труб у 399 пациенток с гидросальпинксами, прооперированных в период с 30 февраля 2000 по 30 ноября 2010 г. Оперативные вмешательства выполняли с помощью эндоскопического оборудования фирмы «K. Storz». Гистеросальпингографию осуществляли на аппарате «PRESTILIX 1600X» в реальном режиме времени с использованием водного раствора урографина по общепринятой методике.

Средний возраст пациенток, страдающих бесплодием, составил 29,82±0,44 лет, длительность заболевания варьировала от 2 до 15 лет (в среднем 5,2±0,34 года). Первичное бесплодие было выявлено у 192 (48,1%) женщин, вторичное - 207 (51,9%). В анамнезе инфекции передаваемые половым путем отмечали 38,1% (152) пациенток, медицинские аборты - 37,5% (150) женщин, роды - 30,1% (120), выкидыши - 12,3% (49),

Результаты исследования. По данным проведенного исследования выявлено, что группа включенных в исследование пациентов представляла популяцию с неблагоприятным прогнозом

из-за следующих характеристик: высокая распространенность предыдущей внематочной беременности и операций на тазе, много пациентов с серологическими доказательствами хламидийной инфекции, наличие крупного гидросальпинкса с адгезиями при операции, наличие у каждой второй пациентки двусторонних тяжелых повреждений маточных труб.

Сальпингонеостомия была проведена 399 пациенткам с использованием лапароскопического доступа. Во время первичной лапароскопии оценивали размер гидросальпинкса, наличие складок на эндосальпинксе и спаек в полости малого таза. Средний размер гидросальпинкса составил 1,9±0,7 см (1,0-4,0 см), а у 75,9% пациентов был выявлен сопутствующий спаечный процесс в полости малого таза. Хотя у 38,1% пациенток был анамнез заболеваний, передающихся половым путем, положительный результат теста на антитела к chlamydia trachomatis выявлен у 62,5%.

Сальпингонеостомия была двухсторонней в 57,4% (229) случаев, односторонней в 42,6% (170). При обнаружении гидросальпинкса с помощью хромопертубации, дистальную сальпингонеостомию выполняли с помощью игольчатого монополяра. Дистальные концы затем выворачивали наизнанку и закрепляли отдельными швами с помощью рассасывающихся нитей 5-0.

Результаты лечения оценивали с помощью послеоперационной гистеросальпинограммы или с помощью вторичной плановой лапароскопии. Эффективность реконструктивно-пластических операций на маточных трубах была оценена у 150 пациенток: у 102 (68%) после проведения двусторонней сальпингонеостомии, у 48 (32%) - после проведения односторонней сальпингонеостомии.

В группе пациенток с двусторонней сальпингонеостомией проходимость обеих маточных труб наблюдалась у 37,3% (38/102), реокклюзия обеих маточных труб выявлена у 25,5% (26/102), реокклюзия одной маточной трубы - у 37,3% (38/102). Показатель повторяемости гидросальпинкса на 1 трубу составил 55,9% (114/204).

В группе пациенток с односторонней сальпингостомией проходимость хотя бы одной трубы наблюдалась у 100%. Проходимость оперированной маточной трубы сохранена у 65,5% (30/48), повторная реокклюзия маточной трубы выявлена у 37,5% (18/48).

Общий показатель беременности после сальпингонеостомии составил 47,3% (71), показатель внутриматочной беременности 26,7% (40), внематочная беременность наступила у 12,6% (19). У каждой второй пациентки выявлена реокклюзия маточных труб, у 26 из 150 пациенток отмечена двухсторонняя непроходимость с повторным гидросальпинксом. Непроходимость маточных труб наблюдалась в 2 раза чаще после реконструктивно-пластических операций при двусторонних гидросальпинксах. Наблюдалась статистически значимая связь между повторяемостью гидросальпинкса и наличием положительного титра chlamydia, данными билатерального гидросальпинкса и повторяемостью гидросальпинкса после операции ($p < 0,05$).

Выводы.

Таким образом, реокклюзия маточных труб в 2 раза чаще наступала у пациенток с двусторонним гидросальпинксом, поэтому сальпингонеостомия наиболее эффективна у больных с односторонним поражением маточных труб. При двусторонних гидросальпинксах, рекокклюзии маточных труб основным методом лечения является сальпингэктомия с последующим экстракорпоральным оплодотворением.

Яковлева Н.В., Ванеева Л.С.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ГЕНЕЗА

Актуальность проблемы. Трубно-перитонеальный фактор занимает ведущее место в структуре бесплодия у женщин. Несмотря на активное внедрение новых медицинских технологий эффективность лечения трубного бесплодия не превышает 21-28%. Это связано с высокой частотой

возникновения послеоперационных спаек и повторной окклюзией маточных труб. Одним из направлений профилактики спайкообразования является использование противоспаечных барьеров во время оперативного вмешательства.

Цель исследования. Изучение эффективности применения противоспаечного барьера «INTERSEED» в комплексном хирургическом лечении женщин с трубной формой бесплодия.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение результатов оперативного лечения 20 женщин в возрасте от 27 до 30 лет, страдающих трубным бесплодием. Оперативные вмешательства выполняли с помощью эндоскопического оборудования фирмы «K. Storz». В качестве противоспаечного барьера использовали INTERSEED (Ethicon Gynecar USA), который представляет собой стерильный рассасывающийся материал, состоящий из окисленной регенерированной целлюлозы. Пациентки были разделены на 2 группы.

1 группа - 10 пациенток с трубным бесплодием, у которых во время оперативного вмешательства использовали противоспаечный барьер INTERSEED.

2 группа - 10 пациенток с трубным бесплодием, у которых проводили реконструктивно-пластические оперативные вмешательства на маточных трубах без использования противоспаечного барьера.

Всем больным была выполнена лапароскопическая сальпингонеостомия в сочетании с гистероскопией. С целью оценки проходимости маточных труб через 3 месяца после оперативного вмешательства проводили гистеросальпингографию на аппарате «PRESTILIX 1600X» в реальном режиме времени с использованием водного раствора урографина по общепринятой методике.

Результаты исследования. Длительность бесплодия у обследованных пациенток варьировала от 2 до 15 лет (в среднем 5,2±0,34 года). Первичное бесплодие было выявлено у 8 (40%) женщин, вторичное - у 12 (60%). В анамнезе инфекции передаваемые половым путем отмечали 60% (12) пациенток, медицинские аборты - 35% (7) женщин, роды - 30% (6), выкидыши - 20% (4), внутриматочные оперативные вмешательства 40% (8), операции на органах малого таза 35% (7), из них 3 по поводу внематочной беременности. Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 10 (50%) пациенток. Достоверных различий между группами не выявлено.

При лапароскопическом исследовании у всех пациенток была выявлена непроходимость маточных труб в дистальных отделах. Средняя степень выраженности спаечного процесса (по классификации AFS-R,1988) у пациенток 1 группы составила 24,4±0,5 баллов, во второй группе - 19,9±0,6 баллов, ($p>0,05$). Сальпингонеостомия была двухсторонней в 80% (16) случаев, односторонней в 20% (4), из них у 3 пациенток на единственной маточной трубе. При обнаружении гидросальпинкса с помощью хромопертубации, дистальную сальпингонеостомию выполняли с помощью игольчатого монополяра. Дистальные концы маточных труб выворачивали наизнанку и закрепляли отдельными швами с помощью рассасывающихся нитей 5-0. У пациенток 1 группы противоспаечным барьером окутывали ампулярные отделы маточных труб, во второй группе противоспаечный барьер не использовали. Профилактику спаечного процесса проводили с использованием микрохирургических принципов, тщательной санации полости малого таза в конце операции. Всем пациенткам с выявленной сопутствующей патологией были проведены симультанные вмешательства. В 1 группе у 7 (70%) пациенток: цистэктомия у 5 (50%), консервативная миомэктомия у 1(10%), гистероскопическая полипэктомия у 1(10%). Во 2 группе у 3 (30%) женщин: 1 консервативная миомэктомия (10%), 1 диатермокаутеризация яичников (10%), 1 (10%) гистероскопическая полипэктомия. Для восстановления нормальных анатомических соотношений между органами малого таза выполняли рассечение и удаление спаек. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. Послеоперационный период у всех женщин протекал без осложнений.

Результаты реконструктивно-пластических операций в обеих группах были оценены через 3 месяца при проведении контрольной гистеросальпингографии. Проходимость хотя бы одной маточной трубы была восстановлена у 90% пациенток в обеих группах. Повторная окклюзия одной из маточных труб в 1 группе составила 44,4%, во второй группе - 36,8% ($p>0,05$). При проведении повторной лапароскопии спаечный процесс в 1 группе уменьшился с 24,4±0,5 баллов до 3,9±0,4 баллов ($p<0,05$), во второй группе с 19,9±0,6 баллов до 9,0±0,8 ($p<0,05$). За время наблюдения в течение 6 месяцев у 1 пациентки 1 группы наступила маточная беременность, у 2 пациенток 2 группы диагностирована внематочная беременность. Наблюдение

за прооперированными пациентками продолжается.

Таким образом, использование в современной хирургии новых технологий, микрохирургических принципов является эффективным методом восстановления проходимости маточных труб, снижения степени выраженности спаечного процесса у пациенток с трубным бесплодием.

Комплексное использование лапароскопии и гистероскопии позволяет выявить все факторы, влияющие на фертильность, и провести их коррекцию. Однако важно раннее выявление пациенток с патологией маточных труб, когда еще не наступили необратимые изменения в эндосальпинксе. Кроме того, необходимы дальнейшие исследования, позволяющие разработать комплекс мероприятий, предотвращающих формирование спаек.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ

Акимцева Е.А., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Тарасова И.Н.
ГБОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Минздравсоцразвития России г.Барнаул, Россия

МОЛЕКУЛЫ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ, КАК МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, РЕТРОМБОЗОМ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Процесс воспаления тесно связан с дисфункцией эндотелия, нестабильностью атеросклеротической бляшки, изменениями в системе гемостаза, таким образом маркеры воспаления могут использоваться как предикторы развития коронарных осложнений при проведении интервенционных вмешательств у пациентов с ишемической болезнью сердца. Однако подобных данных в литературе недостаточно, поэтому необходимо проведение научного поиска в области комплексного анализа причин ретромбоза коронарных артерий после эндоваскулярного лечения, в частности, эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования. Определить роль эндотелиальной дисфункции при ретромбозе стентов, путем сравнения экспрессии растворимых молекул межклеточной адгезии ICAM, VCAM, P-селектин, E- селектин, как маркеров эндотелиоза, у пациентов с различными формами ИБС после эндоваскулярного лечения с ретромбозом и без такового.

Материалы и методы исследования. 70 пациентов с ИБС были разбиты на 3 группы. В первую группу вошли 35 пациентов мужского и женского пола (средний возраст 49,74±1,67 лет) с ретромбозами стентов, из них 25 пациентов с повторным инфарктом миокарда, 10 - с ИБС: нестабильной стенокардией. Вторую группу составили 38 больных с ОИМ без осложнения в виде ретромбоза (период наблюдения в течение года; средний возраст - 48,23±1,53 лет). Группу сравнения составили 35(средний возраст - 49,42±1,96 лет) условно здоровых людей без клинико-лабораторных и инструментальных признаков болезни сердца. Диагноз был подтвержден лабораторно-инструментальными методами: ЭКГ, повышением уровня МВ-КФК, тропонина Т, коронарографией. Кровь получали на 5-7 день от начала болевого приступа. Маркеры эндотелиоза определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы Bender Med System GmbH (Austria, Europe) на анализаторе EL 800 фирмы Bio Tec. Для статистической обработки данных использовали стандартные методы вариационной статистики: вычисление средних и стандартных ошибок. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни для непараметрического анализа. Все статистические расчеты выполнены с помощью пакета программ STATISTICA 6.1.

Результаты исследования. Установлено, что средняя концентрация молекулы адгезии VCAM у пациентов с ретромбозом после стентирования составляет - 980,4±128,4 нг/мл, во 2 группе, пациентов с ОИМ без ретромбоза средняя концентрация составила - 565,24±46,26 нг/мл, в группе сравнения - 550,06±25,86 нг/мл, т.о. показатели VCAM оказались практически одинаковыми во 2 и 3 группе, с достоверностью p-0,0057 статистически значимы различия между 1 и 2 группой и с достоверностью p-0,00067- между 1 и 3 соответственно. Средние концентрации P- селектина составили для 1 группы- 251,32±12,68 нг/мл, для 2 группы - 299,67±11,78 нг/мл, а также для группы сравнения - 299,67±11,78. Таким ообразом, статистически значимыми оказались различия между 1и 2 группой (p-0,004), 1 и 3 (p=0,0001), а также 2 и группой сравнения (p=0,0001). Средние концентрации молекулы ICAM у пациентов с ретромбозом - 438,23±27,65 нг/мл, у пациентов с ОИМ - 548,02±35,48 нг/мл, в группе сравнения - 319,74±15,77 нг/мл, с достоверностью p=0,0001 различия статистически значимы между 1и 3 группой, с p=0,0001 между 2 и группой сравнения. Средние уровни E - селектина были практически одинаковыми во всех 3 группах: 59,39±4,37 нг/мл, 69,87±6,37 нг/мл, 49,47±2,98 нг/мл в 1, 2 и 3 группах соответственно, различия недостоверны.

Выводы.

Больные с ИБС, ретромбозом после стентирования имеют более высокий уровень молекул межклеточной адгезии ICAM, VCAM, P- селектин, что отражает наличие воспалительного процесса и эндотелиальной дисфункции. Дальнейшее изучение маркеров эндотелиальной дисфункции делает возможным разработку прогностической концепции для диагностики осложнений после эндоваскулярного лечения ИБС.

Анешина И.И., Мельникова Г.И., Затеева Т.Н., Силантьева Е.В., Мартынова И.Я.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА В ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА

История изучения саркоидоза насчитывает более 100 лет. Вместе с тем саркоидоз по-прежнему остается сложной проблемой из-за многообразия клинических проявлений заболевания, затрудняющих его своевременную диагностику. Актуальность изучения особенностей течения и прогноза болезни обусловлена увеличивающейся в последние годы распространенностью заболевания в мире, высокой частотой хронизации.

Саркоидоз - полисистемное заболевание неизвестной этиологии, относящееся по морфологическим особенностям к группе гранулематозов. В соответствии с рекомендациями Российского респираторного общества и международными соглашениями для установления диагноза саркоидоза необходимо наличие 3 критериев:

1) соответствие клинических и рентгенологических проявлений болезни саркоидозу;

2) выявление эпителиоидных гранулем без некроза при исследовании биопсийного материала;

3) исключение других причин гранулематозных изменений.

Отсутствие хотя бы одного из указанных критериев, как правило, приводит к неправильному диагнозу.

Одним из наиболее информативных методов диагностики саркоидоза является исследование БАЛ (бронхоальвеолярного лаважа), причем характерным признаком принято считать лимфоцитарный тип лаважа с преобладанием Т-лимфоцитов/хелперов. Клеточный состав БАЛ при саркоидозе напрямую зависит от фазы процесса.

При саркоидозе I ст. с признаками увеличения внутригрудных лимфатических узлов (рентгенологические данные) в БАЛ отмечено преобладание лимфоцитов. При цитологическом исследовании Т-лимфоциты/хелперы идентифицируют как малые лимфоциты, число их колеблется от 25-85%. Субпопуляционный анализ лимфоцитов обычно проводят в иммунологической лаборатории.

Среди альвеолярных макрофагов преобладают моноциты и секреторные макрофаги. Иногда видны плазмоциты и эозинофилы.

При саркоидозе II ст. с признаками мелкоочаговой диссеминации в легких и иногда одновременным увеличением лимфатических узлов корня легкого в мазке отмечают изменение числа лимфоцитов, многочисленные моноциты, секреторные макрофаги, появляются эпителиоидные клетки и вакуолизированные альвеолярные макрофаги, иногда со светопреломляющими включениями в цитоплазме.

В фазе фиброзирования клеточный состав БАЛ приближается к норме, число лимфоцитов не превышают 20%, преобладают фагоцитирующие макрофаги, могут сохраниться единичные вакуолизированные альвеолярные макрофаги и нейтрофилы (2-5%).

При прогрессирующем течении саркоидоза число лимфоцитов в БАЛ чаще держится на среднем и низком уровне (= 34%), число нейтрофилов может значительно повышаться (до 28%). Среди альвеолярных макрофагов возрастет число биосинтезирующих (секретирующих) форм, что приближает цитологическую картину БАЛ к таковой при туберкулезе. В отличие от туберкулеза, при саркоидозе определяются многочисленные крупные вакуолизированные макрофаги со светопреломляющими включениями в цитоплазме и вне цитоплазмы.

Таким образом, исследование БАЛ является современным высоко информативным методом диагностики диссеминированных процессов в легких, в том числе саркоидоза.

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Старцева И.В., Гилева А.М., Ковешникова Н.И., Вавин Г.В.

ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛЮОРИМЕТРИИ

Флуоресцентная проточная цитометрия, основанная на полупроводниковой лазерной технологии, лежит в основе метода исследования мочи на анализаторах серии UF от компании SYSMEX.

Анализ мочи проводится по двум направлениям с обособленными реагентными системами для: точного подсчета бактерий в образце с чувствительным клиническим порогом 103-104/мл и выявления всех известных элементов осадка мочи с высокой аналитической чувствительностью.

Для выявления характеристик частиц используются специфические реагенты (дилюенты и флуорохромы, окрашивающие нуклеиновые кислоты (РНК, ДНК) бактерий; частично ядро, частично цитоплазму и мембрану). Окрашенный образец впрыскивается в проточную камеру в фокусирующем потоке. Фокусирующая жидкость поддерживает поток строго по одной клетке. Высокая скорость потока в области измерительной ячейки ведет к высокой скорости прохождения и счета частиц (до нескольких тысяч в секунду). При этом классифицируется до 65000 частиц.

Для каждой частицы регистрируются сигналы фронтального и бокового светорассеяния, а также интенсивность вызванной лазером флуоресценции. Уровень фронтального светорассеяния отражает диаметр частицы, а уровень бокового светорассеяния пропорционален внутренней сложности частицы. На основе полученных данных автоматически строятся скатерограммы. Набор сигналов специфичен для каждой частицы, и она имеет определенное место на скатерограмме. Анализ бокового и фронтального светорассеяния и флюоресценции в совокупности с точнейшей оптикой - залог точной классификации осадка.

Исследуются следующие параметры:

- основные - эритроциты RBC, лейкоциты WBC, эпителиальные клетки EC, бактерии BACT, цилиндры CAST;
- дополнительные - кристаллы XTAL, дрожжеподобные клетки YLC, сперматозоиды SPERM, патологические цилиндры Path. CAST, слизь Mucus, малые круглые клетки SRC (переходный, почечный эпителий). Результат выдается в количестве элементов в 1 микролитре.

Результат исследования представлен на экране монитора в виде количественного подсчета, скатерограмм и гистограмм.

При оценке полученных результатов необходимо обращать внимание на наличие флагов ошибок «REVIEW»*, которые указывают на ненадежность полученного результата из-за аналитических ограничений. Флаг»REVIEW» + означает превышение референсного значения. Автоматизированный анализ мочи не способен полностью заменить классический микроскопический анализ. Он необходим при появлении «флагов» и для уточнения морфологии элементов осадка (грибки, эритроциты, кристаллы).

Автоматизация процесса анализа осадка мочи с помощью автоанализаторов мочи, облегчая трудоемкий неавтоматизированный процесс в лаборатории, позволяет получить в разных лабораториях надежные и сопоставимые результаты.

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Вавин Г.В.

ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТ-ПОЛОСОК В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Исследование мочи является быстрым, простым, недорогим и надежным инструментом для

диагностики многих патологических состояний и заболеваний, в основе которых лежат нарушения углеводного обмена, деятельности мочевых путей, почек, печени, кислотно-основного состояния и ряд других причин.

Клинически значимая информация может быть получена при анализе комплекса результатов по нескольким параметрам, которые можно определить с помощью тест-полосок. Как и в случае с остальными методами лабораторных исследований, окончательный диагноз или выбор тактики лечения не должны основываться исключительно на основании одного результата или одного метода.

Инфекции мочевыводящих путей находятся среди наиболее частых заболеваний, с которыми сталкиваются врачи, оказывающие первичную медицинскую помощь.

- 40-50% женщин за свою жизнь хотя бы один раз болеют инфекцией мочевыводящих путей;
- 25% всех инфекций, диагностируемых у пожилых людей, составляют инфекции мочевыводящих путей. Они представляют вторую группу наиболее распространенных инфекционных заболеваний;
- 30% инфекций повторяются через 3 месяца, 60% рецидивируют в течение 1 года, и 80% - в течение 2-х лет.

Некоторые инфекции мочевыводящих путей протекают бессимптомно и, при несвоевременной диагностике, впоследствии завершаются поражением почек или всей выделительной системы. Подобная патология, называемая бессимптомной бактериурией, наиболее распространена среди молодых женщин, беременных и людей, больных диабетом.

Доказано, что комбинация следующих исследуемых параметров с помощью тест-полосок является лучшим прогностическим фактором для доказательства наличия или отсутствия инфекций мочевыводящих путей, чем определение каждого из параметров в отдельности.

Нитриты - определяются грамотрицательные нитратвосстанавливающие бактерии; лейкоциты - определяется эстераза лейкоцитов; кровь - может указывать на повреждение мочевых путей; pH - при наличии инфекций мочевыводящих путей pH обычно высокий, моча щелочная.

Присутствие значительного количества лейкоцитов в моче (≥10 клеток/мкл) указывает на бактериурию или инфекцию мочевых путей. Определение эстеразы лейкоцитов, служащей индикатором бактериурии, является непрямым тестом для обнаружения инфекции. Считаем, что сочетание положительных результатов для нитритов и эстеразы лейкоцитов служит индикатором необходимости проведения микроскопического исследования осадка мочи на присутствие бактерий и выявления других признаков инфекционного поражения мочевых путей. Кроме того, при получении в ходе анализа двух указанных положительных результатов для подтверждения бактериурии используют посев мочи на микробиологическую культуру.

Анализ мочи с помощью тест-полосок является эффективным инструментом, позволяющим исключить инфекции мочевыводящих путей при подозрении на них. Главное преимущество комбинированного анализа на лейкоциты и нитриты выражается в том, что при получении отрицательных результатов по обоим параметрам, можно с достаточной вероятностью предполагать отсутствие большинства инфекций, вызывающих поражение мочевых путей.

Арефьева Е.Г.
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

МИГРЕНЬ. КЛИНИЧЕСКОЕ МНОГООБРАЗИЕ. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ

В последние годы в европейской и отечественной литературе появилось большое количество публикаций, посвященных проблеме своевременного выявления и организации помощи и лечения пациентам, страдающим мигренью, из числа пациентов, обращающихся в общесоматические медицинские подразделения, в частности, врачам-терапевтам и специалистам общей практики. Суть проблемы состоит в следующем: мигрень - в ряде случаев имеют нетипичную, клиническую картину заболевания. Диагностика мигрени крайне затруднительна и требует как особой клинической настороженности, так и специальных навыков. Сами пациенты в силу мозаичности клинических проявлений заболевания, не всегда могут обратиться к неврологу,

и становятся пациентами специалистов общесоматической практики. В большинстве случаев вследствие отсутствия необходимой клинической настороженности и специальных знаний мигрень на этапе территориальной поликлиники остается не распознанной. Несвоевременная диагностика заболевания и назначение не соответствующих лекарственных средств делают лечение мигрени не эффективным. Недостаточно разработаны вопросы терапии хронической мигрени: стандартные профилактические схемы лечения мигрени оказались мало эффективными, что потребовало дифференцированных и патогенетически обоснованных подходов к терапии.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей хронической мигрени, уточнение ее патогенетических механизмов и разработка оптимальных подходов к лечению.

Хроническая мигрень является результатом многоуровневых нарушений функционального состояния нервной системы с вовлечением коры и ствола головного мозга, а также ноцицепторов миофасциальных перикраниальных структур. Многоуровневые изменения лежат в основе клинических проявлений, объективно подтверждающихся результатами комплексного нейрофизиологического и анкетного тестирования.

Проведен детальный клинико-неврологический анализ репрезентативной группы пациентов: хроническая мигрень с выявлением клинических особенностей и вариантов течения заболевания. Уточнены клинические критерии диагностики хроническая мигрень и перечень коморбидных заболеваний и нарушений.

Впервые проведен анализ феномена «фоновой» головной боли при ХМ. Использование клинико-нейрофизиологического подхода показало что феномен «фоновой» головной боли является одним из клинических проявлений центральной сенситизации.

Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОГОВИЦЫ ГЛАЗ

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что доля поражений органа зрения в общей структуре травматических поражений составляет от 2-5% от общего числа травм, что может показаться не столь уж значительным. Однако в ряде производств (в том числе и угольной промышленности) он значительно выше и выдвигается на одно из первых мест по частоте и тяжести инвалидизации. Частота глазного травматизма в России по данным последних лет составляет 114,5 человек на 100000 населения. По данным областной офтальмологической клинической больницы за 2011 г. глазной травматизм составляет 3,1 человек на 1000 населения.

Анализ наших статистических данных показывает, что частота глазного травматизма на обслуживаемом участке выше и составляет 9,6 человек на 1000 населения. Травмы на производстве связаны, как правило с нарушением техники безопасности, недостаточным пользованием средствами общей и особенно индивидуальной защиты глаз. Основной контингент обращающихся в поликлиники с травматическими поражениями органа зрения составляют пациенты молодого и среднего возраста (76%).

Больше половины всех травм производственные. По анализу заболеваемости травматические поражения в 2011 г. составляют 172 случая, а в днях нетрудоспособности - 1221, среднее пребывание на больничном листе составило 7,1 дня. Приведенные цифры свидетельствуют о большой социальной значимости данной патологии. В связи с этим повышение эффективности лечения - один из перспективных путей дальнейшего снижения трудопотерь в области офтальмологии

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности антибактериальных и антисептических препаратов в комплексном лечении травматических повреждений роговицы

Препараты, используемые для лечения травматических повреждений глаз, принадлежат к различным фармакологическим группам.

При этом нужно отметить, что в последние годы значительно снизилась чувствительность

современных АБ к патогенной микрофлоре.

Всеми исследователями подчеркивался рост числа резистентных к АБ возбудителям глазных инфекций. Так при широком применении гентамицина число устойчивых штаммов возбудителей достигало 63,6%. В одном из исследований показано, что частота выявления штаммов st. aureus, устойчивых к ципрофлоксацину, за 5 лет выросла с 8 до 20,7%.

По сравнению с АБ более широкий спектр активности имеют антисептики. Современные антисептики обладают выраженным антимикробным действием на граммположительные и граммотрицательные аэробные и анаэробные бактерии, хламидии, вирусы, оказывают противогрибковое действие и являются поверхностно-активными веществами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов (60 ГЛАЗ) в возрасте от 25 до 45 лет, мужчины, в период с сентября 2011 по февраль 2012 гг. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, биомикроскопии переднего отрезка глаза с использованием флюорисциинового теста, суть которого заключается в применении эффекта флюоресциирующего раствора с использованием полихроматического света щелевой лампы. Причинами заболевания были мелкие инородные тела, микротравмы роговицы. Критериями эффективности лечения являлись: сокращение продолжительности воспалительных изменений и сроков лечения. Обработка результатов исследования проведена методом вариационной статистики с определением критерия Стьюдента.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Первая гр контрольная (30 больных, 30 глаз), которая получала общепринятое в таких случаях лечение (АБ широкого спектра действия противовосполительные средства, стимуляторы регенерации роговицы). Вторая группа (30 больных, 30 глаз), у которых АБ препарат в комплексном лечении был заменен на антисептик.

У всех больных при обращении наблюдался роговичный синдром, выраженный в той или иной степени, на роговице отмечались дефекты эпителия и инфильтраты различной локализации и величины: параценрально расположенные у 36,5% больных, центральные 22% и переферические у 41,5% больных. У 56,5% поражение захватывало поверхностные слои эпителия, у 43,5% больных глубина поражения определялась поверхностными слоями стромы. Площадь поражения роговой оболочки до 3 мм наблюдалась у 55% больных и более 3 мм у 45% больных.

Продолжительность процесса до начала лечения была различной; в первые часы после травмы обратилось 32 человека, через 1-2 дня 18 больных, через 3-4 дня 10 человек. Всем больным было проведено бактериологическое обследование мазков из полости конъюнктивы. По данным лабораторных исследований выявлено абсолютное доминирование St.Epidermidis - 98%, 2% по частоте встречаемости занимают St.aureus, высеянные из разведения 10 или среды накопления, что не является этиологически значимым и снимает необходимость определения чувствительности к АБ.

Для таких случаев обоснована целесообразность тактики европейских коллег - назначать препарат широкого спектра действия как можно быстрее.

Результаты и обсуждения. Все больные хорошо переносили назначение Антисептиков, аллергических реакций не наблюдалось.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что включение антисептиков в комплексное лечение больных с травматическими повреждениями роговицы способствует более раннему завершению в ней репаративных процессов. В основной группе. леченных с антисептиком полная эпителизация роговицы наступала на 3 день против 5 в контроле. Рассасывание инфильтратов наступало на 4 против 6 в контроле, симптомы воспаления глазного яблока купировались на 5 день против 8 в контроле, средние сроки пребывания на больничном листе сократились с 8 дней до 6 дней в контрольной группе.

Выводы.

Резюмируя полученные данные можно заключить, что применение современных антисептичеких препаратов в комплексном лечении травматических повреждений роговицы способствует ускорению эпителизации без раннего назначения АБ препаратов, не вызывают резистентности, не удлиняют «Ориентировочных сроков лечения временной нетрудоспособности при болезнях глаза и его придаточного аппарата» утвержденных Минздравом РФ в 2000 г.

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

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА

Волчаночный антикоагулянт относится к иммуноглобулинам класса G и представляет собой гетерогенную группу антител против отрицательно заряженных фосфолипидов. Свое название он получил в связи с тем, что оказывает влияние на фосфолипидозависимые коагуляционные тесты, и впервые был выявлен у больных с системной красной волчанкой (СКВ). Важность изучения тромботического антифосфолипидного синдрома определяется тем, что по частоте он занимает одно из первых мест при тромбоэмболических заболеваниях человека. Отмечается рост данной патологии среди пациентов молодого и среднего возраста, у которых часто не удается установить причину заболевания. Патологические процессы, связанные с наличием в крови антикоагулянта волчаночного типа (АВТ), часты в практике врачей разных специальностей и сопровождаются тяжелыми нарушениями состояния гомеостаза пациента. В последние годы появилось много научных работ и сообщений о роли антител к фосфолипидам (АФЛ) в механизме сосудистого повреждения и тромбообразования. АФЛ определяется в сыворотке крови пациентов с антифосфолипидным (АФС) синдромом.

Применяемые в настоящее время методы в диагностике АФС подразделяются на функциональные (ингибирование фосфолипидзависимых реакций в плазме пациента in vitro) и иммунологические (ИФА-ELISA). Наибольшие сложности возникают при диагностике волчаночного антикоагулянта. Это обусловлено чрезвычайной гетерогенностью ВА и сложностью его определения. Опыт отдела гемостаза лаборатории клинической биохимии ГБУЗ КОКБ и анализ литературы позволили принять алгоритм выявления ВА, который включает определенную последовательность анализа клинических данных, а также гемостазиологического статуса пациента. По этому алгоритму обследуются все пациенты гематологического профиля, беременные женщины с отягощенным акушерским анамнезом, пациенты неврологического, кардиологического, реанимационного, хирургического и терапевтического отделений. В нашей лаборатории задачей любого лабораторного исследования является получение результатов, максимально приближенных к истинным значениям показателя в организме больного.

Для выполнения исследований системы гемостаза отдел оснащен: автоматическими анализаторами гемостаза «ACL 200» и «ACL Elite Pro» («Instrumentation Laboratory», США); «CL - 4» («Benk Elektronik», Германия). Исследование агрегации тромбоцитов с различными индукторами выполняется на агрегометре НПФ «БИОЛА АЛАТ 230» (Россия). Для работы на данных анализаторах используются реагенты ведущих мировых производителей: «SIEMENS» (Франция), «Orgentec» (Германия), «Instrumentation Laboratory» (США), ООО «Технология-Стандарт» (г. Барнаул), НПО «Ренам» (г. Москва).

Алгоритм определения ВА включает в себя поэтапное определение антител волчаночного типа (АВТ):

- первый этап включает скрининговые фосфолипидчувствительные тесты: (АПТВ, тест с разведенным ядом гадюки Рассела (со скрининговым реагентом), тест ингибирования разведенного тканевого тромбопластина, каолиновое время свертывания бедной тромбоцитами плазмы (БТП), тест на смешивание плазмы больного с контрольной нормальной плазмой для исключения дефицита факторов свертывания (при наличии гипокоагуляции)). Основным условием выявления ВА на первом этапе является использование в тесте АПТВ не менее двух различных по составу и чувствительности реагентов. По тестам коррекции имеющейся гипокоагуляции фосфолипидами: при наличии ВА добавление небольшого количества плазмы здорового человека не корригирует выявленный в скрининговых тестах дефект (в отличие от нарушений при дефиците отдельных факторов V, VIII, IX, X, протромбина). В связи с этим, если коррекция есть (удлиненное время в тестах нормализуется), дальнейшее исследование проводится в направлении установления факта дефицита плазменного фактора. При отсутствии коррекции выполняются методы для подтверждения присутствия ВА.

- второй этап включает подтверждающие тесты на ВА: тест с разведенным ядом гадюки

Рассела (со специальным реагентом), тест нейтрализации тромбоцитами.

В нашей лаборатории за последние 3 года диагностика ВА проведена у 488 пациентов с различными тромбоэмболическими проявлениями и подозрением на АФС. Антифосфолипидные антитела волчаночного типа были выявлены у 6 (4,5%) из 134 пациентов с тромбозом глубоких вен; среди 46 женщин с повторным невынашиванием плода ВА был установлен у 4 (8,7%) человек. Диагностика ВА проведена у 80 пациентов с сосудистой патологией сетчатки и зрительного нерва. ВА выявлен у 33 (42,25%) пациентов.

Таким образом, ВА с наибольшей частотой выявляется у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА, привычным невынашиванием беременности, у пациентов с венозными и артериальными окклюзиями сетчатки, что подтверждает литературные данные о роли ВА в механизме патогенеза сосудистого повреждения и тромбообразования у пациентов с сосудистыми заболеваниями.

Бабичева О.С., Каличкина Е.В.

Федеральное казенное учреждение здравоохранения
«Медико-санитарная часть» МВД Российской Федерации по Кемеровской области
г.Кемерово, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Цель исследования. Изучить возможность использования Акатинола у пациентов с легкой и умеренной деменцией для повышения уровня социального взаимодействия пациентов и влияния на качество жизни.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 56 пациентов в возрасте от 65 до 82 лет (26 мужчин, 30 женщин). Всем пациентам, включенным в исследования, проводили МРТ головного мозга, для оценки когнитивных функций, эмоционально-аффективной сферы и поведенческих характеристик до и после лечения проводилось тестирование с использованием шкалы оценки психического статуса (MMSE), теста рисования часов, батареи тестов лобной дисфункции, госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

В исследовании участвовали пациенты с оценкой по шкале MMSE от 11 до 20 баллов.

Общая оценка клинической эффективности осуществлялась в начале и в конце лечения по шкале общего клинического впечатления (GCIC), MMSE.

Продолжительность терапии составляла 6 месяцев, терапевтическая доза препарата - 15 мг в сутки. Оценка терапевтического эффекта осуществлялась три раза в течение курса терапии (на 0 день, спустя 3 месяца и 6 месяцев терапии.)

Результаты исследования. На фоне применения Акатинола отмечен регресс когнитивных и поведенческих нарушений у 38 пациентов к 3-м месяцам терапии, о чем свидетельствовала положительная динамика результатов большинства нейропсихологических тестов. Улучшились показатели памяти, концентрация внимания, беглость речи, зрительнопро-странственные и регуляторные (лобные) функции. Улучшилась адаптация пациентов в повседневной жизни (способность пользоваться телефоном, готовить пищу, производить покупки, участвовать в ведении домашнего хозяйства). К моменту завершения исследования значимое улучшение зафиксировано у 48 (86%) пациентов. Показатели в большей мере улучшились у пациентов с легкой деменцией по сравнению с больными с умеренной тяжестью деменции. У восьми (14%) больных когнитивный дефицит остался на прежнем уровне. При приеме Акатинола у пациентов выраженных и достоверных клинических проявлений побочных эффектов препарата не установлено.

Выводы.

Проведенное исследование подтвердило безопасность применения Акатинола. Препарат хорошо переносится и способствует улучшению когнитивных функций у пациентов. Улучшенные коммуникативные навыки позволяют снизить нагрузку на пациентов и на их родных, а также дольше сохранить их взаимоотношения.

Баздырев Е.Д., Байракова Ю.В., Каличенко Н.А., Безденежных Н.А., Казачек Я.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ

Цель исследования. Анализ частоты развития послеоперационных бронхо-легочных осложнений у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), в зависимости от наличия сопутствующей патологии легких.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 138 пациентов, средний возраст которых 57,0±3,0 года, подвергшихся КШ. В зависимости от данных анамнеза и данных исследования респираторной системы, пациенты были распределены в 3 группы. В первую - вошли 38 (27,5%) пациентов с сопутствующими в анамнезе хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы (хронический бронхит, хроническая болезнь легких, эмфизема легких), во вторую - пациенты с впервые выявленной в предоперационном периоде патологией респираторной системы с отсутствием клинической симптоматики, но имеющие инструментальные признаки поражения мелких бронхов, формирования «воздушных ловушек», обструктивных нарушений - 32 (23,2%) пациента. Третья группа - 68 (49,3%) пациентов без признаков поражения (клинических и инструментальных) респираторной системы. Исследование респираторной функции легких проводилось в предоперационном периоде и включало спирометрию, бодиплетизмографию, определение диффузионной способности легких и аэродинамического сопротивления дыхательных путей. Исследования выполнялись на бодиплетизмографе Elite DL-220v в соответствии с критериями преемственности и воспроизводимости американского торакального общества. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Течение послеоперационного периода осложнилось развитием бронхо-легочных осложнений у 76 (55,1%) пациентов анализируемой группы, таких как формирование плеврального выпота, развитие пневмонии и плеврита, ателектаза легких. Наибольшая частота развития была выявлено у пациентов с впервые диагностированными в предоперационном периоде изменениями респираторной системы 26 (68,8%) p=от 0,000 до 0,003. По частоте развития бронхо-легочный осложнений среди двух других групп достоверных различий выявлено не было, у 18 (47,4%) пациентов, имевших исходно верифицированную хроническую легочную патологию и у 32 (47,1%) пациентов не имевших таковую.

Выводы.

Наиболее высок риск развития послеоперационных бронхо-легочных осложнений наблюдается у пациентов с впервые диагностированной в предоперационном периоде бронхо-легочной патологией, ввиду отсутствия базисного лечения, адекватной предоперационной подготовки дыхательных путей, а также низких адаптационных возможностях дыхательной системы.

Байгозина Е.А., Совалкин В.И., Долгих В.Т.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г.Омск, Россия

CD 14 КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Цель исследования. Установить патогенетическую и прогностическую значимость полиморфизма гена регуляторной молекулы воспаления CD14 в формировании, тяжести течения и исходе нозокомиальной пневмонии.

Материалы и методы исследования. Исследование полиморфизма гена CD14 (-260) C→T проводилось с помощью метода ПЦР в стандартных условиях на амплификаторе «Терцик» («ДНК-Технология», г. Москва).

Результаты и их обсуждение. При сравнении частот генотипов гена CD14 между контрольной группой и больными было выявлено статистически значимое повышение частоты генотипа T/T у больных с нозокомиальной пневмонией - 33% по сравнению с контрольной группой - 17% (p=0,008). Генотип C/T достоверно чаще наблюдался в группе контроля - 55% по сравнению с группой пациентов с нозокомиальной пневмонией - 40% (p=0,012). Обращали на себя внимание различия в тяжести течения нозокомиальной пневмонии у пациентов с генотипами C/C и (C/T+T/T): в первом случае оценка тяжести пневмонии по шкале CPIS составляла 7,81±1,32 баллов, во втором - 8,93±1,48 баллов (ОШ=1,88; 95% ДИ 1,32-2,69; p<0,001). Прослеживалась позитивная зависимость между временем разрешения нозокомиальной пневмонии у больных с генотипом гена CD14: наличие генотипа T/T у пациентов ассоциировалось с затяжным, осложненным течением пневмонии и необходимостью пролонгированной респираторной поддержки в случае госпитальной пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией легких, по сравнению с течением пневмонии у больных с генотипами C/C и C/T (ОШ=3,52; 95% ДИ 1,52-7,53; p=0,005). При анализе варианта течения нозокомиальной пневмонии в зависимости от генетического полиморфизма регуляторной молекулы CD14 было выявлено, что в группе больных с тяжелой и среднетяжелой пневмонией достоверно чаще встречался генотип T/T, чем сочетание генотипов C/C+C/T по сравнению с контрольной группой (p=0,014 и p=0,005 соответственно).

У больных с генотипом T/T грамотрицательная микрофлора выявлялась в 18 (24%) случаев; а у пациентов при носительстве генотипов C/C или C/T - в 10 (13,3%) случаев, (p=0,004). Вероятно, у гомозигот по мутантному аллелю T гена молекулы CD14 возникал дефект антиинфекционной защиты при тяжелой нозокомиальной пневмонии, что доказывалось выявленной в нашей работе связью между генотипом T/T гена CD14 и тяжестью состояния по шкале оценки органной недостаточности, связанной с сепсисом (SOFA) (ОШ=2,84; 95% ДИ 1,43-5,87; p=0,001). Кроме того, отмечалась четкая тенденция к возрастанию уровня летальности к 28 суткам пребывания в стационаре при наличии аллеля T в группе больных с тяжелой пневмонией (p<0,05). Патогенетическое значение данного полиморфизма заключалось в способности индивидов к гиперпродукции ФНО-α в периферической крови при носительстве генотипа T/T (ОШ=0,49; 95% ДИ 0,23-0,81; p=0,01).

Выводы.

Одним из ведущих патогенетических звеньев нозокомиальной пневмонии является изменение соотношения аллельных вариантов промоторного участка гена паттерн-распознающего рецептора CD14 (-260) C→T, определяющего вариабельность инициального этапа распознавания патогенов, нарушение продукции цитокинов и, в конечном итоге, - тяжесть течения и исход пневмонии.

Баранова Е.Н., Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Шамрай М.А., Талицкая Е.А.

ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
МБУЗ ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского
г.Кемерово
МБЛПУ ГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

При формировании хронического заболевания печени еще до развития цирроза происходит нарушение в нейрогуморальной вегетативной регуляции, выраженное напряжение регуляторных систем с целью поддержания гомеостаза. Распространенность вегетативной дисфункции (ВД) может достигать 67% и повышать смертность в группе пациентов с циррозом печени (ЦП). Эта взаимосвязь ВД и ЦП имеет большое значение для клиницистов, которые сталкиваются

с хроническими заболеваниями печени. Исследование вариабельности ритма сердца в настоящее время оценивается в качестве предиктора оценки тяжести больного с циррозом печени.

Цель исследования. Комплексное изучение вегетативных нарушений у пациентов с вирусным циррозом печени в зависимости от класса по Чайлд-Пью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 пациентов с циррозом печени вирусной этиологии. Все пациенты были разделены на три группы по тяжести заболевания - по классам А, В, С по Чайлд-Пью. В группе А - 32 пациента, в группе В - 29 пациентов и в группе С - 27 пациентов. Для оценки статуса функции вегетативной нервной системы использовался программа «CORVEG». Вычислялись показатели, характеризующие активность различных звеньев вегетативной нервной системы: Мо - мода (гуморальный канал центральной регуляции сердечного ритма); АМо - амплитуда моды (центральное нервное звено симпатической регуляции); ВР - вариационный размах (автономное, парасимпатическое звено). Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$.

По результатам изучения вариабельности сердечного ритма у пациентов с циррозом печени вирусной этиологии отмечено достоверное усиление симпатической активности в положении лежа ($p<0,001$) и в положении стоя ($p<0,001$), и ослабление парасимпатических влияний с такой же достоверностью в обоих положениях. Данные показатели ухудшались в прямой зависимости соответственно утяжелению класса цирроза.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что между выраженностью вегетативных показателей и тяжестью цирроза печени имеется четкая зависимость. У пациентов с циррозом печени наблюдаются выраженные отклонение по всем уровням вегетативной регуляции - усиление симпатической и снижение парасимпатической регуляции, угнетение вазорефлекторных и барорефлекторных механизмов, а также гуморальной регуляции. Выраженные вегетативные нарушения определяют ряд симптомов, которые ухудшают течение цирроза и прогноз выживаемости. Степень тяжести цирроза (классы по Чайлд-Пью) сопровождается статистически значимым утяжелением адаптационных возможностей вегетативной нервной системы.

Барбараш О.Л., Зверева Т.Н.

ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исследования последних лет свидетельствуют о важной роли воспалительных реакций и активации иммунной системы в развитии сахарного диабета (СД) 2 типа и ассоциированных с ним состояний, таких как инсулинорезистентность, центральное ожирение, артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз. Учитывая роль субклинического воспаления и активации иммунной системы как в формировании СД 2 типа, так и АГ, в настоящее время представляет интерес изучение совокупности данных патологий и определение значимости роли субклинического воспаления в формировании синдрома АГ при СД 2 типа, а так же возможности коррекции выявленных метаболических изменений ингибиторами ангеотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Цель исследования. Оценить влияния гипотензивного препарата иАПФ - периндоприла на показатели субклинического воспаления у больных АГ, ассоциированной с СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 52 больных АГ ассоциированной с СД 2 тип в возрасте от 42 до 64 лет, средний возраст 51,1 (47,6-54,2) года. Методом случайной выборки группа разделена на две подгруппы: группа В получала терапию периндоприлом в дозе от 5 до 10 мг/сут.; пациенты группы А - антигипертензивную терапию, назначенную до исследования, в случае необходимости проводилась коррекция терапии препаратами других классов (не иАПФ). До начала терапии и через 1 год всем пациентам проводилась повторная оценка провоспалительного статуса. Концентрацию цитокинов (ИЛ-1α,

ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, TNF-α определяли конкурентным иммуноферментным методом (ELISA).

Результаты исследовния. Исследование провоспалительного статуса пациентов с АГ ассоциированной с СД 2 типа до начала лечения и через год регулярного приема препаратов и достижения целевых значений АД выявило в подгруппе получавших периндоприл достоверное снижение таких факторов воспаления как IL-6 (4,06 (2,84-5,61) → 1,96 (0,79-2,66) пг/мл; p=0,001) и CRP (0,83 (0,48-1,27) → 0,35 (0,19-0,90) мг/дл; p=0,001). Концентрация IL-1α и IL-8 в сыворотке крови так же уменьшалась, но эти показатели не имели статистически достоверные различия. Наряду с уменьшением концентрации провоспалительных цитокинов, на фоне годичного приема периндоприла достоверно увеличилась концентрация в плазме крови противовоспалительного IL-10 (2,18 (1,35-2,89) → 2,78 (2,06-3,24) пг/мл; p=0,006). В подгруппе пациентов получавших произвольную терапию было отмечено достоверное снижение только IL-6 (4,11 (3,71-4,88) →2,42 (1,93-3,17) пг/мл; p=0,001). Тенденция к снижению концентрации в сыворотке крови была отмечена при оценке динамики IL-8 и CRP. Следует отметить, что в этой подгруппе не выявлено повышения противовоспалительного IL-10

Выводы.

Антригипертензивная терапия основанная на применении периндоприла обладает плейотропным эффектом подавления субклинического воспаления.

Беленькова Ю.А., Зыков М.В., Кашталап В.В., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Несмотря на значительные достижения в лечении инфаркта миокарда с использованием эндоваскулярных вмешательств, на первый план выходит оценка факторов, влияющих на отдаленный прогноз заболевания. К таковым в настоящее время относят, помимо клинических, биохимические маркеры системного воспаления.

Цель исследования. Выявление и оценка факторов, влияющих на развитие неблагоприятного отдаленного прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), подвергшихся успешному чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 225 больных ИМпST, поступивших в стационар в течение одного календарного года и подвергшихся успешному первичному ЧКВ. На 10-14-й день заболевания определялась концентрация в крови маркеров субклинического воспаления иммуноферментным методом: интерлейкин-12 (ИЛ, пг/мл), ИЛ-10 (пг/мл), ИЛ-8 (пг/мл), ИЛ-6 (пг/мл), фактор некроза опухоли-α (TNF-α, пг/мл), фибриноген (г/л), С-реактивный белок (СРБ, мг/л), неоптерин (НП, нмоль/л), sE-селектин (нг/мл), sP-селектин (нг/мл) и лиганд провоспалительного фактора CD40 (нг/мл). Через год оценен прогноз у 180 (80,0%) больных. В качестве конечных точек по итогам годичного наблюдения оценивали: повторные нефатальные ИМ, острые нарушения мозгового кровообращения, кардиальную смерть, повторные госпитализации по поводу нестабильной стенокардии и декомпенсации сердечной недостаточности (СН). Для выявления независимых предикторов развития неблагоприятных исходов выбран прямой пошаговый алгоритм линейной логистической регрессии. Прогностически неблагоприятный уровень маркеров воспаления определен при наилучшем соотношении чувствительности и специфичности.

Результаты исследования. Выявлены факторы, показавшие наличие связи с риском развития неблагоприятного прогноза по результатам однофакторного анализа: женский пол (ОШ 4,68, 95% ДИ 2,23-9,81, p< 0,001), перенесенный в анамнезе ИМ (ОШ 1,97, 95% ДИ 0,94-4,15, p=0,06), стенокардия (ОШ 2,80, 95% ДИ 1,50-5,24, p< 0,001), хроническая СН (ОШ 5,85, 95% ДИ 1,16-29,35, p=0,01), II-IV класс острой СН по Killip при поступлении в стационар

(ОШ 2,88, 95% ДИ 1,21-6,81, p=0,01), задняя локализация ИМ по данным электрокардиограммы (ОШ 0,55, 95% ДИ 0,30-1,02, p=0,05), высокие концентрации TNF-α (ОШ 3,83, 95% ДИ 1,37-10,64, p=0,009), ИЛ-12 (ОШ 8,57, 95% ДИ 2,56-28,66, p<0,001), СРБ (ОШ 1,04, 95% ДИ 0,99-1,09, p=0,04) и неоптерина (ОШ 2,55, 95% ДИ 1,08-6,02, p=0,02). Из перечисленных факторов по результатам пошагового логистического регрессионного анализа выявлено, что отношение шансов развития неблагоприятного годового прогноза было значимым для пациентов с высоким классом острой СН при поступлении по Killip (II-IV) и с высокой концентрацией в крови ИЛ-12 (более 110,01 пг/мл). Качество модели проверено с использованием С-статистики, которая составляет 0,81, 95% ДИ 0,71-0,91, p<0,001.

Выводы.

Маркеры воспаления, наряду с клинической тяжестью при поступлении, являются самостоятельными факторами, определяющими высокий риск развития неблагоприятного годового прогноза у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, подвергшихся первичному чрескожному коронарному вмешательству.

Белоконева К.П., Бичан Н.А.

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития РФ
г.Новокузнецк, Россия

СОДЕРЖАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОСН)

Актуальность. Установлено, что при ИМ (инфаркте миокарда) в результате некроза сердечной мышцы происходит увеличение в плазме крови концентрации белковых реактантов, индуцированных провоспалительными цитокинами.

Цель исследования. Изучение динамики концентрации цитокинов в сыворотке крови у больных с Q-образующим ИМ инфарктом миокарда, умерших от острой сердечной недостаточности.

Материалы и методы исследования. В обследование включено 162 пациента с Q-образующим ИМ (58,5±1,06 лет). Из 67 больных с осложненным ИМ умерло 19 (64,13±2,89 лет), летальность составила 28,4%. В качестве контрольной группы использовали сыворотку крови 26 здоровых мужчин. Концентрации интерлейкинов определяли при помощи твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты исследования. Уровень ИЛ-6 в 1-е сутки инфаркта у умерших больных был в 22 раза выше по сравнению с контрольной группой (p<0,0001) и в 3 раза выше в группе больных с неосложненным ИМ (40,83±11,15 пг/л против 1,82±0,72 пг/л и 12,35±3,91 пг/л, p=0,0006). При этом у больных, умерших от отека легких, уровень ИЛ-6 был в 3 раза выше по сравнению подгруппой больных, выживших после отека легких (43,26±16,12 пг/л против 13,71±4,33 пг/л, p=0,0008) и в сравнении с группой больных с неосложненным ИМ (43,26±16,12 пг/л против 12,35±3,91 пг/л, p=0,0004). У умерших от КШ также отмечалось достоверно значимое повышение ИЛ-6 в сравнении с выжившими пациентами и больными с неосложненным ИМ (37,04±15,37 пг/л против 10,42±2,59пг/л, p=0,005) и (37,04±15,37 пг/л против 12,35±3,91 пг/л, p=0,008). У умерших больных ФНО-α в 1-е сутки заболевания был статистически значимо повышен по сравнению с группой контроля (15,78±14,04 пкг/л против 1,67±0,73 пкг/л, p<0,0001). У умерших пациентов в 1-е сутки ИМ ФНО-α был статистически значимо повышен по сравнению с выжившими пациентами (15,78±14,04 пкг/л против 1,75±0,91 пкг/л, p<0,0001) и группой больных с неосложненным ИМ (15,78±14,04 пкг/л против 5,00±1,01 пкг/л, p<0,0001). Причем это повышение было в основном обусловлено за счет подгруппы больных с отеком легких (24,79±22,77 пкг/л против 1,75±0,91 пкг/л, p<0,0001). Тогда как при КШ у умерших данный показатель был достоверно снижен по сравнению с

группой пациентов с неосложненным ИМ (1,36±0,57 пкг/л против 5,00±1,01 пкг/л, p=0,02) и выжившими больными из группы ИМ, осложненным ОСН (1,36±0,57 пкг/л против 0,14±0,14 пкг/л, p=0,02). В 1-е сутки ИМ концентрация ИЛ-10 у умерших больных была статистически значимо повышена в сравнении с группой контроля (24,40±13,37 пг/л против 5,78±1,13 пг/л, p<0,0001) и группой больных с неосложненным ИМ (24,40±13,37 пг/л против 15,62±1,73 пг/л, p<0,0001). При этом в группе умерших больных с осложненным ИМ отмечалось достоверно значимое повышение ИЛ-10 в сравнении с выжившими (24,40±13,37 пг/л против 6,31±2,71 пг/л, p<0,0001). У больных, умерших от отека легких обнаружены более высокие показатели по сравнению с выжившими из этой же подгруппы (14,76±5,12 пг/л против 4,40±1,10 пг/л, p<0,0001). Точно также в подгруппе умерших от КШ наблюдалось статистически значимые повышенные показатели ИЛ-10 в сравнении с группой контроля (39,84±34,98 пг/л против 5,78±1,13 пг/л, p<0,0001) и в сравнении с выжившими (39,84±34,98 пг/л против 12,04±10,92 пг/л, p=0,03).

Выводы.

Повышенные показатели интерлейкина-6 и интерлейкина-10 и фактора некроза опухоли -α у умерших пациентов по сравнению с выжившими говорят о выраженном воспалительном процессе, происходящим в острую стадию инфаркта миокарда, что является неблагоприятным прогностическим критерием.

Белых В.И., Беспалова О.В., Волкова Е.С., Шурыгина Т.Т., Белых П.В., Мозгунова А.Б., Зулинский С.И., Анегова Ю.С., Капитонова М.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России КГБУЗ ГКБ N 11 г.Барнаул, Россия

ДИСКРЕТНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ

Геморрагический микротромбоваскулит (ГМВ) - болезнь Шенлейна-Геноха характеризуется асептическим воспалением и дезорганизацией стенок микрососудов, множественным микротромбообразованием в сосудах кожи и внутренних органов. Дискретный плазмаферез (ПА) широко используется в комплексной терапии ГМВ. Однако влияние ПА на общий белок и белковые фракции сыворотки крови при ГМВ не изучено.

Цель исследования. Изучить влияние дискретного ПА на общий белок сыворотки, альбумин и фракции глобулинов у больных ГМВ.

Материалы и методы мсследования. Под нашим наблюдением находилось 87 больных с хроническим, упорно рецидивирующим ГМВ. У всех больных была высокая степень активности патологического процесса. Средний возраст больных при первом поступлении составил в среднем 39,7±2,2 года. Давность заболевания до поступления под наше наблюдение составила 3,7±0,4 года.

Всем больным проводили лечение дискретным ПА. Количество сеансов ПА на одного больного в течение одного курса лечения варьировало от 5 до 19 (в среднем 9,6), количество удаленной плазмы за один курс лечения - от 1,5 до 11,4 л (в среднем 4,7 л). За один сеанс удаляли от 0,3 до 0,6 л. Кровозамещение удаленной плазмы проводили физиологическим раствором хлорида натрия.

Результаты исследования. После проведения первого курса ПА отмечено небольшое снижение общего белка сыворотки с 77,6±1,3 г/л до 73,2±1,2 г/л (p<0,02) за счет уменьшения фракции ?-глобулинов (с 15,4±0,5 г/л до 14,1±0,4 г/л, P<0,05).

Удаление менее 3,0 л плазмы не приводило к снижению общего белка в сыворотке, тогда как при удалении от 3,0-6,0 л плазмы наблюдалось временное его снижение с 78,7±1,1 г/л до 74,9±1,2 г/л (p<0,01). Удаление более 6,0 л плазмы приводило к его более существенному снижению с 81,9±1,0 до 71,0±1,1 г/л (p<0,001). При удалении за курс лечения менее 10,0 л плазмы мы ни в одном случае не наблюдали снижение общего белка сыворотки менее 64,2 г/л.

Удаление менее 6,0 л плазмы не приводило к снижению содержания альбумина в сыворотке крови, тогда как при удалении более 6,0 л плазмы наблюдалось его снижение с 41,3±1, до 37,6±0,8 3 г/л (p<0,02). На содержание α_1- и α_2-глобулинов в сыворотке крови объем удаленной плазмы не оказывал влияния.

В то же время у больных с исходно повышенным содержанием глобулинов ($\alpha_{1.}$, α_2- и γ-) ПА достоверно их содержание в сыворотке крови. Так, содержание α_1-глобулинов снизилось с 9,8±0,5% до 5,8±1,4% (p<0,02), α_2-глобулинов - с 12,0±0,7 до 9,4±0,6 (p<0,01), γ-глобулинов - с 26,1±0,5% до 21,4±0,3% (p<0,01). Эти изменения мы связываем не с их удалением, ибо в последнем случае было бы и снижение уровня альбумина, а с уменьшением напряженности иммуновоспалительного процесса.

Выводы.

Лечение дискретным ПА способствует нормализации белковых нарушений и снижению содержания в крови маркеров иммуновоспалительного процесса у больных ГМВ.

Наиболее оптимальным является объем удаленной плазмы от 3,0 до 6,0 л, т.к. при этом снижается содержание γ-глобулинов в сыворотке крови, но не снижается содержание в ней альбумина. Удаление большего объема плазмы приводит уже к снижению содержания альбумина в сыворотке крови.

Бойко Е.А., Черкасова Е.А.

Лаборатория клинической биохимии ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница" г.Кемерово, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И В ОЦЕНКЕ РИСКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ

Компенсация углеводного обмена является в настоящее время единственным способом профилактики ранней инвалидизации и смертности людей, страдающих сахарным диабетом, заболеваемость которым неуклонно растет.

Сахарный диабет (СД) - эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции или действия инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем. В настоящее время России зарегистрировано более 2,5 млн. больных с сахарным диабетом (данные регистра), по результатам скрининговых исследований эта цифра в 2-3 раза больше. При этом ежегодный прирост больных с сахарным диабетом сохраняется на уровне 4-5%. В процессе лечения определение текущего уровня глюкозы в крови (натощак, тест толерантности к глюкозе) не будет отражать действительную степень компенсации СД, а это может привести либо к передозировке лечебных препаратов, либо к неоправданному уменьшению их количества. Более точным показателем колебаний уровня глюкозы в течение временного периода и компенсации СД любого типа будет служить уровень гликозилированного (гликированного) гемоглобина (HbA1c). В здоровом организме гликозилировано около 3-6% HbA, у больных диабетом этот уровень в 2 или даже в 3 раза выше, в зависимости от степени гипергликемии. С нормализацией содержания глюкозы в крови значения HbA1c постепенно снижаются до нормы (у больных сахарным диабетом при компенсации содержание HbA1c < 7,0%).

HbA1c характеризует средний уровень глюкозы в крови на протяжении длительного промежутка времени (3 месяца, что определяется продолжительностью жизни эритроцитов). Уровень HbA1c свидетельствует одновременно об уровне глюкозы натощак и о препрандиальном (до приема пищи) и постпрандиальном (после приема пищи) уровнях. В целом, определение HbA1c дает усредненное, интегрированное представление об уровне гликемии при всех формах диабета. HbA1c - это не только диагностический показатель, но и весьма достоверный предиктор целого спектра осложнений, как микрососудистых, так и макрососудистых. Уровень HbA1c показывает:

1) какой была концентрация глюкозы в предшествующие 4-8 недель,

2) какой была степень компенсации углеводного обмена на протяжении этого периода,

3) каков на данный момент риск развития осложнений диабета. По принятым стандартам лечения в России, как и в остальном мире, рекомендуется измерять гликозилированный гемоглобин 4 раза в год (Российская федеральная подпрограмма «Сахарный диабет»).

Первые методы исследования гликозилированного гемоглобина появились в 50-х годах прошлого века. В связи с многообразием существовавших на тот момент методик (электрофоретических, хроматографических, иммунологических, биохимических), результаты которых зачастую были несопоставимы, в ходе DCCT был поднят вопрос о необходимости их стандартизации. С этой целью стартовала глобальная программа The National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP),призванная найти критерии, по которым те или иные методики имеют право на существование.

Главным требованием к стандартизованным по NGSP методам признан коэффициент вариации (CV), который характеризует воспроизводимость теста (показатель разброса результатов). По требованиям NGSP с 2004 года CV должен быть не более 4%. Такой высокой воспроизводимостью обладают далеко не все существующие на данный момент методики. Необходимым требованиям могут отвечать лишь те методы, которые определяют фракцию A1c напрямую, а не путем перерасчета общего гликозилированного гемоглобина на фракцию HbA1c.

В настоящее время для измерения уровня HbA1c в лабораториях России используется 2 основных метода: ручной колоночный тест (метод аффинной хроматографии) и метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ), являющийся методом «золотого стандарта» в определении HbA1. Первый метод основан на аффинной хроматографии гликозилированной и негликозилированной фракций гемоглобина в гемолизате крови. Однако, хотя этот метод имеет неплохие показатели по воспроизводимости и правильности, он не лишен очень серьезных недостатков. Недостатки метода могут серьезно повлиять на правильность определения концентрации гликозилированного гемоглобина в крови пациента. Современным высокоинформативным методом определения гликированного гемоглобина является метод ВЭЖХ, принятый NGSP как референсный метод, используемый в большинстве ведущих лабораторий мира. Референсная методика ВЭЖХ обладает наибольшей аналитической точностью и воспроизводимостью и уже много лет считается «золотым стандартом» в определении гликозилированного гемоглобина.

В нашей лаборатории на протяжении 3-х лет используется уникальный, полностью автоматизированный анализатор «D 10» («БИО-РАД» США) для количественного исследования фракций гемоглобина A1c, A 2 и F. В основе работы анализатора для определения гликированного (гликозилированного) гемоглобина D10 лежит референсная методика - жидкостная ионообменная хроматография высокого давления (ВЭЖХ). К основным преимуществам данного анализатора относятся:

- Высокая достоверность результатов анализа. Широкий линейный диапазон и высокая эффективность разделения гемоглобиновых фракций позволяет с высокой точностью определять стабильную и лабильную фракции гемоглобина. CV менее 4%, на практике - 1-1,5%.

- Хорошая производительность (одновременное исследование 10 образцов). Получение первого результата через 3 минуты.

- Простота и удобство эксплуатации. Полностью автоматизированная система. Предварительная пробоподготовка отсутствует. Результаты исследований представляются в виде распечатки с хроматограммой и сообщением, идентифицирующим все обнаруженные пики и относительный процент каждого пика. Результаты определения уровня фракции HbA1C представлены отдельной строкой.

- Вероятность случайных ошибок при выполнении анализа минимальна. Полная автоматизация аналитического процесса, использование первичных пробирок, идентификация образцов, контролей и калибраторов по штрих - коду устраняет вероятность появления субъективных ошибок специалиста лаборатории, выполняющего исследование. Автоматическая программа самотестирования прибора предупредит пользователя о некорректной работе отдельных узлов системы и подскажет порядок действий по устранению неисправности.

С применением данного анализатора лаборатория уже выполнила более 2,5 тыс. исследований для пациентов областного диабетологического центра, отделений терапевтического, хирургического, педиатрического и акушеро-гинекологического профиля. Результаты контрольного материала (внутрилабораторный и внешний контроль качества) неизменно отвечают всем

требованиям нормативных документов по качеству лабораторных исследований.

Таким образом, стратегическая цель лечения СД - постоянное поддержание глюкозы в пределах нормы и, тем самым, предотвращение развития диабетических осложнений, может быть достигнута лишь при сочетанном определении глюкозы в крови и определении концентрации уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c) современным высокоинформативным методом. Для оценки истинной картины необходимо использование интегрированных показателей углеводного обмена, наиболее ценным из которых является гликозилированный гемоглобин. Анализатор для определения гликозилированного гемоглобина может применяться в лечебно-профилактических и диагностических учреждениях, а также при проведении скрининговых исследований.

Боровик И.В., Помешкина С.А., Завырылина И.Н., Барбараш О.Л.*

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Цель исследования. Оценить периоперационную динамику приверженности к выполнению рекомендаций по медикаментозному и немедикаментозному лечению больных, перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки обследовано 320 пациентов в возрасте от 38 до 75 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было запланировано проведение КШ. Средний возраст пациентов составил 58,49±7,13 лет. Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением КШ и через год. В исследовании использовался опросник для пациентов, который заполнялся самими пациентами и отражал следующие характеристики или данные о пациенте: социально-демографические, физикальные, факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, пищевые привычки, принимаемая терапия в течение года после КШ. Для анализа липидного статуса использовались данные амбулаторных карт пациентов. Комплаентность пациентов оценивали с помощью опросника Давыдова, Мориски-Грина. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0.

Результаты исследования. При оценке модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска выявлено, что 43% пациентов курили на момент госпитализации. Длительность курения составила в среднем 31,82±11,60 лет. Через год после КШ оказалось, что только 9% пациентов отказались от курения. Число пациентов с абдоминальным ожирением увеличилось с 68% до 72%. При анализе режима питания оказалось, что до КШ 69% пациентов ограничивали в рационе животные жиры и 13% больных досаливали пищу, не пробуя ее. Через год после КШ число пациентов, ограничивающих прием жирной пищи, увеличилось до 82%, а подсаливающих еду уменьшилось до 8%. Физическими тренировками до КШ занимались лишь 21% пациентов, а после операции их количество сократилось до 18%. 93% пациентов до КШ отметили, что контролировали артериальное давление (АД), из них лишь 37% достигали компенсации артериальной гипертензии (АГ). Через год после операции число пациентов контролирующих свое АД увеличилось до 97%, а количество пациентов, достигающих компенсации АГ возросло до 68%. До КШ у 76% пациентов уровень общего холестерина (ОХ) превышал 4,5 ммоль/л. Через год отмечается уменьшение количества пациентов с повышенным уровнем в крови ОХ до 46%. При этом, через год после КШ было отмечено достоверное снижение уровня ОХ (с 5,58±1,38 до 4,73±1,12 ммоль/л, p=0,000), однако целевых средних значений достигнуто не было. При оценке приверженности данной категории пациентов к лекарственной терапии, оказалось, что перед КШ принимали лекарственные препараты 81% пациентов, из них регулярно - 34%. Через год после КШ отмечается увеличение количества пациентов, принимающих препараты до 89%, из них регулярно - 76%. Из пациентов, регулярно принимающих препараты, самостоятельно изменили схему терапии или отказались от приема некоторых препаратов - 25% пациентов. Среднее значение интегрального показателя приверженности к лечению (ИППкЛ) по Давыдову до КШ составило 4,67±2,39 баллов, что соответствует умеренно положительному комплайнсу. Через год после КШ ИППкЛ достоверно значимо не изменился (4,76±2,26 баллов). По опроснику

Мориски-Грина в динамике периоперационного периода также отмечается незначимое увеличение числа пациентов, приверженных к лекарственной терапии (с 44% до 62%, p=0,273).

Выводы.

Отмечается недостаточная приверженность больных к выполнению рекомендаций после КШ, особенно это касается коррекции образа жизни в связи с болезнью. При этом даже больным, соблюдающим рекомендованное лечение, не всегда удавалось достичь основных целей вторичной профилактики.

Бородкина Д.А., Квиткова Л.В.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ИМЕЮЩИХ НОРМАЛЬНЫЙ, ПОВЫШЕННЫЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

Цель исследования. Изучить наличие и характер связи между уровнем свободных жирных кислот и степенью поражения коронарных артерий у пациентов с инфарктом миокарда, имеющих разный индекс массы тела.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены мужчины - 77 (76,2%), женщины - 24 человека (23,8%). Средний возраст мужчин и женщин статистически не различался (p>0,05) и составил - 60,7 (52,2-71,1) лет. У всех пациентов проводили оценку индекса массы тела (ИМТ). На 1-е и 12-е сутки инфаркта миокарда (ИМ) в сыворотке крови определяли уровень свободных жирных кислот (СЖК). Референсные значения составили 0,1-0,6 мкмоль/л. Всем пациентам проводилась коронарография с использованием чрескожного трансфеморального доступа в рентгеноперационной. За стеноз коронарной артерии принимали сужение диаметра сосуда на 50% и более. По ИМТ пациенты были разделены на 3 группы:

- нормальная масса тела (18,5 < ИМТ < 25 кг/м$^{2)}$ - 1 группа (n=32);
- избыточная масса тела (25 кг/м^2 ≤ ИМТ < 30 кг/м^2) - 2-я группа (n=42),
- ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м^2) - 3-я группа (n=27).

Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты и обсуждения. СЖК на 1-е сутки ИМ превышали референсные значения у большинства пациентов всех групп:

- в 1-й группе - у 29 человек (90,6%),
- во 2-й группе - у 35 человек (83,3%),
- в 3-ей группе - у 23 человек (85,1%) (p=0,07).

На 12-е сутки течения ИМ восстановления СЖК до значений референсного диапазона не произошло у 25,0% (n=8) пациентов 1-й группы, у 33,3% (n=16) - 2-й группы и 51,9% (n=14) - 3-ей группы (p=0,05). Корреляционный анализ указывал на наличие прямой связи между уровнем СЖК и ИМТ только в 3-й группе (r=0,24, p=0,00). Согласно данным ангиографического исследования, пациенты сравниваемых групп мало отличались по количеству вовлеченных в патологический процесс коронарных сосудов Так, поражение одного сосуда зарегистрировано в 1-й группы у 40,6% (n=13), во 2-й группе - у 26% (n=11) и в 3-й группе - у 33,3% (n=9) пациентов (p=0,82). Поражение 2-х сосудов выявлено у 31,6% (n=10) пациентов 1-й группы, у 42,8% (n=18) пациентов 2-й группы и у 14,8% (n=4) пациентов 3-й группы (p=0,84). Многососудистый характер поражения коронарного русла имели 28,1% (n=9) пациентов 1-й группы, 19% (n=8) - 2-ой группы и 29% (n=8) - 3-й группы (p=0,9). Данные корреляционного анализа свидетельствовали об отсутствии связи между количеством пораженных коронарных артерий и ИМТ у пациентов сравниваемых групп: в 1-й (r=0,07; p=0,73), 2-й (r=0,04; p=0,81), 3-й (r=0,09; p=0,57). В тоже время было установлено наличие сильной прямой связи между числом пораженных артерий и концентрацией СЖК на 1-е и 12-е сутки и во всех исследуемых

группах: в 1-й (r=1,2; p=0,05), 2-й (r=2,7; p=0,01), 3-й (r=2,4; p=0,02) группах на 1-е сутки и на 12-е соответственно: (r=2,2; p=0,02), (r=1,86; p=0,01), (r=2,9; p=0,00).

Выводы.

1. Характер поражения коронарного русла не отличается у пациентов с различной массой тела.

2. Выявлена прямая корреляционная связь между числом пораженных атеросклерозом артерий и концентраций СЖК у пациентов во всех исследуемых группах.

3. Степень поражения коронарных сосудов не отличается у пациентов с нормальным, избыточным индексом массы тела и ожирением.

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Осецкий И.Г., Минин В.С., Неделина С.Г., Безбородова Н.В., Хазиев А.Т., Кладова Н.Е.

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

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Наблюдались 120 больных с нейрогенным мочевым пузырем: 113 - с гиперрефлекторным, 7 - с гипорефлекторным. У 96 из них отмечался пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 108 - пиелонефрит, у 32 - энурез. Всем детям проводилось обследование: сбор анамнеза, физикальное обследование, определение ритма спонтанных мочеиспусканий, объемной скорости мочеиспусканий, лабораторные исследования крови и мочи, экскреторная урография, рентгенография позвоночника, микционная цистография, определение тонуса ректального сфинктера, определение остаточной мочи. При гиперрефлекторных формах частота мочеиспусканий от 10-30 раз в сутки малыми объемами, у 60% больных отмечались императивные позывы - императивное недержание мочи, у 30% обследованных - основной жалобой был энурез. Количество мочеиспусканий в сутки составило 12,5±0,3, эффективный объем мочевого пузыря был снижен до 83,6±0,9 мл. Скорость мочеиспускания была увеличена до 15-16 мл в сек. У большинства больных была лейкоцитурия, бактериурия. У 69 больных был обнаружен односторонний, у 20 - двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

При гипорефлекторных дисфункциях у 7 детей отмечалось ослабление позыва, редкие мочеиспускания, 3-5 раз в сутки большими порциями (300-400 мл), замедление скорости мочеиспускания, наличие остаточной мочи после акта мочеиспускания, у 6 больных тонус анального сфинктера был снижен. Лабораторное обследование выявило у всех детей с этой формой лейкоцитурию, бактериурию. На обзорной рентгенограмме позвоночника у 1 больного отмечалась сакрализация 5, и у 6 - расщепление дужек позвонков. На микционной цистограмме мочевой пузырь у всех больных был увеличен, у 4 - выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Для лечения гиперрефлекторной дисфункции мочевого пузыря мы применяли М-холинолитики; электрофорез атропина на область мочевого пузыря на фоне местной гипертермии (парафиновые аппликации, озокерит на область мочевого пузыря), электростимуляция анального сфинктера, седативные препараты. При гипорефлекторном мочевом пузыре применяли холиномиметик убретид внутримышечно, электрофорез прозерина на область мочевого пузыря, электростимуляция анального сфинктера, периодическую катетеризацию мочевого пузыря. При присоединении пиелонефрита проводили антибактериальное лечение, сидячие ванночки с раствором $KMnO_4$, 1:5000, с настоями череды, ромашки. Из питания исключали раздражающие продукты, назначали режим принудительных мочеиспусканий через 1,5-2 часа. На протяжении 4-5 месяцев проводили фитотерапию.

В результате проведенного лечения у всех больных с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря отмечено: ликвидация гипер- или гипорефлексии, нормализация эффективного объема мочевого пузыря, исчезновение воспалительных явлений, пузырно-мачеточникового рефлюкса.

Таким образом, дисфункции мочевого пузыря часто встречаются в детском возрасте и могут послужить причиной обструктивнюго пиелонефрита, пузырно-мочеточникового рефлюкса. Цель лечения - перевести дисфункцию в субклиническое состояние, этом фоне лучше протекают

процессы созревания регуляторных систем.

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития России
г.Барнаул, Россия

РИСК SCORE И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ЭНЗИМОВ

Несмотря на активное развитие высокотехнологичной помощи кардиологическим больным, ситуация со смертностью от болезней системы кровообращения (БСК) практически не меняется. Выход из сложившегося положения видится в развитии института первичной профилактики. Одним из звеньев патогенеза БСК является истощение антиоксидантных энзимов при формировании начальных стадий атероматозных изменений в сосудистой стенке.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь активности антиоксидантных энзимов сыворотки крови с риском БСК по шкале SCORE.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 156 добровольцев (90 мужчин и 66 женщин со средним возрастом 40,1±8,2 лет) анкетированием (выявление факторов риска БСК), клинически (измерение АД), лабораторно (уровень общего холестерина), что позволило определить 10-летний фатальный риск по шкале SCORE. По результатам рискометрии обследованные были условно разделены на две группы в зависимости от степени риска по шкале SCORE - группа низкого риска (n=50) и группа умеренного риска (n=106).

Пациентам обеих групп производили оценку показателей антиоксидантного статуса сыворотки крови - исследовали активность супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ) на полуавтоматическом биохимическом анализаторе. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 7» с использованием критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Выявлено, что активность СОД и КАТ у лиц из группы с умеренным риском по шкале SCORE статистически значимо ниже ($p<0,05$), чем в группе лиц, имеющих низкий коронарный риск.

Выводы.

Более низкие значения активности антиоксидантных энзимов у лиц, имеющих умеренный риск по шкале SCORE, чем у лиц с низким риском по данной шкале, возможно связано с дефектом антиоксидантной системы на ранних этапах патогенеза атеросклероза. Исходя из вышесказанного, перспективно воздействие на ферментные антиоксидантные системы, что и станет предметом наших дальнейших исследований.

Валуева Т.Н., Ефимова Т.В., Фукалова Т.Н.
ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»
г.Кемерово, Россия

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ И ЗНАЧИМОСТЬ УРОПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Цель исследования. Изучение микрофлоры мочи и оценка выделенных микроорганизмов по степени их уропатогенности.

Материалы и методы исследования. Посев мочи проводили классическим методом Гоулда. Выделенные микроорганизмы оценивались количественно в соответствии с методами клинических лабораторных исследований (под редакцией Меньшикова В.В., т.3., Клиническая микробиология. М.лаборатория, 2009 г.).

Видовую принадлежность бактерий определяли в соответствии со стандартными микробиологическими методами, с помощью тест-систем на микробиологическом анализаторе

«Multiscan-Ascent» (Termo-Labsistems, Финляндия), и автоматизированной системе «Vitek2 compact» (Биомерье, Франция).

Результаты исследования. Проведена сравнительная характеристика выделенной микрофлоры из мочи у больных, обследованных в отделениях ГБУЗ КОКБ за период с января 2011 г. по декабрь 2011 г.

Всего обследовано 5016 пациентов. Нет роста микрофлоры в 2736 пробах (54,5%). Концентрация бактерий < 1 тыс. КОЕ/мл, которая чаще отражает контаминацию и отсутствие инфекции - 283 пробы (5,6%).

Анализировались результаты с содержанием в 1 мл мочи от 1 тыс. КОЕ/мл и более. Обследовано 1855 пациентов, всего выделено 1997 микроорганизмов.

Доказано, что ранее принятая концепция фиксированной величины «значимой бактериурии» > 10^5 КОЕ/мл не может быть применима ко всем инфекциям мочевыделительной системы по разным причинам (т.3., Клиническая микробиология, т.3 под редакцией Меньшикова В.В., 2009г.).

По степени уропатогенности микроорганизмы разделены на:

I. Первичные патогенные - виды, которые могут вызывать инфекцию мочевыводящих путей (ИМВП) у лиц без патологии (Ecoli. S.saprophyticus и редко встречающиеся Salmonella spp.)

II. Вторичные патогенные - виды, которые редко вызывают первичную инфекцию у лиц без патологии мочевыделительной системы, но часто связаны с нозокоминальными ИМВП (Klebsiella pneumoniae, Enterobacter spp., Proteus vulgaris, Morganella, S.aureus, Enterococcus spp., Candida albicans).

III. Сомнительные возбудители ИМВП кожная флора и другие виды (S.agalactiae, Candida spp., Staphylococcus spp., Pseudomonas, Acinetobacter).

В практике нашей лаборатории с учетом микробных ассоциаций преобладают микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae 44% (±11,11), грамположительные кокки (энтерококки, стафилококки) 40% (±10,97), Ps.aeruginosae и другие грамотрицательные неферментирующие бактерии (ГОНБ) 5,3% (±5,02), грибы p.Candida 1,6% (±2,81).

Из бактерий семейства Enterobacteriaceae наиболее часто выделяется Ecoli 46,8% (±16,82) - первичные патогенные виды, способные вызывать инфекции мочевыделительных путей.

Вторичные патогенные виды: Klebsiella spp - 32,9% (±15,91) случаев, Enterobacter spp. - 10,1% (±10,20), бактерии рода Citrobacter - 2,2% (±5,04), бактерии рода Proteus встречающиеся при осложненных формах пиелонефрита - 6,3% (±8,19).

Из грамположительных кокков к вторичным патогенам относятся St.aureus - 5% (±7,69), St.saprophytic us и прочие виды стафилококков - 27,4% (±15,75), бактерий рода Enterococcus 19,6% (±14,01).

В структуре выделенных уропатогенных E.coli определены серогруппы. Всего 105 различных сероваров (26%) от всех выделенных E.coli (401 культура). Преоблади следующие серогруппы:

O2 - 24,8% (±12,30) при мочекаменной болезни (МКБ) - 11, хронической почечной недостаточности (ХПН) - 6 , пиелонефриты - 2 , циститы - 3, прочие - 4;

O6 - 23,8% (±12,07) циститы - 8, МКБ - 6, пиелонефриты - 4 , ИМВП - 5, прочие - 2;

O25 - 19,1% (±10,87) пиелонефриты - 7, ХПН - 4 , МКБ - 3, ИМВП - 6;

O1 - 8,6% (±7,40) МКБ - 3 , пиелонефриты - 2 , ХПН - 2 , циститы - 2.

Серогруппы O7, O8, O9 встречались в единичных вариантах.

Выводы.

Наиболее часто при исследовании мочи выделяются типичные возбудители ИМВП Ecoli, Klebsiella pneumoniae, бактерии рода Staphylococcus. Растет число бактерий рода Enterococcus.

При определении серотипов Ecoli отмечается избирательная способность различных серогрупп вызывать инфекции мочевыделительных путей.

Васильева Н.Д., Бочкова Т.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦА ЖИЗНИ

Цель исследования. Определить отдаленные результаты лечения нарушения ритма сердца у 1,5 месячного ребенка через 1 год наблюдения. Ребенок от II беременности, I родов, беременность протекала с угрозой прерывания в 11-12 недель, 20 недель, 35 недель с угрозой преждевременных родов. Родилась с весом 3184 г., рост 51 см., оценка Апгар 7/8 баллов. Врачом педиатром в возрасте 1,5 месяцев была заподозрена сердечно-сосудистая патология и ребенок был направлен к врачу - детскому кардиологу детской поликлиники. При осмотре предъявлялись жалобы: на периоральный цианоз, усиливающийся при плаче, эпизоды полного апноэ в течении 4-5 секунд без ухудшения самочувствия и без изменения цвета кожных покровов, эпизоды беспокойства и плача. При первичном осмотре в поликлинике выявлено нарушение ритма, аускультативно на фоне выраженной аритмии выслушивались частые экстрасистолы с 1 коротким эпизодом тахикардии равный 200 в минуту и короткими участками нормального ритма, без проявлений НК. Экстренно было проведено ЭКГ, где выявлена выраженная синусовая аритмия, частые предсердные экстрасистолы, в том числе с абберантным QRS. Ребенок был срочно госпитализирован в отделение детской кардиологии Кемеровского кардиоцентра с подозрением на кардит, с нарушением ритма сердца (НРС) - частой предсердной экстрасистолией (ПЭ), эпизодами пароксизмов предсердной тахикардии. По результатам проведенного обследования выставлен диагноз позднего врожденного кардита вирусно-бактериальной (вирус простого герпеса, стрептококк) этиологии с преимущественным поражением проводящей системы сердца.

После курса противовоспалительной, противовирусной, антибактериальной терапии аускультативно и по ЭКГ, ХМЭКГ сохранялись нарушения ритма, консультирована аритмологом. Назначен: ритмонорм 10мг/кг/сутки. На фоне антиаритмической терапии (ААТ) на 6-е сутки по данным ХМЭКГ нарушения ритма не зарегистрировано. На амбулаторном этапе ритмонорм продолжен в той же дозе, общая продолжительность ААТ 3 месяца. Результат ХМЭКГ до назначения ААТ: частые (15.140) предсердные экстрасистолы, 944 групповые, 1397 эпизодов предсердной тахикардии с ЧСС 200-441 в минуту. При наблюдении в детской поликлинике ХМЭКГ проводилось 4-х кратно для контроля ААТ - нарушений ритма сердца и эпизодов предсердной тахикардии не выявлено.

2012 год: ребенку исполнился 1 год. Клинически и по результатам ХМЭКГ, лабораторных исследований, ЭхоКГ, RO ОГК активности процесса нет, нарушения ритма не выявлено, пароксизмов предсердной тахикардии не зарегистрировано. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, осмотрена узкими специалистами: неврологом, офтальмологом, детским хирургом, ортопедом, отоларингологом- патологии не выявлено. В течении 6 месяцев получала лечение по поводу железодефицитной анемии легкой степени тяжести, которая купирована к 1 году жизни. Проводятся профилактические прививки с 1 года жизни в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Выводы.

Диспансеризация детей 1 года жизни, регулярное наблюдение педиатром, доступность консультативного приема врача детского кардиолога в поликлинике, наличие рядом расположенного кардиоцентра для оказания стационарной специализированной помощи дает удовлетворительные отдаленные результаты применения антиаритмической терапии (ААТ) у ребенка раннего возраста.

Визило Т.Л., Агафонова Н.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

По данным Российского Регистра, частота всех случаев инсульта составляет 2,5-3,5 на 1000 жителей в год, а частота первичного инсульта - 2,0-2,5. В алгоритме обследования больного компьютерная томография (КТ) является скриннинговым методом, уточняющим диагноз.

Цель исследования. Оценить значение клинических и нейровизуализационных методов в диагностике острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебробазилярном бассейне (ВББ).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов с клинической картиной ОНМК в ВББ, поступивших в течение 6-72 ч с момента возникновения первых симптомов заболевания. При поступлении пациентов в стационар проводилась спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга. В случае отсутствия признаков инсульта проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты исследования. При обследовании 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 40 до 70 лет) у 16 были диагностированы транзиторные ишемические атаки (ТИА), у 14 пациентов - ишемический инсульт в ВББ: лакунарный (n=10) и нелакунарный инфаркт (n=4). Методом СКТ был визуализирован нелакунарный инфаркт в ВББ лишь у 1 пациента, у 3 пациентов очаг поражения не определялся. При проведении этим пациентам МРТ в Т2 режиме определялись очаги инсульта в виде повышенной интенсивности сигнала и в Т1-режиме в виде сигнала низкой интенсивности, с нечеткими размытыми контурами овальной или круглой формы в области варолиева моста и мозжечка. При малых размерах очага (от 8 до 12 мм) лакунарные инфаркты визуализировались у 60% пациентов на МРТ в области моста, таламуса и полушарий мозжечка. У 40% пациентов очаг инсульта в стволе мозга не был визуализирован и диагноз выставлен только клинически.

Выводы.

Таким образом, МРТ более чувствительна в отношении выявления ишемических инсультов в вертебробазилярном бассейне, чем СКТ. Однако при небольшом объеме очага инсульта или при локализации в бассейне задней мозговой артерии и стволе мозга информативность методики снижается.

Визило Т.Л., Варюшкина Е.В., Яковлева Н.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Изучение фоновых заболеваний и факторов риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) является весьма актуальным вследствие распространенности и социальной значимости заболевания.

Цель исследования. Оценить состояние сердечно-сосудистой системы и влияние менопаузы в возникновении ОНМК в вертебробазилярном бассейне (ВББ).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 40 до 70 лет) с клинической картиной ОНМК в ВББ.

Результаты исследования. У 16 были диагностированы транзиторные ишемические атаки (ТИА), у 14 пациентов - ишемический инсульт в ВББ: лакунарный (n=10) и нелакунарный инфаркт (n=4). 60% пациентов имели гипертоническую болезнь (ГБ) 2 стадии и 2 степени заболевания, 40% пациентов - сочетание ГБ с различными формами ишемической болезни

сердца (ИБС). Среди больных ТИА и лакунарным инсультом превалировали пациенты с ГБ (63%). Нелакунарный инсульт развился у 4 мужчин, страдающих тяжелой сочетанной кардиоваскулярной патологией (инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, тяжелая степень хронической сердечной недостаточности). Из 14 женщин у 10 ТИА диагностирована в период естественной менопаузы длительностью от 7 до 20 лет, на фоне повышения атерогенных фракций липидов: общего холестерина, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, триглицеридов, липопротеидов. У 3 пациенток в менопаузе на фоне снижения уровня эстрогенов отмечалось повышение уровня гомоцистеина сыворотки крови. 4 пациентки, имевшие лакунарный инсульт, ранее перенесли билатеральную овариоэктомию с гистерэктомией и имели эстрогендефицитные расстройства, протекавшие тяжелее, чем при естественной менопаузе, с ранним развитием ГБ и ИБС.

Выводы.

Все пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне имели кардиоваскулярную патологию, ассоциированную с тяжестью инсульта. Немаловажным фактором, усугубляющим сосудистую патологию у женщин, является недостаточность эстрогенов в менопаузе.

Визило А.Д., Чеченин А.Г., Полукарова Е.А., Визило Т.Л.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» МЗ РФ, Кафедра рефлексотерапии
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» МЗ РФ, Кафедра неврологии, мануальной трапии и рефлексотерапии, г.Новокузнецк
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Боль в спине - одна из самых частых жалоб пациентов на приеме невролога или терапевта. Около 20% взрослого населения страдает от периодически рецидивирующих болей в спине. Базовой частью лечения острой боли в спине является адекватное обезболивание. На практике это чаще всего проводится при помощи курсового приема средств из группы неспецифических противовоспалительных препаратов (НПВП), хорошо зарекомендовавших себя при лечении болевых синдромов. НПВП на российском рынке представлены более 570 наименованиями («Федеральное руководство по использованию лекарственных средств», выпуск 5, 2004 г.). Однако НПВП обладают выраженными побочными эффектами как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и со стороны сердечно-сосудистой системы. Побочные эффекты напрямую зависят от дозы препарата и длительности применения. На практике НПВП нередко используют неоправданно длительное время и повсеместно назначают как при острых, так и при хронических болевых синдромах. Согласно принятым положениям, все НПВП обладают обезболивающим, жаропонижающим, противовоспалительным и антиагрегантным действием. Главным, определяющим действие НПВП является их специфичность в отношении ЦОГ. При этом имеет значениие возможность НПВП усиливать продукцию эндогенных опиоидов и прерывать проведение болевых импульсов в спинном мозге. При этом они существенно отличаются по профилю безопасности, поскольку могут обладать гастротоксическим, гепатотоксическим, нефротоксическим, гематотоксическим, нейротоксическим эффектами, вызывать аллергические реакции, оказывать негативное влияние на иммунную систему и гемостаз. Для выбора оптимального средства для обезболивания необходимо понимание принципиальной характеристики НПВП, учитывающей обезболивающую активность, избирательность в отношении циклооксигеназ (ЦОГ), биодоступность, возможность различных путей введения, быстроту достижения эффекта, отсутствие активных метаболитов, сбалансированное выведение и безопасность.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и безопасности современных НПВП при дифференцированном подходе к их назначению для купирования острой боли в спине.

В исследовании приняли участие 40 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет с мышечно-тоническими и миофасциальными поясничными болевыми синдромами.

Материалы и методы исследования. Клинический неврологический осмотр, мануальные методы диагностики, диагностика активных триггерных точек, методы нейровизуализации (МРТ, рентгеновское исследование позвоночника), анкета для субъективной оценки качества ночного сна, анализ субъективных болевых ощущений пациентов в ходе повседневной двигательной активности по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анкета Спилбергера для оценки реактивной и личностной тревожности, анкета Бека для выявления уровня депрессии.

Методы лечения. Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от наличия сопутствующих хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечной патологии. В первую группу вошли пациенты старше 50 лет, страдающие гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, имеющие наследственную отягощенность и/или факторы риска по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Пациенты, имеющие в анамнезе желудочно-кишечную патологию (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит вне обострения), вошли во вторую группу.

Пациентам 1 группы (20 больных) был назначен кеторолака трометамин (кеторол) в виде внутримышечных инъекций в суточной дозе 60 мг (30 мг 2 раза в день) в течение 2 дней, в последующие 3 дня в таблетированной форме в суточной дозе 20 мг (10 мг 2 раза в день) и в последующие 10 дней назначался нимесулид (найз) в дозе 200 мг/сутки. Пациенты 2 группы (20 больных) принимали целекоксиб (целебрекс) по 200 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней. Других препаратов пациенты в этот период времени не применяли. Дополнительно пациентам проводилась лечебная физкультура, массаж, мануальная терапия и иглорефлексотерапия. Лечение проводилось в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. По окончании курса лечения и в 1 и во 2 группах было выявлено достоверное уменьшение болевого синдрома, что также достоверно влияло на количество и качество ежедневной двигательной активности пациента и коррелировало с улучшением клинических характеристик (уменьшение анталгического сколиоза, мышечно-тонического болевого рефлекторного синдрома, симптомов натяжения). Уровни реактивной, личностной тревожности и депрессии снизились с клинически значимых до нормальных, достоверно улучшилось качество сна за счет уменьшения количества ночных пробуждений из-за боли. По изучаемым критериям 1 и 2 группы пациентов значимо между собой не различались. Побочных эффектов со стороны сопутствующих хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и декомпенсации сердечно-сосудистой патологии у пациентов 1 и 2 групп во время лечения не наблюдалось.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности НПВП разных химических групп при острой поясничной боли. Дифференцированное назначение препаратов с учетом имеющейся хронической патологии желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистых заболеваний снижает возможность возникновения побочных эффектов и способствует повышению безопасности применения НПВП.

Власова И.В., Визило Т.Л., Пронских И.В.

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

ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

В России ежегодно регистрируется более 400000 инсультов. Для оценки степени нарушения и динамического контроля над восстановлением у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) изучается гемодинамика головного мозга.

Цель исследования. Изучить изменения гемодинамики у пациентов с ОНМК в вертебробазилярном бассейне (ВББ) по данным дуплексного сканирования (ДС).

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 пациентов (16 мужчин, 14 женщин от 40 до 70 лет). Из них 16 пациентов (I группа) имели транзиторные ишемические атаки (ТИА), 10 пациентов (II группа) - лакунарный инфаркт. У 4-х больных (III группа) был диагностирован нелакунарный инфаркт в ВББ. Всем пациентам в день поступления и при выписке выполнялось ДС сосудов шеи и головного мозга. Определяли линейную (ЛСК) и объемную скорости кровотока (ОСК), резистивный индекс (РИ). Сравнение проводили с контрольной группой (КГ) здоровых

добровольцев (N=15).

Результаты исследования. В I группе в 12,5% была выявлена аномалия вхождения позвоночной артерии (ПА) в позвоночный канал. Значимых различий гемодинамических показателей с данными КГ выявлено не было. Во 2-ой группе в 20% случаев была выявлена гипоплазия ПА на экстракраниальном уровне, у 10% наблюдалась выраженная извитость интракраниального сегмента ПА на стороне инсульта. Выявлено значимое увеличение ЛСК в интракраниальных сегментах ПА (0,59±0,1 м/с) по сравнению с КГ (0,39±0,08 м/с) и уменьшение РИ (0,54±0,06, при 0,65±0,05 в КГ). Видимо, изменения происходили за счет спазма микрососудов, шунтирования и увеличения ОСК в магистральной артерии. Через 2 недели различия между группами перестали быть значимыми. В группе с нелакунарным инсультом - достоверное уменьшение ОСК в ПА (65,9±14,8 мл/мин) по сравнению с КГ (86,3±11 мл/мин), морфологические изменения сосудов: значимый стеноз устья ПА, гипоплазия ПА, выраженная деформация ПА в интравертебральном отделе. После курса терапии наблюдался прирост ЛСК в ПА на интракраниальном уровне при сохранении достоверных различий с КГ.

Выводы.

Таким образом, у пациентов с нарушением кровообращения в вертебробазилярном бассейне имеется высокий процент сосудистых аномалий. При ТИА значимых гемодинамических нарушений не выявлялось. Изменения при лакунарных инфарктах нивелировались после курса терапии. При нелакунарных тяжелых инсультах гемодинамические изменения преимущественно необратимы.

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Миздравсоцразвития России
ФГБОУВП ВПО «Алтайский государственный технический университет» им И.И. Ползунова
г.Барнаул, Россия

КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ 10-ЛЕТНЕГО ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА

Цель исследования. Апробация компьютерного определения 10-летнего фатального риска SCORE у организованного населения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 560 практически здоровых лиц, у которых наряду с анамнестическими, анкетными, антропометрическими, клиническими (измерения артериального давления - АД), функциональными исследованиями проводили лабораторное исследование - определение в сыворотке крови концентрации общего холестерина ферментативным методом на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED. Критериями оценки гиперхолестеринемии явились Рекомендации ВНОК «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза». У пациентов также был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой на основе технологической платформы «1С: Предприятие 8.2». Разработанная программа обеспечивает выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и позволяет быстро определить 10-летний фатальный риск ССЗ, предлагает доступ к перечню профилактических рекомендаций, хранит результаты по факторам риска в базе данных.

Результаты исследования. У обследованных были выявлены различные факторы риска - курение (10%), артериальная гипертензия (27%), гиперхолестеринемия (38%). Результаты лабораторных исследований в совокупности с другими факторами риска ССЗ учитывали в компьютерной программе по шкале SCORE и обследованные были распределены по группам риска согласно определенному количественному значению риска. Обнаружено, что у 16% пациентов риск соответствовал - высокому риску. Были даны рекомендации по «модификации» образа жизни (коррекция диеты, гиподинамии, отказ от вредных привычек), гипотензивные и гиполипидемические препараты. Через 3 месяца было проведено повторное обследование, показавшее, что у части пациентов произошло снижение коронарного риска.

Выводы.

Таким образом, установление уровня риска пациента, достигнутое с помощью клинических,

лабораторных и других данных, при последующей компьютерной обработке позволяет своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию факторов риска, а также повышает приверженность к профилактическим мероприятиям.

Воробьев Р.И.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Миздравсоцразвития России г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ РИСКА SCORE В ПОЛОВЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Цель исследования. Оценить 10-летний фатальный риск SCORE у организованного населения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 1564 лиц из организованной популяции городских жителей - 961 мужчина (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 603 женщины (средний возраст 40,79±13,28 лет). Все обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. Первую группу составили лица возрастом от 20 до 29 лет, вторую группу обследованные в возрасте 30-39 лет, в 3-ью - 40-49 лет, в 4-ую - 50-59 лет, 5-ую - старше 60 лет. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу.

Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (возраст, наличие курения), антропометрическое (рост, масса тела с расчетом индекса массы тела - ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер - ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое обследование (измерение артериального давления). Лабораторное исследование включало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов на биохимическом анализаторе. У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой, написанной на языке программирования Object Pascal в среде разработки Borland Delphi 6.0 на основе оценки факторов риска (пол, возраст, курение, ОХС, систолическое артериальное давление). База данных разработана средствами Microsoft Access 2000.

Результаты исследования. Совокупность выявленных факторов риска ССЗ учитывали в компьютерной программе по шкале SCORE и обследованных распределили по определенному количественному значению риска. В общей группе мужчин и женщин большинство (55%) имеют низкий риск, 35% - умеренный, 10% - высокий и очень высокий. При разделении обследуемых по полу найдено, что у женщин преобладает низкий риск (73%), к группе умеренного риска относится 20% обследованных, на высокий и очень высокий риск приходится - 7% женщин. Среди мужчин большинство (78%) относится к группе умеренного риска, к низкому - 1% и 21% - к высокому и очень высокому уровню риска. Выявлено, что у женщин во всех возрастных группах встречается риск от 0-10% (что коррелирует с повышенным артериальным давлением и курением), а в возрасте старше 60 лет от 1-13%, при этом величина риска постепенно повышается с возрастом в среднем от 0,06-5,31%. У мужчин в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет встречается риск от 1-10%, 50-59 лет до 22%, старше 60 лет до 35%. Наблюдается тенденция, как и у женщин - увеличение с возрастом абсолютных значений риска.

Выводы.

Показано, что количественно риск SCORE у мужчин выше во всех возрастных группах, чем у женщин. Кроме того, риск с возрастом прогрессивно повышается в обеих половых группах. Автоматизированное определение уровня риска конкретного пациента позволяет быстро определить10-летний фатальный риск SCORE для оптимального выбора не- и медикаментозных профилактических мероприятий.

Воробьев Р.И., Коблов А.Г.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
Миздравсоцразвития России КГБУЗ «Городская поликлиника N 4»
г.Барнаул, Россия

КУРЕНИЕ И УРОВЕНЬ ФАТАЛЬНОГО РИСКА SCORE

Цель исследования. Оценить влияние курения на значение 10-летнего фатального риска SCORE у организованного населения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 1564 лиц из организованной популяции городских жителей - 961 мужчина (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 603 женщины (средний возраст 40,79±13,28 лет). Все обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу. Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), антропометрическое, клиническое, лабораторное обследование (общий холестерин - ОХС). У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой, написанной на языке программирования Object Pascal в среде разработки Borland Delphi 6.0 на основе оценки факторов риска (пол, возраст, курение, ОХС, систолическое артериальное давление - САД). База данных разработана средствами Microsoft Access 2000.

Результаты исследования. Из некурящих мужчин обследованных группы высокого риска SCORE величина риска распределяется в интервале от 5% до 9%, при этом при лишь 32% имеют риск равный 5%. В тоже время, 75% от всех женщин группы высокого риска по SCORE относится к риску, равному 5% (в основном, старше 60 лет, повышенном САД, гиперхолестеринемии). У некурящих мужчин в группе очень высокого риска числовые значения риска выше (уровень риска более 20%) по сравнению с некурящими обследованными женщинами, имеющими максимально - 12%-й риск SCORE.

В группу курящих с высоким риском SCORE включено с очевидным преимуществом больше мужчин, у которых отмечены значения риска SCORE во всем диапазоне (5-9%) при максимальном значении риска в среднем 5% у обследованных курящих женщин. У курящих мужчин группы очень высокого риска отмечено распределение обследованных в интервале риска от 10% до 35%, в то время как у женщин зарегистрированы лишь единичные случаи числовых значений риска >10%.

Таким образом, обнаружено, что курение преобладает у мужчин (частота выше в 1,55 раза, чем у женщин). Оценка ФР ССЗ показала, что у курящих в общей выборке риск 10-летний фатальный риск SCORE выше, чем у некурящих на 49,6% в сопоставимых группах.

Воробьева О.А.
Бюро N 1 филиал ФКУ Главного бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области
г.Кемерово, Россия

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ

Материалы и методы исследования. Изучены результаты медико-социальной экспертизы за 2010-2011 гг. у 2627 и 2884-х пострадавших соответственно с профзаболеваниями. Для установления степени утраты профессиональной трудоспособности у 1678 пострадавших проведено установление степени утраты нетрудоспособности на основании заключения центра профессиональной патологии, а также разработана программа реабилитации по каждой нозологии.

Цель исследования. Оценить результаты медико-социальной экспертизы и реабилитации у пострадавших с профзаболеваниями

Установлено, что в 2011 г. первое ранговое место (46%) среди впервые освидетельствованных занимали заболевания от физических перегрузок и перенапряжения (в 2010 г. - 48%), на втором

месте нейросенсорная тугоухость - 16% (в 2010 г. - 18%), третье место занимает вибрационная болезнь - 11% (в 2010 г. - 14%), четвертое принадлежит пострадавшим с заболеваниями органов дыхания - 9% (в 2010 г. - 11%). При повторном освидетельствовании, несмотря на проведение реабилитационных мероприятий с учетом реализации программы реабилитации пострадавшего, в результате прогредиентного течения, число лиц с пылевой патологией увеличилось на 16%, а нейросенсорной тугоухостью (НСТ) на 24%. Стабильное течение заболевания сохранялось лишь у лиц с заболеваниями периферической нервной системы - 36%.

Тенденция к уменьшению числа освидетельствованных в 2011 г. связана с бессрочно установленными процентами утраты профессиональной трудоспособности (321 случай). В тоже время, несмотря на регулярно проводимые реабилитационные мероприятия, сохранялось прогредиентное течение профессиональной нейросенсорной тугоухости и пылевой патологии.

Прогредиентность течения данной патологии, несмотря на прекращение производственной деятельности, связана, на наш взгляд, не только с прогрессированием дыхательной недостаточности и НСТ, но и с возрастными изменениями. Регулярно проводимые реабилитационные мероприятия часто бывают малоэффективны, что объясняется отсутствием единого подхода к заполнению заключений врачебной комиссии в ЛПУ и к программе реабилитации пострадавшего. В связи с этим, специалистами филиала совместно с врачами ЛПУ разработан план мероприятия по совершенствованию организационно-методической работы и устранению замечаний по оформлению заключений врачебной комиссии (ВК).

Проводимая работа с врачами ЛПУ, председателями ВК несколько улучшают ситуацию, однако в ряде случаях сохраняются недоработки. Наиболее характерные из них включают:

- полипрагмазию;
- неполное оформление заключений ВК;
- отсутствие единого подхода при оформлении заключений ВК;
- оформление документов для санаторно-курортного лечения, несмотря на имеющиеся противопоказания;

Таким образом, для уменьшения прогрессирования нейросенсорной тугоухости и заболеваний органов дыхания у пострадавших в результате профессиональных заболеваний необходимо:

1. Рекомендовать единый подход к оформлению заключений ВК.
2. Использовать программу реабилитации пострадавшего, которая должна учитывать эффективность предыдущих программ.
3. Использовать рекомендации профцентра.

Воробьева Е.Н., Батанина И.А., Бубликов Д.С., Казызаева А.С., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медцинский университет» Минздравсоцразвития России
ГОУ ВПО «Алтайский государственный университет»
НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО РЖД
г.Барнаул, Россия

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ

Цель исследования. Изучение резистентности к окислению ЛПНП у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Объектом исследований явились 64 пациента (мужчин и женщин) в возрасте от 49 до 58 лет из неорганизованной выборки с верифицированным диагнозом ИБС. Контролем служили 47 практически здоровых лиц обоего пола в возрасте от 40 до 55 лет. Обследование по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) включало анкетирование (пол, возраст, семейный анамнез, курение и др.), клиническое (измерение систолического артериального давления - САД) и функциональное исследование (электрокардиография).

Исследовали показатели липидного обмена сыворотки крови - общий холестерин (ОХС) и липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП) энзиматическим методом. Резистентность ЛПНП к окислению определяли по методике (Рагино Ю.И., 1998 г.) с оценкой степени окислительной модификации ЛПНП путем определения концентрации малонового диальдегида.

Для прогнозирования вероятности развития инфаркта миокарда и инсульта на ближайшие 10 лет была применена формула расчета коронарного риска - Framingham (1991 г.): $p=1-exp(-e^{u})$, в которой учитываются возраст, пол, ОХС и ХС ЛПВП сыворотки крови, САД, левожелудочковая гипертрофия, диабет и курение.

Показано наличие у всех пациентов дислипидемий. Результаты лабораторного тестирования в совокупности с другими факторами риска ССЗ позволили определить у обследуемых лиц суммарный коронарный риск, который соответствовал диапазону «высокого риска» и «очень высокого риска», а в контрольной группе - уровню «умеренного риска». При этом концентрация малонового диальдегида - конечного продукта перекисного окисления в ЛПНП у больных ИБС была достоверно выше, чем у здоровых лиц, что свидетельствует о сниженной резистентности ЛПНП к окислительной модификации. Полученные результаты представляют интерес для дальнейшего изучения активности антиоксидантных систем, оценки эффективности гиполипидемической терапии, а также прогнозирования инцидентности сердечно-сосудистой патологии.

Гвоздева А.В., Игишева Л.Н., Кульчицкая Н.Г.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница N 5»
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения РАМН
г.Кемерово, Россия

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПО ДАННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) у детей относится к тяжелой форме патологии миокарда с резистентностью к проводимой терапии и высокой летальностью. Несмотря на то, что в общей структуре кардиологических болезней детей по г.Кемерово этот показатель составляет менее 1%, ежегодно регистрируется до 6 случаев выявления данной патологии впервые. Раннее выявление патологии миокарда и своевременность назначения адекватной терапии обусловлены реализацией в медицинскую практику современных диагностических технологий на основе скрининговых исследований: электрокардиографического и эхокардиографического пренатального и постнатального.

Цель исследования. Изучение клинико-анамнестических особенностей пациентов с ДКМП, госпитализированных в педиатрическое отделение детской многопрофильной больницы.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на ретроспективном наблюдении больных с диагнозом дилатационная кардиомиопатия, находившихся на лечении в педиатрическом отделении ДГКБ N 5 г. Кемерово за 2005-2011 гг.. Группа включила 11 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет, среди которых 6 девочек и 5 мальчиков. Программа исследования проводилась неинвазивными методами - электрокардиография с допплером-эхокардиография, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (по показаниям). Изучались биохимические и иммунологические маркеры повреждения миокарда.

Результаты и обсуждение. У большинства детей заболевание диагностировано в грудном возрасте - на первом полугодии у 7 пациентов, на втором у 2 соответственно (из них 2 детей выявлены при прохождении пренатальной эхокардиографии плода, у 4 - при скрининговом обследовании детей первого года жизни), и у 2 детей после года - в 9 и 15 лет соответственно. Все дети клинически имели признаки сердечной недостаточности, разной степени тяжести. Преобладала НК II А стадии - у 9 детей, НК II В и НК I - по 1 случаю. В клинике отмечалась тахикардия, кардиомегалия, у 90% наблюдаемых детей отмечалась одышка, гепатомегалия. Характерным для всех наблюдаемых детей были изменения на ЭКГ в виде нарушения внутрижелудочковой и атриовентрикулярной проводимости, признаки перегрузки левых отделов сердца, нарушения ритма в виде экстрасистолии, желудочковая тахикардия. При ЭХО-КГ расширение левых отделов сердца, снижение фракции выброса от 58% до 24%. В 20% случаев был повышен уровень лактатдегидрогеназы, креатинкиназы, у 3 пациентов отмечалось резкое повышение содержания

мозгового натрий уретического пептида (BNP). Лечение дилатационной кардиомиопатии было ориентировано на борьбу с сердечной недостаточностью. С этой целью применялись ингибиторы АПФ, мочегонные средства лазикс, гипотиазид, верошпирон, 40% больных назначался дигоксин. Треть больных получала иммунотерапию внутривенным иммуноглобулином 1 г/кг на курс, с целью метаболической терапии применялся неотон (фосфокреатин). После достижения стабилизации состояния продолжалась длительная поддерживающая комбинированная медикаментозная терапия. Из 11 пациентов летальный исход имел место у 1 больного, где ДКМП была компонентом синдрома Гарднера, причиной смерти послужило интеркуррентное заболевание.

Выводы.

Диагностика ДКМП в последние годы стала возможна на более раннем этапе благодаря скрининговым исследованиям, данная технология себя оправдывает. Проводимая комплексная консервативная терапия носит адаптивный характер, направленный на поддержание сердечного выброса и уменьшение признаков хронической сердечной недостаточности, что требует совместного ведения пациентов педиатром и кардиологом.

Гольмгрейн Л.П., Ганюкова Н.Г., Волчкова О.М., Ельцова Е.Г.
ГБУЗ КОКБ
г.Кемерово, Россия

МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Легочные васкулиты чаще всего являются проявлением системных васкулитов. Эти относительно редкие заболевания чаще встречаются у мужчин, могут развиваться в любом возрасте, но преимущественно в 40-50 лет. В последние годы отмечена тенденция к увеличению их распространенности, особенно микроскопического полиангиита (МП) и гранулематоза Вегенера.

Морфологической особенностью МП является воспалительная инфильтрация стенки сосудов мелкого калибра нейтрофилами, в дальнейшем разрывы стенок сосудов, развитие кровоизлияний, аневризм, формирование гранулем, развитие тромбозов и, в конечном итоге гиперплазия интимы, облитерация просветов сосудов, приводящая к ишемии тканей. Некротизирующий васкулит носит распространенный характер, но наиболее выраженные изменения встречаются в коже, легких и почках. В легочной ткани преобладает некротизирующий альвеолит с поражением капилляров и нейтрофильной инфильтрацией, что нередко приводит к развитию легочных кровотечений. В почках возникает фокальный некротизирующий гломерулонефрит, который в 80-90% случаев сочетается с экстракапиллярным пролиферативным гломерулонефритом.

Приводим собственное наблюдение: больной К., 49 лет, служащий, поступил в пульмонологическое отделение 12 июля 2011 года в экстренном порядке с жалобами на инспираторную одышку, кровохарканье, боли в крупных суставах летучего характера. Заболел в марте 2011 года - суставной синдром, прогрессирующее похудание, но больной не обследовался. Обратился за медицинской помощью 10 июня 2011, когда появился непродуктивный кашель и одышка, что связал с переохлаждением, подъема температуры не было. Рентгенологически выявлена инфильтрация легочной ткани, неспецифическая антибактериальная терапия была неэффективной. Через 3 недели после начала заболевания присоединилось кровохарканье, усилились одышка и боли в крупных суставах, отек их и скованность. В динамике во время пребывания больного уже в нашем отделении появилась симметричная геморрагическая сливная сыпь на голенях. Также присоединилось поражение других органов и систем: язвенный баланит, выраженный афтозный стоматит, атрофический ринит. Из дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови: повышение СОЭ до 63 мм в час

МСКТ ОГК: массивная зона уплотнения легочной ткани, перифокально зона «матового стекла», множественные мелкие участки уплотнения округлой формы до 20 мм в диаметре. Лимфоаденопатиии средостения нет.

Общий анализ мочи: упорная протеинурия 0,215-1,26 г/л, макрогематурия.

Биохимическое исследование крови: СРБ = 148,9 мг/дл, креатинин - 114 ммоль/л. Антитела к ДНК класса G и криоглобулин - отрицательные.

Биопсия почки: хронический мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит с умеренным тубулоинтерстициальным компонентом, с наличием микротромбов в нескольких клубочках.

Биопсия легкого: продуктивно-пластический пневмонит, плеврофиброз.

В настоящее время не существует классификационных критериев заболевания и его диагноз основывается на клинической картине, данных иммунологического и морфологического исследований.

Таким образом, с учетом совокупности следующих симптомов: поражение легких, почек, кожи, слизистых, суставного синдрома, результатов дополнительных методов исследования поставлен диагноз МП. Основой лечения данного пациента явились комбинированная терапия преднизолоном и циклофосфаном. Прогноз при МП во многом зависит от степени поражения почек. У этого пациента в динамике сохраняется макрогематурия, протеинурия, но явлений ХПН нет. По данным МСКТ ОГК 16.05.2012 отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров и интенсивности участков матового стекла. Инфильтрации легочной ткани нет.

Таким образом, данное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью микроскопического полиангиита и необходимостью комплексного междисциплинарного клинико-морфологического подхода для постановки диагноза.

Горбунова Е.В., Горшкова Т.В., Романова М.П., Мамчур С.Е., Макаров С.А., Барбараш О.Л.
ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Впервые в России с апреля 2010 г. разработана и внедрена обучающая программа «школа для пациентов с протезированными клапанами сердца».

Цель исследования. Оценить эффективность обучающей программы для пациентов с протезированными клапанами сердца.

Материалы и методы исследования. Обследовано 194 пациента с протезированными клапанами сердца, средний возраст 54,2±4,5 года. Основную группу составили 144 пациента - участники школы больных с протезированными клапанами, контрольную - 50 больных, не участвующих в обучении. Школа для пациентов с протезированными клапанами сердца основана на принципе единого замкнутого цикла обучения - преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных.

Для оценки эффективности обучающей программы разработана анкета «Уровень знаний больных с протезированными клапанами сердца», приверженность к лечению оценивалась по опроснику С.В. Давыдова, качество жизни - по опроснику SF-36. Проводилось анкетирование в основной группе до проведения обучения и после окончания школы, в контрольной - исходно и через 6 месяцев динамического наблюдения.

Результаты исследования. Исходно средний уровень знаний в контрольной группе (10,0±5,3 баллов) сопоставим с уровнем знаний пациентов основной группы до проведения обучающей программы (9,8±6,8 баллов). По завершению школы в 2 раза увеличился уровень знаний, составил 23±6,5 балла ($p<0,05$). В основной группе выявлено статистически значимое повышение информированности пациентов в вопросах антикоагулянтной терапии на 70%, профилактики протезного эндокардита на 75%, физической и психологической реабилитации на 48% и 62%, соответственно ($p<0,05$).

Обследуемые исходно, до кардиохирургического лечения, характеризовались низкими показателями физического здоровья в контрольной и основной группах: 40,5±3,5 баллов и 38,9±4,6 баллов, соответственно. Через 6 месяцев динамического наблюдения физический компонент здоровья увеличился на 24% в контрольной группе и на 27% в основной группе

(p<0,05), при этом регистрировалось увеличение психологического компонента здоровья: на 18% в контрольной (p<0,05) и на 43% в основной (p<0,001) группах. В группах сравнения исходно интегральный показатель приверженности достоверно не различался, соответствовал слабоположительному комплайнсу. По завершению обучающей программы выявлено статистически значимое увеличение приверженности к лечению, интегральный показатель составил +8,15±1,15 баллов (p<0,05).

Выводы.

Повышение приверженности к лечению, качества жизни и информированности пациентов в вопросах назначения антикоагулянтной терапии и профилактики протезного инфекционного эндокардита, физической и психологической реабилитации при проведении школы больных с протезированными клапанами сердца свидетельствуют об эффективности обучающей программы для пациентов с протезированными клапанами сердца.

Горобченко В.М., Тен Ю.В., Миллер Ю.В., Новикова Л.М., Беккер А.А.
"Алтайский государственный медицинский университет"

Кафедра педиатрии ФПК и ППС
г.Барнаул, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Нарушения моторики толстого кишечника у детей, приводящие к запорам, достаточно часты и носят как функциональный, так и органический характер.

В Алтайской краевой клинической детской больнице проведен анализ историй болезни 102 детей первых трех месяцев жизни и 45 детей других возрастных групп, имевших нарушения со стороны толстого кишечника.

В результате исследования установлено, что в периоде новорожденности у детей частота запоров составляет 23-25%. Среди детей 1-15 лет - 6,7% имеют патологию желудочно-кишечного тракта, частота запоров у детей с патологией толстого кишечника - 56%. Болезнь Гиршпрунга выявлена у новорожденных детей в 1 случае, в старшей возрастной группе в 3 случаях. При изучении характера запоров у детей раннего возраста установлено, что они имели компенсированный или субкомпенсированный характер с явлениями гипомоторной дискинезии. Рентгенологически подтверждался диагноз гипомоторной дискинезии. При длительности запоров более 3-4 месяцев рентгенологически формировался мегаколон дистальных отделов. У детей старше 1 года запоры, носили гипомоторный либо смешанный характер. При ирригографии имел место сформированный функциональный мегаколон иногда сочетавшийся с долихосигмой. Изменения слизистой толстого кишечника носили признаки субатрофии и атрофии. Дисбактериоз кишечника 1-2 степени определялся у всех больных. Чисто спастические запоры в наших наблюдениях установлены у 2% детей старшего возраста.

Лечебные мероприятия были тесно связаны с характером патогенеза запоров и синдромами, возникшими в их результате. Лечебное питание для детей первых месяцев жизни включало раннее введение соков с мякотью, смесей с загустителями. Использовались стимулирующий массаж брюшной стенки и сигмовидной кишки, а так же амплипульс по стимулирующей методике. Не допускалось отсутствие стула более одних суток. У детей с неврологической патологией, после консультации невролога, применялись препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость. Так же мы использовали более раннее введение прикормов в виде овощных и овощно-фруктовых пюре. Лактулоза применялась в дозировках, оказывающих слабительный характер. Коррекция дисбиоза и воспалительных изменений проводилась соответственно тяжести микробиологических изменений и признаков воспаления в копрограмме, при этом использовались такие препараты, как «Бифиформ», «Линекс», «Биовестин», фаги и лактулоза. У детей старшего возраста большое значение придавалось диетотерапии. Вводились овощные или овощно-фруктовые салаты. В пищу добавлялись распаренные пшеничные отруби. Увеличивался объем жидкости в 1,5 раза. Добиваясь ежедневного стула, мы применяли очистительные клизмы, свечи с глицерином, осмотические слабительные и прокинетики. В лечение входили стимулирующий массаж и лечебная физкультура. Амплипульс, электрофорез с прозерином использовались в случаях декомпенсации

и субкомпенсации. Коррекция дисбиоза и лечение воспалительных изменений слизистой кишечника осуществлялась параллельно с методами стимуляции.

В результате наших исследований мы пришли к выводу, что запоры функционального характера имеют значительное распространение среди детей и наиболее часты в раннем детском возрасте. Как правило, запоры носят гипомоторный либо смешанный характер и сочетаются с дисбактериозом. Своевременная диагностика и индивидуализация терапии позволяет у всех детей добиться положительных результатов лечения.

Грибачева И.А., Фонин В.В., Дергилев А.П.
Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Не вызывает сомнения, что проблема отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ), в частности, такие вопросы, как прогнозирование, адекватная клинико-патофизиологическая и экспертная оценка и особенно вторичная профилактика осложнений имеют важное общемедицинское и социально-экономическое значение. Между тем, многие вопросы этой проблемы изучены недостаточно, некоторые из них остаются дискуссионными. Отдаленный период ЗЧМТ определяется как этап клинического выздоровления, либо максимума восстановления нарушенных функций, или же, как период возникновения и прогрессирования «запущенных» травмой патологических процессов. Соответственно росту частоты ЗЧМТ с каждым годом увеличивается число больных с их отдаленными последствиями. В среднем они отмечаются у 2 из 3 пациентов, перенесших ЗЧМТ.

Предметом изучения явилась группа больных из 156 человек в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 42,3±3,27) в отдаленном периоде ЗЧМТ различной степени тяжести с катамнезом до трех лет. На момент получения травмы средний возраст пациентов из обследованного контингента составил 39,8±4,46. Среди обследованных было 106 (67,9%) мужчин и 50 (32,1%) женщин, что объяснялось большей подверженности травматизму, преимущественно производственному и транспортному, лиц мужского пола.

При анализе медицинской документации было выявлено, что в остром периоде у 91 (58,3%) пациента ЗЧМТ была квалифицирована как легкая (сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени), у 46 (29,5%) - ушиб головного мозга средней степени тяжести, у 19 (12,2%) - тяжелая ЗЧМТ.

Для уточнения характера морфологических изменений головного мозга всем пациентам проводилось нейровизуализационное исследование: 119 (76,3%) пациентам была выполнена МРТ, 37 (23,7%) пациентам была выполнена КТ.

У 19 (12,2%) больных были выявлены арахноидальные кисты различных размеров (от 0,5 до 2,5 см), расположенные в различных участках поверхности мозга.

У 21 (13,5%) пациента были выявлены признаки окклюзионной гидроцефалии в виде диффузного снижения плотности (при КТ), изменения интенсивности сигнала (при МРТ) перивентрикулярного белого вещества и сужения водопровода с МР-томографическими признаками нарушения по нему ликвороотока, заключающимися в повышении интенсивности сигнала находящегося в его просвете ликвора на Т2-взвешенных изображениях.

У 8 пациентов, перенесших тяжелую ЗЧМТ в раннем отдаленном периоде в участках ушиба мозга были выявлены признаки формирования в сером и белом веществе жидкостьсодержащих полостей различной формы и размеров, в которых определялись признаки сохранения следового количества внесосудистой крови.

Множественное мелкоочаговое поражение перивентрикулярного и субкортикального белого вещества было выявлено у 108 (69,2%) пациентов.

Полученные при обследовании пациентов в раннем отдаленном периоде (до 3 лет)

закрытой черепно-мозговой травмы нейровизуализационные данные показали высокую выявляемость патологических изменений головного мозга и необходимость включения КТ или МРТ в алгоритм исследования. Так же было выявлено, что морфологические изменения не всегда коррелируют с клинической картиной и часто опережают проявления органической неврологической симптоматики, что делает неоценимым применение методов нейровизуализации на ранних этапах составления лечебных и реабилитационных программ.

Григорьев Ю.А.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ БИОУГРОЗЫ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

На протяжении второй половины XX века мир на планете Земля поддерживался во многом за счет опасности взаимного гарантированного уничтожения противостоящих сторон. Нынешний этап глобального развития в XXI веке можно назвать как «мир на основе взаимной зависимости». Использование биологического оружия делает государства зависимыми друг от друга, так как никто в мире не обладает достаточными собственными ресурсами в области стратегической разведки, обнаружения и системы раннего оповещения о биоугрозе, никто не имеет полного запаса вакцин, сывороток и медикаментов для самостоятельной ликвидации последствий применения данного оружия.

В Российской Федерации биологическую угрозу для человека, общества и государства представляют:

1) массовые вспышки инфекционных заболеваний, эпидемии, эпизоотии на территории страны и в сопредельных государствах;

2) естественные резервуары патогенных микроорганизмов;

3) ввоз и другие виды трансграничного перемещения на территорию Росси и патогенных микроорганизмов, представителей флоры и фауны, опасных для экосистем и человека;

4) аварии и диверсии на объектах, где ведется работа с патогенными микроорганизмами;

5) биологический терроризм;

6) возможность применения против РФ биологического оружия.

Ведущие специалисты отмечают, что в нашей стране в связи с ростом биологических угроз отчетливо прослеживается снижение уровня защищенности населения и окружающей среды. Необходимо признать и тот факт, что ратификация Конвенции о запрещении биологического и токсинного оружия не предотвратила работы в некоторых странах с возбудителями чумы, сибирской язвы, оспы и другими особо опасными инфекциями. Появляются новые заболевания (ВИЧ/СПИД, лихорадки Эбола и Марбурга). Происходит активизация ранее побежденных инфекций (туберкулез, малярия, полиомиелит, дифтерия). Новые возбудители заболеваний могут возникнуть в ходе эволюционной изменчивости микроорганизмов. Есть реальная опасность преднамеренного создания генетически модифицированных организмов с террористическими и военными целями.

Различные профессиональные группы населения в неодинаковой степени подвержены риску заболеваемости инфекционной патологией. В России в 1999 году утвержден перечень работ, выполнение которых увеличивает указанный выше риск. В этот перечень включены работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных; работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей; работы с больными инфекционными заболеваниями, а также с кровью и биологическими жидкостями человека. В данный перечень включены работы во всех типах и видах образовательных учреждений (школы, колледжи, институты, университеты), что значительно расширяет круг лиц (учащиеся, студенты, преподаватели), подверженных риску высокой инфекционной заболеваемости.

Данный Перечень дает возможность органам власти субъектов РФ и местным органам самоуправления располагать оперативной и долгосрочной информацией по нескольким направлениям. Во-первых, о числе предприятий, где работники имеют повышенный риск заражения высококонтагиозными инфекциями. Во-вторых, этот Перечень позволяет прогнозировать масштабность, скорость распространения и численность пораженных лиц в случае развития биологически опасного инцидента или чрезвычайной ситуации. В-третьих, данные о предполагаемой численности пораженных могут быть основой при профилактических мероприятиях, для создания резерва диагностических, лечебных и технических средств защиты работников опасных объектов и всего населения. Все указанные возможности прогнозирования могут быть эффективно реализованы только при наличии семейства компьютерных моделей развития эпидемиологического процесса

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

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОГЕНОВ

Под источниками биологической опасности подразумеваются биологические факторы, которые способны причинить ущерб здоровью людей, а также нанести урон обществу, экономике и национальной безопасности страны. К основным источникам биологической опасности для человека, животных, растений и окружающей среды относятся патогенные микроорганизмы, то есть возбудители инфекционных заболеваний. Опасность представляют как природные, так и генетически модифицированные патогены, которые могут быть преднамеренно созданы с террористическими и военными целями.

В РФ Указом Президента от 08.08.2001 г. N 1004 утвержден Список возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, генетически измененных микроорганизмов, токсинов, оборудования и технологий, подлежащих экспортному контролю. Этот Список законодательно определяет существующие источники биологической опасности, так как они могут быть использованы при создании биологического и токсинного оружия. Особо опасные инфекции (оспа, чума, сибирская язва) чаще всего рассматриваются в качестве потенциального биологического оружия. При этом необходимо отметить, что ликвидация натуральной оспы к началу 80-х годов XX века и прекращение вакцинации против этой инфекции привели к увеличению прослойки людей с высоким риском инфицирования при встрече с данным возбудителем. По мнению многих специалистов, необходимо возобновить вакцинацию населения против натуральной оспы в связи с высокой вероятностью использования этого патогена в качестве биологического оружия.

Значительную биологическую угрозу для человека представляют новые (Emerging) инфекции, которые вызываются ранее неизвестными патогенами. В течение последних десятилетий человек столкнулся со значительным числом новых патогенов, которые стали реальной угрозой для его жизни и здоровья. В этом перечне - вирусы, бактерии, простейшие, а также прионы. Появление новых инфекций связано и с преодолением микроорганизмами межвидовых барьеров. Появляется все больше обоснованных суждений, что ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) появился в результате разработки живой вакцины от полиомиелита. Клетки почек обезьян, на которых культивировали вирус полиомиелита, содержали вирус SIV - обезьяний аналог вируса иммунодефицита человека. Попав вместе с вакциной против полиомиелита в организм человека, SIV приобрел ряд новых свойств, которые характерны для ВИЧ.

Существует несколько классификаций патогенов (и вызываемых ими заболеваний) по таким параметрам как поражающее действие, токсичность, заболеваемость и смертность. Так, например, Центр по контролю и профилактике заболеваний (США) определил три категории возбудителей инфекционных заболеваний. Категория А включает патогены, представляющие угрозу государственной безопасности, так как они могут легко распространяться или быть переданы от человека к человеку, вызывать высокую смертность, панику и общественные беспорядки, существенно влиять на общественное здоровье, требуют особых действий в системе здравоохранения для обеспечения мер готовности к данной опасности. В категорию А включены следующие заболевания: сибирская язва, ботулизм, чума, оспа, туляремия, вирусные геморрагические

лихорадки. Возбудители (и заболевания) категории В определены следующим образом: легко распространяются, характеризуются средними показателями заболеваемости и смертности, требуют усиления диагностических и терапевтических мощностей системы здравоохранения. В эту категорию входят бруцеллез, сап, ложный сап, орнитоз, ку-лихорадка, вирусный энцефалит, холера. Третья категория патогенов (категория С) классификации Центра по контролю и профилактике заболеваний (США) включает те биовозбудители, которые могут производиться для массового распространения в будущем ввиду их доступности, легкости производства и распространения, а также высокого уровня заболеваемости и смертности среди пораженного населения.

Григорьев Ю.А., Москвитин П.Н.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздравсоцразвития России
г.Новокузнецк, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АТАК

Терроризм - это действие, направленное, в первую очередь, на устрашение человека. Террористы бросают цивилизованному обществу вызов, который базируется на демонстрации агрессивности и разрушающей силе, на циничном попрании гуманизма и самой жизни человека.

Концепция психической травмы состоит в том, что люди, получившие ее от стрессового события, через некоторое время обнаруживают неспособность нормально функционировать и справляться с возникающими жизненными обстоятельствами. Реакция людей на психические травмы в настоящее время объединяется понятием посттравматического стресса, которому подвержены как жертвы террористического акта, так и «спасатели» и «лица второй линии поражения». Последствия пребывания человека в травматической ситуации, связанной с массовыми жертвами, получают развитие в нескольких клинических проявлениях, которые представлены ниже.

Посттравматическое стрессовое расстройство (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) может возникнуть после воздействия экстремального травмирующего стрессора, когда человек является прямым свидетелем ситуаций со смертельным исходом или сталкивается с непосредственной угрозой смерти (получения физического вреда). Реагирование человека на такую ситуацию включает сильный аффективный компонент интенсивного страха, беспомощности и ужаса.

Острое стрессовое расстройство (Acute Stress Disorder - ASD). В целом аналогично PTSD, но проявление симптомокомплекса короче по длительности. Как и в случае с PTSD, человек должен быть участником события или непосредственным свидетелем. Указанное событие угрожало его жизни или завершилось нанесением физического вреда самой жертве или другим людям. ASD представляет интенсивную аффективную реакцию, включающую страх, беспомощность или ужас.

Большое депрессивное расстройство (Major Depressive Disorder - MDD). Депрессия диагностируется в период от двух и более недель после события. Она связана с совокупностью вегетативных симптомов, таких как трудности со сном и летаргия (патологическое состояние с ослаблением всех проявлений жизни: обездвиженность, понижение основного обмена веществ, ослабление реакций на внешние раздражители).

Синдром психологического выгорания (Burnout). Человек, переживающий ситуацию психологического выгорания, может проходить несколько различных стадий. При этом симптомы аналогичны симптоматике стрессов, тревожности и депрессивного расстройства. Постепенно, после пролонгированного переживания интенсивных стрессовых состояний и тревожности, человек может социально изолироваться. После этой стадии могут наступить классические симптомы депрессивного состояния.

Синдром генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder - GAD). При данном состоянии тревожность и беспокойство присутствуют (проявляются) постоянно в течение шести месяцев и более. Людям, которые страдают GAD, очень трудно контролировать свою тревожность. У них проявляются сочетания, по крайней мере, трех из перечисленных симптомов: утомляемость, ослабление концентрации внимания, раздражительность, мышечная скованность,

нарушение сна. Злоупотребление наркотиками, алкоголем и состояние зависимости. Критерии для установление злоупотребления включают дезорганизующие модели поведения человека в различных сферах жизнедеятельности. Сюда включается неспособность полностью выполнять свои функциональные обязанности на рабочем месте или дома, повторяющиеся эпизоды злоупотребления алкоголем, которые ставят человека на грань высокого риска травмы, продолжение злоупотребления алкоголем, несмотря на возникающие личные и социальные проблемы.

Все перечисленные клинические проявления у пострадавших требуют участия квалифицированных специалистов (терапевтов, психологов, психиатров, наркологов) для лечения и реабилитации пациентов.

Григорьев Ю.А., Баран О.И., Москвитин П.Н.
ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздравсоцразвития России
г.Новокузнецк, Россия

ПОТРЕБНОСТИ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА И ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Поддержка пострадавших в результате террористического акта должна оказываться в срочном порядке. Считается, что эмоционально-психологическая помощь является важной, но и другие виды содействия следует оказывать незамедлительно. Во время катастрофических событий службы спасения должны удовлетворить потребности жертв в связях с семьями и родными. Такая информация часто становится наиболее важным видом поддержки. Люди, проживающие как в районе совершения террористической атаки, так и в других местах, нуждаются в объективной информации о случившихся событиях. Жертвам террористической атаки и другим пострадавшим после сортировки требуется оказание медицинской и психологической помощи с последующей эвакуацией по назначению. Службы, занимающиеся ликвидацией последствий террористического акта, имеют свои особые потребности для обеспечения эффективной работы и собственного выживания. При работе в очаге поражения существует острая потребность в координации и обмене информацией, во взаимодействии с общественностью. Надо иметь в виду, что в ситуации хаоса первого периода катастрофы часто распространяется несогласованная и даже противоречивая информация. Этот факт отрицательно влияет на все последующие этапы ликвидации последствий чрезвычайной ситуации. На всех этапах требуется учет этнокультурной специфики сообщества людей, пережившего катастрофу.

Среди возможных способов психологического реагирования при ликвидации последствий террористической атаки необходимо выделить метод дебрифинга критического стрессового инцидента (Critical Incident Stress Debrifing - CISD). Этот метод был разработан Дж. Митчеллом в начале 1980-х гг. и предназначался для обеспечения управления стрессовыми ситуациями у сотрудников экстренных служб. В дальнейшем этот подход как индивидуальная и групповая процедура стал известен под названием «управление критическими стрессовыми инцидентами» (Critical Incident Stress Management - CISM). Система CISM теперь используется как процедура вмешательства при ликвидации последствий травматических инцидентов для всех жертв катастрофических событий. В модели CISM предполагается, что вмешательство должно проходить как можно быстрее. Эта психотерапевтическая модель делает акцент на обсуждении травматического события и оживлении эмоциональных переживаний в защищенных условиях. Теоретическая основа CISM предполагает совместное (групповое) переживание травмирующего опыта для нормализации отклонений, что обеспечивает более эффективное восстановление психоэмоцинальной сферы.

Важным способом психологического реагирования является «когнитивно-поведенческая терапия» (Cognitive Behavioral Therapy - CBT). CBT является приемлемым инструментом редукции первоначальных стрессовых симптомов и симптомов ASD в предотвращении развития хронического PTSD. Техника CBT содержит арсенал интервенций, предназначенных для благополучного аффективно-стрессового управления переживаниями психотравмирующей ситуации.

В последние годы накопились данные, в которых критически оценивается эффективность

методов CISD/CISM в процедурах вторичного предотвращения хронического PTSD. Ведущими специалистами разработаны рекомендации, в которых предполагается новое видение проблем психотравматологии и перспектив ее развития. Основными направлениями развития предполагаются следующие:

1) тренинг (помощь профессиональным организациям по проблемам психического здоровья и развитию тренинговых программ);

2) экспресс-диагностика и оценка (проведение исследований по оценке психических травм и моделей поведения для долговременного предсказания психоэмоциональных расстройств);

3) коммуникация (разработка образовательных программ по психическому здоровью, оценка особой роли СМИ и Интернета в трансляции беспокойства и неуверенности среди населения).

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.

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

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ В ТУБУЛЯРНЫХ АДЕНОМАХ

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2007 г. количество заболевших раком толстой кишки во всем мире составило 945000, а смертность от этого заболевания 492000.

В России колоректальный рак в структуре онкологических заболеваний за последние 20 лет переместился с 6-го на 3-е место.

Заболеваемость в Кузбассе у мужчин раком ободочной кишки составляет 12,9, прямой - 15,1, у женщин: раком ободочной кишки - 10,8, прямой - 9,7.

Большинство ученых в своих работах убедительно доказали последовательность аденома-рак. Одним из таких доказательств является наличие участка аденокарциномы в аденоме. Практически все авторы находят зависимость между степенью дисплазии аденом и частотой возникновения рака.

Основным методом ранней профилактики рака толстой кишки является полипэктомия с дальнейшей морфологической верификацией удаленного образования.

Установлена четкая зависимость между степенью дисплазии аденом и частотой возникновения рака, таким образом, дисплазия является косвенным показателем пролиферативной активности аденомы.

Цель исследования. Оценка пролиферативной активности аденом путем подсчета митотического индекса эпителия, оценка размера ядра путем вычисления ядерно-цитоплазматического индекса и оценка секреторной активности желез путем подсчета количества бокаловидных клеток в тубулярных аденомах с различной степенью дисплазии эпителия.

Работа основана на ретроспективном изучении биопсийного материала за 2008-2011 гг., полученном при проведении ФКС у пациентов, находящихся на стационарном и амбулаторном наблюдении в ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ».

После гистологической проводки и изготовления срезов на санном микротоме (МС-2, «Точмедприбор», Украина, 2008 г.в.) материал окрашивался гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и на слизь Альциановым-синим. Микроскопическое исследование проводилось на микроскопе «Биомед - 6» (Россия, 2010 г.в.).

Общее число аденом за этот период составило 475, из них тубулярные аденомы составили 77,2% (n=367), тубулярно-ворсинчатые 20,6% (n=97), ворсинчатые 2,2% (n=11). Научный интерес для нас представили тубулярные формы аденом, в связи с их наибольшей распространенностью.

Распределение пациентов по полу и возрасту в нашем исследовании не проводилось.

Деление тубулярных аденом (n=367) по степеням дисплазии было следующим:

- дисплазия I степени выявлена в 29,9% (n=110),

- дисплазия II степени в 57,8% (n=212),
- дисплазия III степени в 12,3% (n=45) случаях.

При морфологическом исследовании определялся митотический индекс путем подсчета количества клеток в участках дисплазии, находящихся в М-фазе митоза на 1000 энтероцитов.

Оценка секреторной активности желез определялась путем подсчета количества бокаловидных клеток в участках дисплазии на 1000 энтероцитов.

Результаты подсчета митотического индекса и количество бокаловидных клеток выражали в промилях (‰).

Оценка размера ядра клетки проводилась путем вычисления ядерно-цитоплазматического индекса в участке дисплазии эпителия. Результат выражался в долях.

Подсчет вышеуказанных показателей осуществлялся в специализированном программном обеспечении для морфометрических измерений «PhotoM» (Россия). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и X^2.

Митотический индекс эпителия тубулярных аденом с I степенью дисплазии составила 0,83±0,02‰, со II степенью дисплазии 4,02±0,04‰, с III степенью дисплазии 4,49±0,04‰.

Показатель секреторной активности желез тубулярных аденом с I степенью дисплазии составил 284,5±3,44, а со II степенью дисплазии 127,8±2,07. В эпителии аденом с III степенью дисплазии бокаловидные клетки отсутствовали.

При вычислении ядерно-цитоплазматического индекса в участке дисплазии эпителия получены следующие данные: при I степени дисплазии ядерно-цитоплазматический индекс составил 0,32±0,01, при II степени дисплазии - 0,88±0,03, и при III степени дисплазии - 2,53±0,03.

Выводы.

1. Полученные данные с использованием специализированного программного обеспечения для морфометрических измерений «PhotoM» оказались достоверными во всех исследуемых показателях, таким образом, данная методика исследования дает возможность более объективно оценить степень дисплазии аденом.

2. Учитывая достоверно значимые различия в показателях дисплазии аденом и в то же время различные вероятность и скорость их озлокачествления, определения лишь степени дисплазии аденомы не достаточно для прогнозирования сценария дальнейшего развития опухоли у конкретного больного.

Дергилев А.П., Грибачева И.А., Фонин В.В.

Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Диагностика гидроцефалии в основном строится на применении лучевых методов исследования с учетом клинических проявлений заболевания. Методами нейровизуализации (МРТ, КТ, спиральной КТ, в меньшей степени краниографией) при внутричерепной гипертензии можно определить «пустое» турецкое седло. Названный синдром «пустого» турецкого седла возникает вторично на фоне длительного персистирования внутричерепной гипертензии (при хронической форме ВЧГ более 6-9 месяцев), когда под влиянием пульсовых колебаний цереброспинальной жидкости сдавливаются хиазма и гипофиз. В клинической картине возникают расстройства со стороны органа зрения и нейроэндокринные нарушения. В свою очередь, эндокринные нарушения влияют на ВЧД (в частности нарушение синтеза вазопрессина, пролактина, окситоцина, других гормонов и биологически активных веществ типа простагландинов и кининов). Предметом исследования явилась группа больных из 94 человек в возрасте от 18 до 45 лет с клиническими признаками гипертензивной гидроцефалии, подтвержденной методами нейровизуализации. Среди обследованных было 62 (65,9%) мужчин и 32 (34,1%) женщины. Средний возраст составил 39,7±1,2 лет. Достоверных отличий по возрасту и тяжести состояния среди мужчин и женщин внутри обследованной группы выявлено не было.

Жалобы у пациентов данной группы были неспецифичны. Чаще предъявлялись жалобы на головную боль, головокружение, раздражительность, плохой сон, снижение работоспособности,

расстройства памяти, зрительные расстройства (мелькание «мушек» перед глазами, сужение полей зрения, двоение в глазах), вегето-сосудистые нарушения (потливость, приступы сердцебиения, нестабильность артериального давления, панические атаки, периферические ангиодистонические расстройства и т.д.). Несколько реже встречались указания на так называемые «малые» признаки ВЧГ: ретроорбитальные боли, артралгии, боли в спине и конечностях, чувствительные расстройства, как правило, в виде парестезий. У подавляющего большинства больных при этом наблюдалось сочетание двух и более жалоб.

При катамнестическом исследовании было показано, что причиной возникновения гипертензионной гидроцефалии являлись черепно-мозговые травмы (ЧМТ), перенесенные нейроинфекции, выявленные при клиническом обследовании пороки развития (аномалии краниовертебрального перехода, уменьшение объема задней черепной ямки, аномалии сосудов головы и шеи и т.д.). При этом принимался во внимание фактор наследственной предрасположенности к ВЧГ. У части пациентов было выявлено сочетание нескольких катамнестических факторов.

Всем 94 больным было выполнено нейровизуализационное исследование. Из них КТ была выполнена 62 (65,9%), МРТ - 32 (34,1%) пациентам.

Во всех случаях было выявлено расширение боковых желудочков. У 74 (78,7%) пациентов расширение желудочков было симметричным, у 20 (21,3%) в большей степени был расширен один из боковых желудочков. Расширение III желудочка было выявлено в 46 (48,9%) наблюдениях, расширение IV желудочка встречалось реже и было диагностировано у 11 (11,7%) пациентов. Различной степени сужение субарахноидального пространства было выявлено в 67 (71,3%) случаях. Сужение базальных ликворных цистерн (большой, моста, межножковой) было выявлено у 45 (47,9%) пациентов. У 11 из 32 пациентов (что соответствует примерно 1/3 части), которым была выполнена МРТ, выявлены признаки «пустого» турецкого седла. Признаки отека перивентрикулярного белого вещества в виде снижения его плотности при КТ и изменении интенсивности сигнала при МРТ было выявлено у 81 (86,2%) пациента.

Результаты работы показали, что такие методы лучевой диагностики как КТ и МРТ должны включаться в комплекс диагностических мероприятий при обследовании больных с гипертензивной гидроцефалией. Они позволяют не только верифицировать диагноз, но и определять степень выраженности патоморфологических изменений для комплексной оценки клинических и инструментальных данных.

Долгих В.Т., Епифанов В.Г.
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Станция скорой медицинской помощи
г.Омск, Россия

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ: ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Изучали эффективность оказания неотложной медицинской помощи у 1200 больных с неосложненными приступами ФП. Артериальной гипертензией (АГ) страдали 386 больных с ФП, ишемической болезнью сердца (ИБС) - 398 человек, идиопатической (диагноз на догоспитальном этапе не установлен) персистирующей фибрилляцией предсердий (ФПНЭ) - 212 человек.

Из больных, обратившихся за скорой медицинской помощью, сформировано 2 группы. Всем больным с некупированным после оказания помощи приступом ФП, согласно современным руководствам и рекомендациям, предлагали госпитализацию. В первую группу вошло 645 человек - больные, приступ аритмии у которых был купирован на догоспитальном этапе и больные, отказавшиеся по разным причинам от госпитализации после проведенной безуспешной медикаментозной кардиоверсии. Во вторую группу пациентов с неосложненным приступом ФП - группу госпитализированных после неудавшейся медикаментозной кардиоверсии, предпринятой на догоспитальном этапе, - вошло 555 человек.

Антиаритмическую терапию в обеих группах проводили антиаритмическими препаратами, включенными в «Стандарты медицинской помощи для скорой медицинской помощи». Для купирования приступа ФП внутривенно вводили кордарон (амиодарон, «КРКА») в однократной дозе 5 мг/кг, новокаинамид (прокаинамид, «Органика») в дозе 0,5-1 г, верапамил 5-10 мг (в среднем 0,1 мг/кг) («Алкалоид»), дигоксин 0,25 мг («Никомед»). Антиаритмики применяли на фоне предварительного введения 10 мл панангина («Gedeon Richter»). Действие препаратов оценивали в течение 50-70 мин (в среднем в течение 64,1±3,2 мин). Проводили электрокардиографический контроль и измерение артериального давления в течение всего периода наблюдения.

Нами разработано программное средство прогнозирования времени купирования неосложненного приступа фибрилляции предсердий, что дает возможность работнику скорой медицинской помощи правильно выбрать оптимальную тактику и схему лечения, исходя из индивидуального прогноза пациента. Дальнейшая оптимизация данных технологий и внедрение их в практику позволит облегчить труд работника скорой медицинской помощи, увеличить его производительность, сделать процесс постановки диагноза и принятия тактического решения более точным, качественным и быстрым.

Установлено, что проводимая на догоспитальном этапе антиаритмическая терапия по лечению приступов фибрилляции предсердий мало эффективна в течение первых часов наблюдения за больными. Подавляющее число случаев фибрилляции предсердий купируется к 12-24 часам от начала лечения, независимо от тактики ведения этих пациентов и от применяемых антиаритмических препаратов.

Недостаточное на этапе скорой медицинской помощи снижение частоты сердечных сокращений увеличивает продолжительность приступа фибрилляции предсердий и ведет к росту числа госпитализаций. Тактика оказания медицинской помощи при неосложненных приступах фибрилляции предсердий длительностью до 24 часов на догоспитальном этапе должна быть направлена, в первую очередь, на нормализацию частоты сокращения желудочков.

Для определения времени купирования неосложненного приступа фибрилляции предсердий с целью выбора оптимальной тактики и схемы лечения на догоспитальном этапе, исходя из индивидуального прогноза пациента, могут быть применены обученные искусственные нейронные сети.

Дунаева М.П., Алимова Я.Ю.

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

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Реактивный артрит - иммуновоспалительное заболевание суставов, возникает одновременно с инфекционным процессом или вскоре после него и является системным клиническим проявлением этой инфекции.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 49 историй болезни пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с реактивным артритом (РеА). Из них 28 пациентов - девочки (57%), в то время как мальчиков было всего 21 (43%). Средний возраст составил 8,8±4,6лет. По возрасту дети преддошкольного периода (от 1года до 3-х лет) - 6 пациентов, дошкольный период (с 3-х до 6 лет) - 11 детей, младший школьный период (с 7 до 11 лет) - 13 детей, старший школьный период (с 12 до 17 лет) - 19 пациентов. Моноартрит наблюдали у 24 детей, олигоартрит - у 10 детей, полиартрит - у 15 пациентов. У детей младшего возраста преобладает поражение одного или двух суставов, в старшем возрасте - полиартрит и сопровождается воспалительными изменениями в анализах крови.

Результаты исследования. Выявлено отсутствие ревматоидного фактора у всех обследованных пациентов. В группе пациентов от 1 года до 3-х лет установлено, что РеА случился после перенесенного ОРЗ и гастроэнтерита в анамнезе. Было отмечено повышение содержания С-реактивного белка соответственно активности заболевания у 9 пациентов (18,4%) и повышение

антистрептолизина О у 5 человек (10,2%). В исследовании не была установлена причина реактивных артритов у 47% пациентов. Наличие хламидийных антител (иммуноглобулинов различных классов) в сыворотке крови выявлено у 2-х пациентов (4%). Из носоглотки у 17 детей (34,7%) выделены культуры рода Streptococcus. Также был выявлен диагностический титр антител из крови пациентов к паразитарным инфекциям (описторхии и токсокары) у 3-х человек и копрологическим методом выделена культура энтеробактерий у 4-х детей (8,2%). Диагноз ювенильный ревматоидный артрит установлен у 1 ребенка.

Выводы.

Таким образом, группе детей в возрасте от 1 года до 15 лет с реактивными артритами преобладают девочки в 57% случаев. Связь с инфекцией была установлена у 26 пациентов (53%). В 53% случаев был определен этиологический фактор (возбудитель), вызвавший развитие реактивного артрита. Установление этиологии и использование современных методов лечения на ранних стадиях заболевания РеА в 87,8% случаев позволяет достигнуть выздоровления и улучшения качества жизни детей.

Егорова О.Н., Подолужный В.И.
МБУЗ «ГКБ N 3 им. М.А. Подгорбунского»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБИОТИКО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ К ФТОРХИНОЛОНАМ

Не смотря на большой спектр антибактериальных средств, в последние годы появляются микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью. Все чаще выявляются резистентные штаммы среди различных групп микробов, избавиться от которых очень трудно. Поэтому актуальным остается вопрос создания новых антибактериальных препаратов.

На сегодняшний день в группе фторхинолонов появился новый перроральный антибиотик - прулифлоксацин, который рассматривается в качестве эффективного средства против различных групп микроорганизмов. Препарат является наиболее сильнодействующим фторхинолоном против грамотрицательных микробов с минимальной вероятностью возникновения антибиотикоустойчивых бактериальных штаммов.

Цель исследования. Изучить чувствительность грамотрицательной микрофлоры, выделенной от пациентов отделений многопрофильного лечебного учреждения, к прулифлоксацину и сравнить эти результаты с чувствительностью микроорганизмов к другим антибиотикам фторхинолонового ряда.

Материалы и методы исследования. На базе бактериологической лаборатории в течение 3-х месяцев проводили сравнительные испытания чувствительности грамотрицательных микроорганизмов к антибактериальным препаратам группы фторхинолонов. Антибиотикочувствительность определяли диско-дифузионным методом, применяя бумажные диски с нанесенной на них определенной концентрацией антибиотика у 100 клинических штаммов, выделенных из патологического материала различных биологических локусов пациентов: дыхательных, мочевыводящих путей, кровеносного русла, полостей и ран. При характеристике антибиотикочувствительности применяли общепринятые показатели: «чувствительные - S», «умеренно-резистентные - I», и «резистентные - R». Интерпретацию результатов осуществляли в соответствии с рекомендациями CLSI, США.

Результаты и обсуждение. В клинической практике данного лечебного учреждения наиболее часто из группы фторхинолонов применяли ципрофлоксацин и левофлоксацин, прулифлоксацин для лечения больных не применяли. По данным наших исследований, за 2004-2007 годы чувствительными к ципрофлоксацину и левофлоксацину были 50,68% штаммов, резистентными - 35,87%. В 2010 году только 14,84% штаммов проявляли активность в отношении ципрофлоксацина и левофлоксацина, количество резистентных штаммов увеличилось до 85,16%. Полученные данные свидетельствуют о росте резистентных штаммов к антибактериальным препаратам фторхинолонового ряда, количество устойчивых штаммов в этой группе увеличилось в 2,4 раза.

Таким образом, необходима замена этих антибиотиков на новые, к которым и относится прулифлоксацин. Исследование активности прулифлоксацина в отношении грамотрицательной микрофлоры, выделенной от пациентов различных отделений, показало высокую чувствительность микроорганизмов к этому антибиотику в 97% случаев. В исследовании принимали участие 45 штаммов Escherichia coli, из которых 43 штамма чувствительны к антибиотику прулифлоксацин, 18 штаммов Klebsiella pneumoniae, из них 18 штаммов обладали высокой активностью в отношении прулифлоксацина и 6 штаммов Pseudomonas aeruginosa, все штаммы оказались чувствительны к прулифлоксацину. Следует отметить, что прулифлоксацин проявлял 100% чувствительность при выделении полирезистентных штаммов, в том числе резистентных к остальным фторхинолонам.

Выводы.

1. В настоящее время для повышения эффективности лечения пациентов первостепенное значение приобретает микробиологический мониторинг за лекарственной устойчивостью возбудителя.

2. Анализируя данные исследований, можно сделать вывод, что грамотрицательные микроорганизмы обладают высокой чувствительностью к антибиотику прулифлоксацину в сравнении с другими антибиотиками фторхинолонового ряда.

Емельянова О.Н., Исакова Н.В.
ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия"
г.Чита, Россия

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Приоритетной проблемой педиатрии является охрана здоровья детей в образовательных учреждениях. Значительный период жизни ребенка совпадает с систематическим обучением, становлением личности индивидуума в социальном плане, формированием стереотипов обучения. Интенсивный рост и развитие организма в этот период, происходящие на фоне созревания основных регуляторных систем, определяют высокую зависимость формирования здоровья ребенка от воздействия неблагоприятных средовых факторов.

Обеспечение баланса между образовательной средой школы, в которой воспитывается и обучается ребенок, и физиологическими особенностями детского организма, необходимого для реализации условий по сохранению и укреплению здоровья ребенка, возможно только на основе единства усилий педагогов, медицинской и психологической службы образовательных учреждений и родителей.

Основой формы оздоровления «семья - школа - медицинский восстановительный центр» является взаимодействие с родителями для выполнения оздоровительной программы, включающей в себя индивидуализацию режима дня, устранение гипокинезии, рациональное питание и выполнение медицинских процедур.

В региональном здравоохранении используются варианты реабилитации школьников в учреждениях восстановительного лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности реабилитации младших школьников с проявлениями минимальной мозговой дисфункции (52 ребенка) в городском центре восстановительного лечения.

В осеннее-весенний период во время каникул школьникам проводилось 2 курса реабилитации длительностью 20 дней.

В комплекс оздоровления включались организация рационального режима дня с дневным сном, расширение двигательной активности. В восстановительном центре детям проводилась транскраниальная электростимуляция, гидротерапия (сауна), лечебная физкультура, общий массаж, психокоррекция.

Эффективность реабилитации оценивалась по динамике умственной работоспособности в течение учебного года, нервно-психическому статусу, показателям кардиоинтервалографии.

У детей после оздоровления выявлено уменьшение частоты жалоб на неустойчивое

настроение, фобии, утомляемость, головные боли, поведенческие нарушения. Регистрировалось уменьшение частоты нарушений сна и аппетита на 13,4% и 15,4% соответственно. Констатировано уменьшение числа школьников с плохой переносимостью жары и транспорта на 9,6%. Отмеченное свидетельствует о стабилизации психоэмоциональной сферы у детей при организации оздоровления.

В течение учебного года показатели интенсивности и точности умственной работоспособности у оздоравливаемых детей сохранялись на прежнем уровне. До оздоровления высокие показатели умственной работоспособности определялись у 1/5 детей (19,4%), у более половины (63,3%) школьников регистрировались средние показатели, у 17,3% учащихся отмечалась низкая умственная работоспособность. После оздоровления низкие показатели умственной работоспособности не регистрировались, наблюдалось увеличение числа школьников с высокой умственной работоспособностью на 17,1%.

По данным кардиоинтервалографии, до оздоровления у более половины школьников (61,5%) исходный вегетативный тонус соответствовал симпатикотонии, у 1/5 (19,25%) - ваготонии и эйтонии. У детей с исходной симпатикотонией нервной системы в процессе лечения отмечалось достоверное уменьшение показателей индекса напряжения и амплитуды моды, увеличение моды и дисперсии. У детей с исходной ваготонией регистрировалось достоверное увеличение ИН и снижение дисперсии. У детей с эйтонией достоверной динамики не выявлено. Таким образом, комплекс оздоровительных процедур в течение года оказывает стабилизирующее действие на вегетативную регуляцию, отчетливо выраженное при симпатикотоническом исходном вегетативном тонусе.

Таким образом, комплексное оздоровление младших школьников с проявлениями минимальной мозговой дисфункции способствует стабилизации психоэмоциональной сферы, умственной работоспособности и вегетативной регуляции.

Ефанова О.С., Чернявский А.М., Эфендиев В.У.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина» г.Новосибирск, Россия

ДИНАМИКА ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ И МЕДИКАМЕНТОЗНОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов обследования больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) при хирургическом (коронарное шунтирование) и медикаментозном методах лечения.

Материалы и методы исследования. Выполнен анализ результатов лечения 90 больных ИБС с выраженной дисфункцией миокарда ЛЖ в течение 6 лет. I группа - 30 пациентов, которые получали изолированную медикаментозную терапию, II группа - 60 пациентов после операции коронарного шунтирования, которые также получали медикаментозную терапию.

В I группе пациентов соотношение мужчин/женщин - 24/6; средний возраст пациентов 59,6±6,1 лет, средний функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения (CCS) - 1,85±1,0, сердечной недостаточности (NYHA) - 3,1±0,4, конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ - 64,3±6,5 мм, конечно-диастолический объ□м (КДО) ЛЖ - 224,3±51,8 мл, конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ - 168,0±48,1 мл, ударный объем (УО) ЛЖ - 58,8±16,1мл, фракция выброса (ФВ) ЛЖ - 27,6±7,1%, степень митральной недостаточности - 1,5±0,7, давление в легочной артерии - 47,1±14,8 мм рт.ст..

Во II группе пациентов соотношение мужчин/женщин - 51/9; средний возраст пациентов - 59,8±5,9 лет, средний ФК стенокардии напряжения - 2,74±1,1, сердечной недостаточности - 2,9±0,2, КДР ЛЖ - 61,8±5,2 мм, КДО ЛЖ - 213,3±36,3 мл, КСО ЛЖ - 146,3±34,0 мл, УО ЛЖ - 65,7±11,9 мл, ФВ ЛЖ - 31,7±5,9%, степень митральной недостаточности - 1,5±0,5, давление в легочной артерии - 40,5±10,7 мм рт.ст.. Критерии включения пациентов в исследование: симптомы I-IV ФК стенокардии (CCS), с симптомы II-IV ФК сердечной недостаточности (NYHA), ФВ

ЛЖ ниже 40%. Критерии исключения пациентов из исследования: возраст менее 35 лет и более 70 лет, ФВ ЛЖ более 40%, выраженная патология клапанного аппарата сердца, планирующиеся какие-либо методы лечения сердечно-сосудистой патологии (коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика коронарных артерий, CRT, кардиовертер-дефибриллятор, ТМЛР, имплантация систем вспомогательного кровообращения, трансплантация сердца и т.д.), тяжелая сопутствующая патология. В объем обследования входило: клинико-лабораторные исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, селективная коронарография, тест 6-минутнойходьбы, оценка качества жизни согласно опроснику SF36. Повторные исследования выполнялись в двух группах пациентов каждые 6 месяцев в течение 6 лет.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что летальность за 6 лет в I группе составила 26,7% (8 пациентов), во второй группе - 18,3% (11 пациентов). В I группе отмечается незначительное уменьшение ФК стенокардии напряжения до 1,2±0,8 и сердечной недостаточности до 3,0±0,3, что не имеет достоверных различий в сравнении с исходными данными. Также, в I группе отмечается невыраженное уменьшение КДР ЛЖ до 62,4±6,3 мм, КДО ЛЖ до 196,1±47,4 мл, КСО ЛЖ - 149,7±51,7 мл и УО ЛЖ до 52,6±11,3 мл, минимальное увеличение ФВ ЛЖ до 28,5±9,4%, уменьшение степени митральной недостаточности до 1,4±0,5, что также достоверно не отличается от исходного. Давление в легочной артерии через 6 лет было на прежнем уровне.

Во II группе отмечается достоверное уменьшение ФК стенокардии напряжения до 1,1±0,8 ($p<0,05$), уменьшение КДО ЛЖ до 202,9±46,9 мл ($p<0,05$), увеличение ФВ ЛЖ до 36,1±7,2% ($p<0,05$) и уменьшение давления в легочной артерии до 36,2±7,5 мм рт.ст. ($p<0,05$). Уменьшение ФК сердечной недостаточности до 2,8±0,4, увеличение КДР ЛЖ до 62,3±6,7 мм, уменьшение КСО ЛЖ до 145,8±50,7 мл, увеличение УО ЛЖ до 68,1±14,1 мл и уменьшение степени митральной недостаточности до 1,2±0,4 не являются достоверными.

Выводы.

Результаты шестилетнего клинико-инструментального наблюдения за больными ИБС с выраженной дисфункцией миокарда ЛЖ показали преимущества хирургического метода лечения (коронарное шунтирование) по выживаемости пациентов, а также в уменьшении симптомов стенокардии и улучшении сократительной способности миокарда ЛЖ. Однако, в группе пациентов с изолированным медикаментозным лечением также отмечено незначительное улучшение клинических и функциональных показателей, что согласно критерию Уилкинсона не является достоверным.

Жестикова М.Г., Миненков В.А., Шахворост Н.П., Рыбалко Е.И., Васенина Е.Д., Комисарова С.Д., Короткевич Н.А., Ван Вай Чен, Ван Л.В.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Министерства здравоохранения РФ кафедра неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1» отделение диабетологии
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 29» отделение неврологии
МБЛПУ «Городская клиническая больница N 2 им. Св. Георгия Победоносца» отделение неврологии
ОБЛПУ «Областная клиническая больница» отделение неврологии
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Министерства здравоохранения РФ, кафедра рефлексотерапии
г.Новокузнецк, Россия

ПАТОЛОГИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ МИКРОАДЕНОМАХ ГИПОФИЗА

Цель исследования. Изучение двигательных расстройств при микроаденомах гипофиза.

Материалы и методы исследования. Нами осмотрены 147 пациентов с микроаденомами гипофиза. Из них 105 женщин и 47 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Нами использовались клинический неврологический, клинический эндокринологический, клинический лабораторный методы диагностики, а так же МРТ головного мозга с контрастным усилением. Все пациенты были разделены на четыре группы - 44 пациента с гормонально неактивными микроаденомами гипофиза (ГНАГ), 93 пациента с микропролактиномами (МПРЛ), 4 человека с кортикотропиномами (МКТ) и 6 больных с микросоматотропиномами (МСТ).

Результаты исследования. В неврологическом статусе нарушение двигательных функций

проявлялось в виде - нарушения в выполнении простой и усложненной позы Ромберга, наличия эсенциального тремора в пальцах рук, нарушение мимических функций, дисдиадохокинеза и в выполнении проб на координацию.

Нарушение координаторных проб у пациентов с пролактиномами выявлены в 45,47% случаев и в 50,44% у пациентов с гормональнонеактивными процессами. Нарушение мимических функций в виде гипомимии, разобщение между вербальным сопровождением и мимической реакцией выявлены у пациентов с ГНАГ в 23,0% случаев, а у больных с МПРЛ в 21,0%. Отрицательная проба Ромберга констатирована как простая, так и усложненная, в группе пациентов с МКТ и составила 74,62%, а в группе пациентов с МСТ в 100%. Дисдиадохокинез обнаружен у пациентов с МСТ в 50,0% случаев, а при ГНАГ нарушение выявлено в 62,26%. При МПРЛ дисдиадохокинез наблюдался у 51,52% пациентов. Тремор пальцев рук был отмечен во всех группах, особенно у пациентов с соматотропиномами - 83,32%.

Выводы.

Неврологический осмотр пациентов с микроаденомами затруднен из-за отсутствия классических симптомов нарушении движений, которые свойственны центральным или периферическим поражениям нервной системы. Наиболее часто в неврологическом статусе нарушение двигательных функций проявлялось в виде - нарушения в выполнении простой и усложненной позы Ромберга, наличия эссенциального тремора в пальцах рук, нарушение мимических функций, дисдиадохокинеза и в выполнении проб на координацию.

Загоруйко Е.Н., Гафаров В.В., Логвиненко И.И.
УФГБУ НИИ Терапии СОРАМН
г.Новосибирск, Россия

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из ведущих причин смертности в современном мире. Наша страна в этом списке занимает лидирующее положение. Подобная ситуация неблагоприятно сказывается не только на судьбе отдельных людей, но и социально-экономическом положении страны в целом, поскольку как заболеваемость сердечно-сосудистой патологией, так и смертность касается прежде всего населения трудоспособного возраста. Другой растущей патологией символизирующей стремительное развитие цивилизации являются аффективные нарушения тревожного и депрессивного спектра.

В настоящее время депрессия рассматривается некоторыми авторами (Lasperance; Dobbels; 2000) как независимый фактор риска развития кардиоваскулярных заболеваний, у больных депрессией более чем на 7% в год увеличивается доля повторных коронарных катастроф или вмешательств на сердце (Shiotani, 2002 г.).

Интерес к аффективной патологии в соматическом звене обусловлен высокой частотой коморбидности этой патологии с тревожными и депрессивными расстройствами. Особый аспект в изучение психосоматической патологии вносит высокая распространенность субсиндромальной тревоги, которая в соматической медицине рассматривается скорее как адекватная, чем патологическая реакция на тяжелую соматическую болезнь. Кроме того, длительное персистирование неосознаваемой тревоги запускает и поддерживает психосоматические механизмы, что влечет за собой в перспективе нарушение социального функционирования, снижение трудоспособности и межличностную изоляцию.

Высокая распространенность аффективной патологии в соматическом звене накладывает особые требования к диагностике, разработке и организации терапевтических мероприятий для пациентов с коморбидными расстройствами. Необходимо обращать внимание не только на коррекцию физиологических функций и соматических симптомов, но и на психологическую составляющую эмоционального состояния пациента. Низкая выявляемость психопатологической симптоматики в соматической практике закономерно ведет к недостаточной эффективности и полипрагмазии терапевтических назначений.

Зверева Т.Н., Барбараш О.Л.
ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С АКТИВНОСТЬЮ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Артериальная гипертензия (АГ) - наиболее широко распространенное сердечно-сосудистое заболевание среди населения трудоспособного возраста. Данная патология является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Существует мнение о предрасположенности пациентов с АГ к развитию сахарного диабета (СД). В исследовании ARIC (США) было доказано, что у пациентов с АГ риск развития СД в 2 раза выше, чем людей того же возраста, не страдающих АГ. Исследования последних лет свидетельствуют также о важной роли воспалительных реакций и активации иммунной системы в развитии инсулинорезистентности и ассоциированных с ней состояний.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь показателей углеводного обмена с маркерами субклинического воспаления у больных АГ.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 46 больных АГ, средний возраст которых 49,3 (46,7-52,4) года. Всем пациентам проводился стандартный биохимический анализ крови для определения концентрации глюкозы в венозной крови. Концентрацию цитокинов (ИЛ-1α, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, TNF-α, инсулина и С-пептида определяли конкурентным иммуноферментным методом (ELISA). Для определения HbA1C использовали быстрый ионообменный метод.

Для оценки исулинорезистентности использовалась формула Homa:

индекс Homa = инсулин натощак х глюкоза натощак/22,5.

Результаты исследования. При изучении коэффициентов корреляции между характеристиками углеводного обмена и воспалительного статуса выявлены прямые корреляционные связи между ИЛ-6 и постпрандиальной гликемией (r=0,27; p=0,016), индексом Homa (r=0,32; p=0,026); ФНО и HbA1c (r=0,32; p=0,034), индексом Homa (r=0,26; p=0,034); СРБ и постпрандиальной гликемией (r=0,02; p=0,027), ИРИ (r=0,09; p=0,031), HbA1c (r=0,28; p=0,003) и индексом Homa (r=0,54; p=0,001).

Выводы.

У пациентов с АГ, без клинически значимых нарушений углеводного обмена, существует тесная связь между маркерами инсулинорезистентности (индекс Homa, ИРИ) и активностью субклинического воспаления.

Иванов О.О., Лукашев К.В., Чурляев Ю.А., Данцигер Д.Г.
Филиал ФГБУ «НИИОР» РАМН в г.Новокузнецке
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ МЗ СР РФ
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПУЛЬСАТИВНОСТЬ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С КОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кома, обусловленная острым ишемическим инсультом, связана с повышением внутричерепного давления (ВЧД). Это приводит к снижению церебрального перфузионного давления (ЦПД), снижению объемной скорости кровотока и как следствие к вторичному ишемическому повреждению мозга. При повышенном ВЧД отмечается повышение пульсативности мозгового кровотока, выявляемого при транскраниальной допплерографии. Введение эмульсии «Перфторана» улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию в ишемизированных тканях.

Цель исследования. Оценить влияние «Перфторана», в комплексе интенсивной терапии

пациентов с комами, обусловленными острым ишемическим инсультом на показатели пульсативности мозгового кровотока в среднемозговой артерии (СМА) посредством определения индекса пульсативности (ИП) при помощи ТКД.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование у 15 пациентов с комами, обусловленными острым ишемическим поражением головного мозга. С целью профилактики и лечения ишемии вводился «Перфторан» в дозе из расчета 3 мл/кг. В динамике оценивалось три этапа: до введения препарата, после введения полной дозы «Перфторана» и на вторые сутки после введения препарата. На каждом этапе оценивались показатели мозгового кровотока методом цветного дуплексного сканирования (ЦДС) и транскраниальной допплерографии сосудов головного мозга (ТКДГ). В среднемозговой артерии (СМА) с обеих сторон измерялся пульсативный индекс (PI). Затем производился расчет ВЧД по методу J. Bellner и соавт. (2004 г.) с использованием следующей формулы: ВЧД = 10,93 x PI - 1,28.

Результаты исследования. На фоне введения «Перфторана» выявлялось снижение индекса пульсативности, так в сравнении с первым этапом ИП на втором этапе достоверно снижался с 1,2±0,07 до 1,02±0,07. На третьем этапе было вывлено достоверное снижение ИП в сравнении с первым этапом с 1,2±0,07 до 0,97±0,06, а так же в сранении со вторым этапом с 1,02±0,07 до 0,97±0,06. Расчетное значение внутричерепного давления составило на каждом этапе соответственно 11,92 мм рт. ст., 9,94 мм рт. ст. и 9,39 мм рт. ст. Эти изменения развивались после введения полной дозы препарата и сохранялись на этом уровне на вторые сутки.

Выводы.

Таким образом, введение «перфторана» в дозе 3 мл/кг позволяет достоверно снизить пульсативность мозгового кровотока за счет снижения внутричерепного давления, что способствует увеличению церебрального перфузионного давления и как следствие свидетельствует об улучшении перфузии мозга.

Ивонина Н.А.
МБЛПУ ГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СНИЖЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Работоспособность - потенциальная возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. В настоящее время, в век развития высокотехнологичных отраслей промышленности человек нередко трудится на пределе своих психофизиологических возможностей, при этом поддержание высокой работоспособности является важным условием обеспечения безопасности эксплуатации сложных технических систем. Уровень работоспособности проявляется в комплексе показателей, характеризующих эффективность (производительность, продуктивность) и качество профессиональной деятельности, а также функциональные реакции организма и субъективное состояние работника. Снижение работоспособности может быть обусловлено целым рядом функциональных нарушений в организме. К ним относятся болезненные и предболезненные состояния, их остаточные явления, функциональные расстройства, вызванные различными внешними факторами, утомление и переутомление, нервно-психическое напряжение и другие. Профессиональная деятельность руководителя производства протекает в условиях хронического стресса, обусловленного высоким уровнем ответственности за принятие решений, высоким уровнем напряженности труда, а также ненормированным рабочим днем, частыми сменами временных поясов в связи с командировками.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития дезадаптации в условиях хронического стресса у руководителей современного производства, а также причин снижения работоспособности при этом виде трудовой деятельности.

Материалы и методы исследования. Оценка факторов риска развития дезадаптации у

руководителей производства была проведена в ходе углубленного медицинского осмотра работников угольной промышленности. Обследование включало в себя оценку функционального состояния различных систем организма, учет и оценку факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии, патологии органов дыхания, патологии желудочно-кишечного тракта, патологии центральной нервной системы и костно-мышечных системы, урогенитальной сферы, эндокринной системы, состояния органа зрения. В ходе углубленного медицинского осмотра было обследовано 48 человек, средний возраст 45±5,6 лет, мужчин - 42, женщин - 6.

Результаты и обсуждение. В обследуемой группе были выявлены наиболее часто встречающиеся заболевания и патологические состояния, имеющие отрицательное влияние на качество жизни, эффективность труда, работоспособность и адаптивность руководителей производства. Основные выявленные заболевания и патологические состояния: дислипидемия, избыточный вес, ожирение, дорсопатии, заболевания урогенитальной сферы, артериальная гипертензия, стеатоз печени, стеатогепатит, ГЭРБ, хр. гастрит, нарушение толерантности глюкозы. Основные изменения обусловлены наличием метаболического синдрома у данной группы обследуемых, в рамках которого формируются сопутствующие нарушения функциональных систем организма. При опросе пациентов было выявлено несколько основных факторов развития метаболического синдрома:

- курение 54,1%,
- алкоголь 79,1%,
- наследственная отягощенность 37,5%,
- гиподинамия 87,5%,
- гормональный дисбаланс 75%.

Важную роль в развитии сердечно-сосудистой патологии у данной группы пациентов с метаболическим синдромом имеет изменение эндотелия сосудов, деформации хода сосудов, наличие атеросклеротических бляшек, патологическая извитость и мальформации. Изменения эндотелия сосудов брахиоцефальной зоны проводилось методом УЗДГ сосудов шеи. Было проведено исследование всем обследуемым, при этом основными изменениями были следующие: ТИМ, мм > 1,0 - у 70,8% обследуемых, деформация хода ВСА, НСА - у 45,8%, деформация хода ПА - у 41,6%, С-образная извитость БЦС - у 33,3%, S-образная извитость БЦС - у 25%, наличие АСБ- у 25%, значимые стенозы - у 58,3%, высокое вхождение ПА - у 29,1% обследуемых.

Еще одним фактором, имеющим отрицательное значение в прогностическом плане, является высокий уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. Этот показатель отражает степень и глубину нарушений, возникающих в рамках метаболического синдрома. У группы обследуемых были определены следующие средние показатели уровня мочевой кислоты: 423±5,64 при норме 150-458 мкмоль/л. В 52,4% случаев преобладали цифры выше 458 мкмоль/л, что указывает на гиперурикемию более чем у половины из обследованных пациентов.

Выводы.

Факторами повышенного риска формирования дезадаптации у руководителей производства преимущественно являются функциональные нарушения, формирующие развитие метаболического синдрома. Наиболее часто встречающиеся патологические состояния у обследованной группы пациентов - это дислипидемия, избыточный вес, в том числе ожирение, дорсопатии и другие хронические болевые синдромы, заболевания и дисфункциональные нарушения урогенитальной сферы, артериальная гипертензия, нарушение толерантности глюкозы, стеатоз печени, стеатогепатит, ГЭРБ, хронический гастрит разных форм и стадий, гиперурикемия. Выраженные изменения эндотелия сосудов БЦ зоны в сочетании с артериальной гипертензией и дислипидемией в рамках метаболического синдрома увеличивают риск развития заболеваний ССС. В связи с вышеуказанными нарушениями, необходимо активно внедрять и проводить мероприятия по улучшению качества жизни и увеличению работоспособности руководителей современного производства. К таким мероприятиям, прежде всего, относятся:

- отказ от курения;
- нормализация массы тела;
- снижение потребления спиртных напитков;
- увеличение физической нагрузки;
- снижение потребления поваренной соли;
- разработка индивидуальной реабилитационной программы;

- медикаментозная, психотерапевтическая коррекция хронического стресса;
- изменение режима питания с увеличение потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция и магния, а также уменьшением потребления животных жиров.

Профилактике функциональных нарушений и снижения работоспособности способствуют также создание оптимальных условий организации рабочего места, формирование рационального режима труда и отдыха, питания, обеспечение оптимальной рабочей нагрузки, что особенно важно для лиц руководящего звена.

Игнатьева Т.Ф., Бойко Е.А.

Лаборатория клинической биохимии ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» г.Кемерово, Россия

ГЕМАТОГЕННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ

Тромбофилии - группа заболеваний и синдромов, характеризующихся повышенной наклонностью к тромбообразованию,вследствие нарушения свойств крови и патологических сдвигов в системе гемостаза. Проявлениями тромбофилии служат множественные и рецидивирующие тромбозы различной локализации, часто возникающие после физического перенапряжения, хирургического вмешательства, травмы, в связи с беременностью. Последствиями тромбофилии служат тромбозы глубоких вен, инфаркт миокарда, инфаркт почки, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии.

Огромный интерес к проблеме тромбозов объясняется, в первую очередь, ее клинической значимостью, т.к. тромбозы и их осложнения являются на данный момент основной причиной смертности и инвалидизации. По утверждению некоторых авторов, теми или иными формами тромбофилии страдает около 40% взрослого населения. Отмечается постоянный рост количества тромбозов, обусловленный целым рядом факторов: «старением» населения, гиподинамией, наличием хронических заболеваний и т.д. В настоящее время выделено большое число первичных (генетически обусловленных) и вторичных (приобретенных, симптоматических) тромбофилий, отличающихся друг от друга по этиологии, характеру нарушений в системе гемостаза, осложнениям и прогнозу. Дифференциация этих форм патологии принципиально важна, поскольку разные виды тромбофилий, несмотря на подчас очень сходные клинические проявления, требуют применения совершенно разных методов профилактики и лечения.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница» (ГБУЗ КОКБ) является многопрофильным медицинским учреждением, где оказывается медицинская помощь пациентам с различными проявлениями тромбофилий. Из них 41% - пациенты гематологического профиля; 35% - пациентки с акушерской патологией; 10% - пациенты неврологического; 9% - хирургического; 5% - кардиологического отделений. Для своевременного выявления тромбофилических состояний и их дифференциации в больнице используются методы лабораторной диагностики, позволяющие подтвердить или опровергнуть диагноз генетической или приобретенной тромбофилии.

Отделом гемостаза лаборатории клинической биохимии ГБУЗ КОКБ проводится комплексное обследование пациентов на врожденные и прибретенные тромбофилические состояния по следующему алгоритму:

1. Исследование уровня физиологических антикоагулянтов (определение активности в % от нормы): антитромбин III, протеин С, протеин S.
2. Определение дефицита или аномалии плазменных факторов свертывания крови: аномалия фактора V (мутация Лейден) - АПС резистентность, дефицит фактора XII (прекалликреин).
3. Оценка содержания плазменных факторов свертывания (повышение и/или гиперактивация): повышение уровня фактора VIII свыше 150%; гиперактивация фактора VII (часто при коронарной болезни сердца у больных с тромбозами); высокий уровень фактора XI; высокий уровень фактора IX.
4. Исследование фибринолиза: оценка фибринолиза; определение количества плазминогена (% от нормы).
5. Выявление антикоагулянтов волчаночного типа.
6. Исследование уровня гомоцистеина.

7. Определение функции тромбоцитов: агрегация тромбоцитов с различными индукторами (АДФ, коллаген, адреналин, ристомицин).

Современные подходы к диагностике тромбофилий предполагают поэтапное обследование, начиная со скрининговых методов и заканчивая углубленным исследованием, что позволяет определить индивидуальную программу антитромботической профилактики и лечения для каждого пациента. В результате проведения комплексных исследований пациентам с различными проявлениями тромбофилии за период 2011года наиболее часто выявлялась следующая патология в системе гемостаза:

- Высокий уровень фактора VIII - 35%;
- АПС резистентность - 29%;
- Повышение агрегационной активности тромбоцитов - 26%;
- Снижение антикоагулянтной активности (антитромбин III, протеин С, протеин S) - 6%;
- АФС - 4%.

Подобная идентификация и лабораторный мониторинг медикаментозной коррекции тромбофилических сдвигов в системе гемостаза у пациентов позволяет предотвратить рецидивы и определить способы антитромботической профилактики.

Кабанова М.А., Толкач Н.М., Калентьева С.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий
ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ МАТЕРИ

Цель исследования. Выявление особенностей состояния здоровья новорожденных в зависимости от группы крови матери.

В ходе исследования, проведенного с 2005 по 2009 годы на базе акушерской клиники МУЗ ДГКБ N 5 г.Кемерово, проведено обследование 1853 новорожденных детей в возрасте от 0 до 14 дней.

Для выявления взаимосвязи между показателями здоровья новорожденных и группами крови их матерей всех детей разделили на 4 группы:

- I группа (631 ребенок) - новорожденные от матерей с I(0) группой крови,
- II группа (664 ребенка) - новорожденные от матерей со II(A) группой крови,
- III группа (404 ребенка) - новорожденные от матерей с III(B) группой крови,
- III группа (154 ребенка) - новорожденные от матерей с IV(AB) группой крови.

При анализе антропометрических показателей выявлено, что новорожденные от матерей с IV(AB) группой крови чаще, чем от матерей с другими группами крови, рождались либо с массой больше 4000 гр, либо с низкой массой тела (менее 3000 гр). Низкая масса тела у детей IV группы могла быть обусловлена патологией пуповины (короткая пуповина и истинный узел пуповины) и тем, что роды у матерей этой группы чаще заканчивались преждевременно.

Новорожденные от матерей I группы чаще рождались без асфиксии. Во II и III группах дети почти в 2 раза чаще по сравнению с новорожденными I и IV групп рождались в состоянии тяжелой асфиксии, что может быть связано более высокой частотой обвития пуповиной у этих детей.

У матерей с III(B) группой крови чаще имела место перинатальная смертность, что могло быть связано с высокой частотой преждевременных родов, прогрессирующей преждевременной отслойкой плаценты и внутриутробным инфицированием плода.

Дизадаптация центральной нервной системы (ЦНС) и нарушение спинального кровообращения (НСК) на шейном уровне чаще диагностировались у новорожденных от матерей IV и II групп. Это вероятно обусловлено высокой частотой в родах у их матерей нарушений сократительной

деятельности матки: чрезмерная родовая деятельность и слабость потужного периода. В IV группе чаще, чем в других, диагностировались задержка внутриутробного развития плода, дисплазия тазобедренных суставов и кефалогематомы. Однако по сравнению с другими группами в 3-4 раза реже имели место эндокринные нарушения и в 1,5-2 раза реже - врожденные пороки развития.

У детей II группы достоверно чаще наблюдался синдром Дауна.

У детей I группы чаще отмечалась гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН), синдром вегето-висцеральной дисфункции, метаболические нарушения и эндокринопатии.

Выводы.

Группа крови определяет восприимчивость организма к заболеваниям, к той пище, которую мы потребляем, и к тем физическим нагрузкам, которым отдаем предпочтения. Выявленные особенности показателей здоровья новорожденных в зависимости от группы крови матери указывают на наличие закономерностей развития перинатальных осложнений.

В связи с тем, что группы крови человека - это генетически передаваемый показатель, осложнениям так же может быть наследуема. Это открывает возможности прогнозирования и ранней профилактики развития перинатальных осложнений.

Кабанова М.А., Толкач Н.М., Калентьева С.В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий
ГУЗ «Кемеровский областной клинический перинатальный центр»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Цель исследования. Выявление особенностей состояния здоровья 1-го года жизни в зависимости от их пола.

В ходе исследования, проведенного с 2005 по 2009 годы на базах детских поликлиник г.Кемерово, проведено обследование 397 новорожденных детей в возрасте от 0 до 14 дней.

Для выявления взаимосвязи между показателями здоровья детей 1-го года жизни и их полом всех детей разделили на 2 группы:

I группа (400 человек) - дети мужского пола,

II группа (394 человек) - дети женского пола.

При анализе антропометрических показателей выявлено, что у девочек в 2 раза чаще, чем у мальчиков, наблюдались признаки гипотрофии. Это могло быть связано с более низкой массой тела при рождении по сравнению с мальчиками.

Перинатальная энцефалопатия на первом году жизни с явлениями гидроцефально-гипертензионного синдрома чаще диагностировались у девочек по сравнению с мальчиками (соответственно 73,5% и 65,4%).

В обеих группах была высокая распространенность острых респираторных заболеваний. Однако у мальчиков чаще это касалось верхних дыхательных путей, а у девочек - нижних дыхательных путей.

Острые отиты в 3 раза чаще диагностировались у мальчиков (4,3%) по сравнению с девочками (1,4%). А вот к острой кишечной инфекции были чаще восприимчивы девочки по сравнению с мальчиками (соответственно 8,4% и 4,7%).

Миокардиопатия диагностировалась только у детей мужского пола (3,4%).

У девочек чаще отмечалась гемолитическая болезнь, экссудативный диатез и аллергический дерматит. В 2 раза чаще по сравнению с мальчиками им выставлялся диагноз «миопия» (соответственно - 3,4% и 1,6%).

В обеих группах почти у каждого 6-го ребенка диагностировался транзиторный гипотиреоз, однако у мальчиков незначительно чаще.

Выводы.

1. В обеих группах имеет место высокий уровень заболеваемости, однако имеются и гендерные различия в их распространенности.

2. У девочек на первом году жизни по сравнению с мальчиками чаще развитие идет по гипотрофическому типу.

3. В обеих группах высока частота перинатального поражения ЦНС и острых респираторных заболеваний. Однако у мальчиков ПЭП сопровождается симптомами гипервозбудимости, а у девочек - гиповозбудимости. У мальчиков доминируют ОРЗ верхних дыхательных путей, а у девочек - нижних.

4. На основании выявленных гендерных особенностях распространенности заболеваний можно прогнозировать и проводить меры по первичной профилактики их развития.

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Васильева Н.Д.

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

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Функционирование различных органов и систем организма находится под постоянным регуляторным и трофическим контролем вегетативной нервной системы (ВНС). Поэтому первыми проявлениями вегетососудистой дистонии (ВСД) являются расстройства функционирования органов (систем)-мишеней.

В настоящее время вегетативная дезорганизация рассматривается как компонент синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). При этом лавинообразное нарастание всех признаков НДСТ приходится на возраст 11-14 лет.

Цель исследования. Изучить особенности вегетативного статуса подростков с НДСТ.

Для реализации поставленной цели были обследованы 40 подростков в возрасте от 10 до 14 лет с НДСТ: 20 - с выраженной (I группа), 20 - с умеренной (II группа)

Наличие НДСТ устанавливали, основываясь на критериях, предложенных Т. Милковска-Димитровой (1983 г.), А. Каркашевым (1985 г.), Бейтоном (1988 г.), согласно которым выявление 2 больших или 1 большого и 2 малых критериев позволяет установить диагноз ДСТ. При оценке гипермобильности суставов по Бейтону на 4-6 баллов НДСТ считали умеренной, более 6 баллов - выраженной.

Контрольную группу (КГ) составили 20 подростков такого же возраста, у которых не было выявлено ни одного большого критерия НДСТ (степень гипермобильности суставов по Бейтону 0-2 балла).

Исследование вегетативного статуса осуществляли с помощью опросника А.М. Вейна (1998 г.). Вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) изучали с помощью клиноортостатической пробы (КОП). Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладного пакета статистических программ Statistica 6,0. Сравнение категориальных данных осуществляли при помощи критерия X^2. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Исследование ВНС с помощью диагностических критериев А.М. Вейна состояние эйтонии выявило лишь у 20% подростков. При этом у 60% детей КГ преобладал симпатикотонический тип вегетативной регуляции, что является вариантом физиологической нормы для подросткового возраста. В I и II группах с ДСТ гиперсимпатикотония отмечалась у 25,5% и 40% подростков, соответственно. У 54,5% и у 40% подростков в группах с ДСТ и у 20% подростков КГ отмечалось преобладание парасимпатической регуляции.

При проведении КОП, отражающей ВОД организма, нормальная реакция на ортостаз наблюдалась только у 10% подростков с ДСТ, тогда как в контроле - у 80% подростков. У 72,7% подростков I группы и у 50% II группы выявлен асимпатикотонический вариант КОП, свидетельствующий о недостаточном вегетативном обеспечении. Астеносимпатический вариант КОП отмечался у 17,3% и 40% подростков группах с ДСТ. В КГ эти два варианта

КОП установлены у 20% детей (по 10% каждого типа).

Таким образом, у подростков с НДСТ преобладает парасимпатическая регуляция ВНС, что при обеспечении деятельности сопровождается недостаточным подключением симпато-адреналовой системы. Данный дисбаланс ВНС в подростковом возрасте способствует формированию функциональных расстройств и развитию хронической патологии.

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА СПИЛБЕРГЕРА-ХАНИНА У ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Известно, что расстройство вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) (недостаточное или избыточное), которое часто встречается при синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), нарушает поведение человека и, как правило, сопровождается тревожно-депрессивным синдромом. Считается, что возраст 11-14 лет - «критический» для проявления НДСТ.

Цель исследования. Изучение уровня тревожности у подростков с НДСТ.

Проведено обследование 60 подростков в возрасте от 10 до 14 лет с НДСТ: 20 - с выраженной (I группа), 20 - с умеренной (II группа). Контрольную группу (КГ) составили тоже 20 подростков.

Наличие НДСТ устанавливали, основываясь на критериях, предложенных Т. Милковска-Димитровой (1983 г.), А. Каркашевым (1985 г.), Бейтоном (1988 г.). При оценке гипермобильности суставов по Бейтону на 4-6 баллов НДСТ считали умеренной, более 6 баллов - выраженной. В КГ вошли подростки, у которых не было выявлено ни одного большого критерия НДСТ (степень гипермобильности суставов по Бейтону 0-2 балла).

ВОД изучали с помощью клиноортостатической пробы (КОП). Всем детям проводился тест Спилбергера-Ханина. Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности (РТ) в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладного пакета статистических программ Statistica 6,0. Сравнение категориальных данных осуществляли при помощи критерия X^2. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования: при проведении КОП, отражающей ВОД организма, нормальная реакция на ортостаз наблюдалась только у 10% подростков с ДСТ, тогда как в контроле - у 80% подростков. У 72,7% подростков I группы и у 50% II группы выявлен асимпатикотонический вариант КОП, свидетельствующий о недостаточном вегетативном обеспечении. Астеносимпатический вариант КОП отмечался у 17,3% и 40% подростков группах с ДСТ. В КГ эти два варианта КОП установлены у 20% детей (по 10% каждого типа). При проведении теста Спилбергера-Ханина у 40% подростков I группы и у 18,1% II группы установлен низкий показатель тревожности (РТ<12 баллов), характеризующий депрессивное состояние. Два подростка из группы с умеренной ДСТ испытывали умеренную тревожность во время проведения теста (РТ 31-45 баллов). У остальных детей признаков тревожно-депрессивного синдрома не выявлено (РТ 12-30 баллов), а именно 81,8% в I группе, 50% во II и 100% в КГ.

Таким образом, у подростков с НДСТ ВОД, как срочная адаптация, характеризуется недостаточным подключением симпато-адреналовой системы и сопровождается депрессивным состоянием у 50% подростков с умеренной НДСТ и 18,1% с выраженной.

Кашталап В.В.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Актуальность. Установлено, что при ИМ (инфаркте миокарда) в результате некроза сердечной мышцы происходит увеличение в плазме крови концентрации белковых реактантов острой фазы воспаления, индуцированных провоспалительными цитокинами (1-5).

Целью лечения при окклюзии коронарной артерии пристеночным тромбом являются быстрое восстановление просвета сосуда, а также реперфузия миокарда в соответствующей области. Для этого используются тромболитические агенты.

Новизна: Впервые изучены особенности реакции острофазовых белков и цитокинов у больных с ИМ в зависимости от эффективности тромболитической терапии на 7-е и 14-е сутки.

Цель исследования. Изучение динамики концентрации острофазовых белков и цитокинов в сыворотке крови у больных с Q-образующим ИМ с проведенным и непроведенным тромболизисом.

Материалы и методы исследования. В обследование включено 162 пациента с Q-образующим ИМ (58,5±1,06 лет). Цитокины исследовали в сыворотке крови у 97 пациентов, полученную на 1-е, 7-е и 14-е сутки от возникновения заболевания. В качестве контрольной группы использовали сыворотку крови 26 здоровых мужчин, не имевших в анамнезе ишемической болезни сердца. Тромболитическая терапия проведена 29 больным, из них 11 пациентам с неосложненным ИМ и 18 с ИМ осложненным ОСН (острой сердечной недостаточностью). Мы решили рассмотреть показатели острофазовых белков и цитокинов в динамике на 7-е и 14-е сутки ИМ, поскольку в 1-е сутки развития ИМ у некоторых пациентов осуществлялся забор крови уже после проведения тромболитической терапии или во время нее. Концентрации интерлейкинов и лактоферрина (ЛФ) определяли при помощи твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). Концентрации α_2-макроглобулина (МГ) и α_1-антитрипсина (АТ) изучали при помощи низковольтного ракетного иммуноэлектрофореза. Статистическую обработку результатов проводили при помощи сертифицированной программы биостатистики InStat II (Sigma, США).

Результаты исследования. Показатели макроглобулина, антитрипсина и лактоферрина снижены на 7-е и 14-е сутки инфаркта миокарда у больных с инфарктом миокарда с проведенным тромболизисом, (табл. 1).

Следовательно, тромболитическая терапия подавляет воспалительные процессы у больных с инфарктом миокарда на 7-е и 14-е сутки инфаркта миокарда. У больных с проведенной тромболитической терапией показатели интерлейкина-6, интерлейкина-8, интерлейкина-10 и фактора некроза опухоли-α были снижены на 7-е сутки развития инфаркта миокарда по сравнению с показателями больных с непроведенным тромболизисом, что говорит о положительном влиянии тромболитиков. Исключение составили показатели ИЛ-8 и ФНО-α, они были практически равны между показателями больных с проведенным и непроведенным тромболизисом на 14-е сутки ИМ, но были ниже по сравнению с показателями больных на 7-е сутки ИМ.

Перспективы. Исследование сывороточной концентрации острофазовых белков и интерлейкинов может применяться для оценки эффективности тромболитической терапии.

Таблица 1

Концентрация острофазовых белков и цитокинов при тромболитической терапии при осложненном ИМ

[illegible]	[illegible]					
	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	p*	[illegible]	[illegible]	p*
[illegible]	1,56±0,14	1,7±0,12	0,07	1,2±0,19	1,2±0,14	0,33
[illegible]	1,6±0,14	2,23±0,13	0,03	1,2±0,16	2,22±0,14	0,2
[illegible]	0,93±0,13	1,3±0,12	0,03	1,03±0,16	1,11±0,12	0,22
[illegible]	6,25±1,7	8,51±1,72	0,23	6,62±1,37	9,7±1,23	<0,0001
[illegible]	22,53±9,1	27,11±8,62	0,33	15,56±9,1	15,5±6,37	0,32
[illegible]	1,5±0,2	6,12±1,71	0,005	3,05±1,04	4,12±1,03	0,23
[illegible]	0,6±0,33	1,40±0,45	0,05	0,27±0,29	0,70±0,25	0,5

Примечание: * - p - различия внутригрупповые.

Ким К.А., Рахмонов Р.Я., Эшонова А.А., Норузоков Т.Т.
Ферганский филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

АРИТМИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Аритмия сердца представляет собой нарушение частоты, ритмичности и/или последовательности сердечных сокращений: учащение (тахикардия) либо урежение (брадикардия) ритма, преждевременные сокращения (экстрасистолия), дезорганизация ритмической деятельности (мерцательная аритмия) и т. д.

Тахикардия - три или более последовательных сердечных цикла с частотой 100 и более ударов в минуту. Остро возникшие нарушения ритма и проводимости сердца могут осложнять течение различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Иногда нарушения ритма сердца развиваются вследствие существования врожденных аномалий проводящей системы сердца (дополнительные атриовентрикулярные соединения у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта - WPW, двойные пути проведения в АВ соединении у больных с реципрокной АВ узловой тахикардией). Причиной развития аритмий могут быть врожденные и приобретенные нарушения процесса реполяризации миокарда желудочков сердца, так называемые синдромы удлиненного интервала Q - T (синдромы Джервелла-Ланга-Нильсена, синдром Романо-Уорда, синдром Бругада). В основе возникновения нарушений ритма сердца могут лежать любые электрофизиологические механизмы, включая нарушения автоматизма (ускоренный нормальный автоматизм, патологический автоматизм), циркуляцию волны возбуждения (микро- и макро- reentry) как в анатомически обусловленных структурах миокарда (трепетание предсердий, синдром WPW,

двойные пути проведения в АВ-соединении, некоторые варианты желудочковой тахикардии), так и в функционально обусловленных структурах миокарда (фибрилляция предсердий, некоторые виды желудочковой тахикардии, фибрилляция желудочков), триггерную активность в виде ранней и поздней постдеполяризации (torsades de pointes, экстрасистолия). Нарушения ритма и проводимости могут протекать как бессимптомно, так и демонстрировать яркую симптоматику, начиная от ощущений сердцебиения, перебоев в работе сердца, «переворачивания» и «кувыркания» сердца, и заканчивая развитием выраженной артериальной гипотензии, стенокардии, синкопальных состояний и проявлений острой сердечной недостаточности. Окончательный диагноз характера нарушений ритма и проводимости сердца устанавливается на основании ЭКГ.

В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМ пролечились 5 детей с аритмией, например, с синдромом WPW, в генезе которого существенную роль играют дополнительные нарушения проведения импульса от предсердий к желудочкам в обход СА-узла. На ЭКГ было отмечено укорочение сегмента P-Q, расширение комплекса QRS, снижение зубца Т. С пароксизмальной наджелудочковой тахикардией (ПНТ) на ЭКГ - наличие зубца Р, узкий комплекс QRS. ЧСС 120-300. Эффективна была проба Вальсальвы. Лечение было следующим: новокаинамид 5мг/кг в/в медленно, кордарон по 10 мг/кг в сутки. Важность проблемы обусловлена частотой, тяжестью и опасностью состояния, требующего адекватной экстренной медицинской помощи.

Ким Л.Б., Мовчан Е.А.

ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
г.Новосибирск, Россия

АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА И УРОВЕНЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ И ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Цель исследования. Сравнительная оценка активности липидной пероксидации и церулоплазмина у больных с хроническим гломерулонефритом, начинающейся и явной диабетической нефропатией.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 68 человек, среди них у 31 пациента диагностирован хронический гломерулонефрит, у 27 - диабетическая нефропатия. Для сравнения обследовали 11 больных с артериальной гипертензией без поражения почек. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей. Верификация клинического диагноза проводилась на основании данных клинико-биохимического анализа, УЗИ-обследования, биопсии почек.

Активность реакций перекисного окисления липидов оценивали по количеству триметинового комплекса, образованному малоновым диальдегидом (МДА) с тиобарбитуровой кислотой (Sigma) (Steinbrecher, 1990 г.). Измеряли активность ЦП по H. Ravin (1961 г.) в собственной модификации (Ким и др., 2000 г.), концентрацию гликозаминогликанов (ГАГ) - орциноловым методом (Кляцкин, Лифшиц, 1989 г.), содержание сульфгидрильных групп в сыворотке крови (SH-группы) - колориметрическим методом с 5,5-дитиобис (2-нитробейзойной) кислотой (Wayner et al., 1987 г.).

Результаты исследования. Анализ групп больных по активности ЦП относительно группы контроля выявил максимальное значение у больных с хроническим гломерулонефритом ($p<0,001$), среднюю по величине активности - при диабетической нефропатии в стадии альбуминурии и с артериальной гипертензии ($p<0,01$) и низкий уровень - при диабетической нефропатии в стадии протеинурии ($p<0,05$).

Максимальный уровень МДА выявлен у больных с хроническим гломерулонефритом и диабетической нефропатией в стадии протеинурии ($p<0,01$), в то время как у пациентов в стадии альбуминурии и с артериальной гипертензией - статистически значимо не отличался от данных группы практически здоровых людей. Содержание ГАГ у пациентов с диабетической нефропатией в стадии альбуминурии было в 2,3 раза выше, в стадии протеинурии - в 2,7 раза выше по сравнению с данными группы практически здоровых людей. Отмечена связь средней

силы между содержанием МДА и ГАГ у больных с диабетической нефропатией.

У больных с артериальной гипертензией активность ЦП и уровень МДА были выше по сравнению с практически здоровыми людьми, но ниже относительно больных с хроническим гломерулонефритом.

По содержанию SH-групп больные с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией не отличались от данных группы практически здоровых людей, в то время как у пациентов с хроническим гломерулонефритом отмечено их заметное снижение ($p<0,001$).

Можно допустить, что низкая активность ЦП у больных с диабетической нефропатией в стадии протеинурии при высоком уровне МДА и ГАГ относительно больных в стадии микроальбуминурии свидетельствует об истощении сывороточного звена антиоксидантной защиты и неблагоприятном течении болезни. Активность ЦП может выступать в роли прогностического показателя у больных с патологией почек.

Кислова А.С.

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

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕПЕНИ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нейропатия является независимым фактором риска для язвообразования на ногах и их ампутации у больных с сахарным диабетом. Вместе с тем причиной полинейропатии может стать хроническая ишемия.

Цель исследования. Определить выраженность степени нейропатии у больных с сахарным диабетом при различных лабораторных показателях крови.

Материалы и методы исследования. В отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России в период 2009-2011 гг. обследовано 100 больных сахарным диабетом 2 типа на предмет выявления полинейропатий нижних конечностей. Наличие полинейропатического синдрома было верифицировано клиническими (шкалы NSS, NDS) и инструментальными методами обследования (метод электромиографии). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA-6.0» (StatSoft, USA).

Результаты исследования. Обследованные пациенты были разделены на группы по выраженности гликемии:

- 1 группа - нормальный уровень гликемии (до 5,5 ммоль/л),
- 2 группа - уровень гликемии от 5,5 до 8,0 ммоль/л,
- 3 группа с уровнем гликемии выше 8 ммоль/л.

1 группу составили 26 человек, 2 группу - 19 человек и 3 группу - 55 пациентов. По длительности течения диабета из обследованных пациентов со стажем диабета до 5 лет было 16 больных, 5-10 лет - 22 человека и более 10 лет - 62 человека.

По результатам оценки субъективных жалоб нейропатии по шкале NSS в 1 группе с тяжелой степенью нейропатии было выявлено 10 (38,5%) больных, во 2 группе - 11 (58,0%) человек и в 3 группе - 23 (41,8%) человека. Объективные признаки снижения чувствительности (болевой, температурной, тактильной) в конечностях выраженной степени по шкале NDS были выявлены у 13 (50,0%) больных в 1 группе, у 12 (63,2%) человек - во второй группе и у 43 (78,2%) пациентов - в третьей группе.

По инструментальным методам обследования (электромиография) было определено поражение нервных волокон аксонального и демиелинизирующего типа. Повреждение аксонов периферических нервов выявляли по снижению амплитуды М-ответа, демилинизацию нерва - по снижению скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам. Таким образом, аксональное поражение двигательных волокон было выявлено во всех группах у 78,2-84,6% больных. Повреждение нервов демиелинизирующего характера также выявлено во всех обследуемых группах у 15 (57,7%) пациентов - в 1 группе, 8 (42,1%) - во 2 группе и у 25 (45,5%) больных в 3 группе. Поражение чувствительных волокон, определяемое снижением скорости проведения возбуждения по чувствительным волокнам малоберцового нерва, было

выявлено у 21 (80,8%) пациентов 1 группы, у 16 (84,2%) человек - во 2 группе и у 36 (65,4%) пациентов - в третьей группе.

Таким образом, по полученным результатам можно сделать следующие выводы:

1. Повреждение периферических нервов нижних конечностей регистрируется у 80% пациентов в независимости от длительности течения диабета и уровня гликемии.

2. Показана значимость выявления и дальнейшей медикаментозной коррекции повреждения периферических нервов нижних конечностей на ранних стадиях у больных облитерирующими заболеваниями артерий, в частности у больных сахарным диабетом 2 типа.

3. Больным сахарным диабетом необходимо рекомендовать активный образ жизни, включающий дозированную ходьбу, выполнение общеукрепляющих упражнений, а также коррекцию питания и снижения массы тела (при необходимости).

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В., Соловьева Н.В.

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

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Цель исследования. Выявление когнитивных нарушений у работников угледобывающей промышленности, страдающих гипертонической болезнью.

Было проведено комплексное обследование 23 пациентов, страдающих гипертонической болезнью, являющихся работниками угледобывающих предприятий г. Ленинск-Кузнецкого, проходивших лечение в отделении кардиологии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ». Для выявления и уточнения степени выраженности когнитивных нарушений проводились следующие тесты: MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) и тест рисования часов. Также оценивали тревожность по шкале самооценки Спилберга с определением реактивной и личностной тревожности. По шкале А. Бека выявляли у пациентов степень депрессии.

Средний возраст обследуемых составил 48,7±6,7 лет, продолжительность гипертонический болезни 3,5±1,9 лет, стаж работы в подземных условиях 19,9±8,1 лет. Из оцененных факторов риска наследственный фон отягощен у 75% пациентов, курил каждый второй, повышенным весом страдали 92% обследуемых, из них избыточной массой тела 50% обследуемых и ожирением 42%.

При анализе результатов, полученных при использовании теста рисования часов, средний балл составил 8,58 баллов (при норме - 10 баллов).

В результате использования теста MMSE у 58% пациентов выявлены когнитивные нарушения, из них у 57% - умеренные когнитивные нарушения, у 43% - выраженные когнитивные изменения и лишь у 42% обследуемых когнитивные нарушения отсутствовали. По результатам анализа было выделено 2 группы: 1-я - с когнитивными нарушениями, 2-я - без когнитивных нарушений. При сравнительном анализе 1-я группа оказалась несколько старше, больше стаж работы в подземных условиях. При оценке тревожности в обеих группах выявлена умеренная степень личностной тревожности и низкая реактивная тревожность, без существенных различий по группам. По шкале А. Бека в обеих группах выявлена средняя степень депрессии.

Таким образом, 58% работающих в подземных условиях шахтеров, страдающих гипертонической болезнью, имели когнитивные нарушения. Выявлена связь когнитивных изменений с возрастом, стажем работы. При этом уровень когнитивных изменений существенно не влиял на степень депрессии и тревожности.

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В., Соловьева Н.В.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Изучение интенсивности биологического старения организма необходимо для оценки функционального состояния человека, эффективности его профессиональной деятельности, состояния здоровья.

Цель исследования. Определение биологического возраста у работников угледобывающих предприятий, страдающих гипертонической болезнью.

Проведено определение биологического возраста (БВ) у 23 мужчин, средний возраст которых составил 48,7±6,7 лет, проходивших стационарное лечение по поводу гипертонической болезни, работающих в подземных условиях на шахтах города, без профессиональных заболеваний. Помимо стандартного обследования по поводу артериальной гипертензии, у всех больных оценивали факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, уточняли стаж работы в подземных условиях.

Определение БВ выполнено по методике, разработанной в Институте геронтологии АМН. По интегральным формулам рассчитывали индивидуальный БВ, должное значение биологического возраста, которое характеризует популяционный стандарт темпа старения, и определяли разницу между ними. Положительный результат указывал на преждевременное старение, отрицательный - на замедление темпа старения.

Все обследованные имели по результатам стандартизированного опроса практически идентичный социально-экономический статус, доход, уровень образования.

В результате проведенного исследования 66,6% пациентов имели ускоренные темпы старения. В этой группе достоверно больше оказалось курильщиков ($p<0,05$), отмечался выше уровень холестерина. Также пациенты с преждевременными показателями старения были несколько старше и имели более длительный стаж работы в подземных условиях, различия оказались недостоверными, вероятно из-за малого количества наблюдений. Не было получено связи с длительностью гипертонической болезни.

Таким образом, предварительные результаты проведенного исследования показали, что в $^{2}/_{3}$ случаев у работников угольных предприятий, страдающих гипертонической болезнью, имеет место увеличение БВ по сравнению с календарным, что свидетельствует об ускорении темпов старения.

Колесников А.О., Кувшинов Д.Ю., Левченко К.Ф.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

ОСТРЫЙ СТРЕСС И ПРОДУКЦИЯ NO У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Большинство исследователей считают, что ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь возникают на фоне эмоциональных перегрузок и стресса. Известны работы (Коваленко О.В. с соавт., 2003 г., Flaa A. с соавт., 2006 г.), показывающие, что у больных с мягкой и даже пограничной гипертонией можно вызывать весьма выраженные подъемы АД с помощью пробы, провоцирующей эмоциональную нагрузку. Так, по данным Karlamangla A.S. с соавторами (2005 г.), у участников проспективного исследования CARDIA, начавшегося в 1985 г. (5115 человек) в возрасте 18-30 лет проводились три стресс-теста (погружение руки в ледяную воду

на 45 с, наблюдение за расположением звезд, видео-игра), при этом за 13 лет наблюдения гипертония развилась у 352 человек. Чем выраженнее были изменения артериального давления (АД) при выполнении каждой из задач, тем раньше развивалась гипертония. Повышение АД во время стресс-теста на одну единицу ассоциировалось с уменьшением времени до развития систолической гипертонии на 9-12%, диастолической гипертонии - на 12-18%. Оценка динамики АД в ответ на стресс позволяет точнее прогнозировать будущий риск гипертонии.

У больных гипертонической болезнью снижение базального содержания нитритов/нитратов в плазме крови является не только следствием, но и, возможно, причиной повышения активности симпатической нервной системы. Существует гипотеза, что гиперсимпатикотония в условиях окислительного стресса связана с подавлением NO-синтазной активности в клетках центральной нервной системы (Patel K.P., Li Y., Hirooka Y., 2004 г.). Нарушение баланса между ангиотензином-II и NO также способно определять развитие артериальной гипертензии. Снижение уровня метаболитов NO отмечается при неизмененных коронарных сосудах у женщин молодого возраста с различными формами ИБС (Ignarro L.J. с соавт., 1999 г.). Однако особенности метаболизма NO у лиц юношеского возраста изучены недостаточно.

На кафедре нормальной физиологии КемГМА в утренние часы в условиях покоя и в день экзамена перед получением билета у 123 студентов (60 юношей и 63 девушек) II курса медицинской академии были проведены забор и конденсация альвеолярного воздуха. В этом конденсате затем определяли концентрацию нитратов и нитритов (КНН) с помощью реактива Грисса на анализаторе SpectraCount (Packard, США). Исследование КНН проводилось на базе НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск.

Были выделены две подгруппы, практически уравненные по исходным величинам КНН: 21 юноша со средними показателями КНН в покое 8,50±1,40 мкмоль/л и 26 девушек, у которых средние показатели КНН составляли в покое 8,46±0,70 мкмоль/л. Перед экзаменом, на фоне психоэмоционального стресса выявлено падение КНН у этих юношей до 5,92±1,01 мкмоль/л, а у девушек - до 6,22±1,40 мкмоль/л, т.е. снижение КНН было у девушек меньшим, чем у юношей. Различия между концентрацией нитратов и нитритов в условиях экзаменационного стресса были достоверны, т.е. половые особенности изменения уровня метаболитов NO при стрессе связаны не только с исходными величинами уровня NO, а, возможно, с особенностями стратегии стресс-реакций и их метаболического обеспечения у юношей и девушек.

Исследование выполнено при поддержке гранта Президента Российской Федерации МД-4145.2011.7.

Комиссаров К.В.
Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей
г.Барнаул, Россия

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Двигательные нарушения у детей первых лет жизни являются, как правило, проявлением поражения структур мозга в перенатальном периоде. Причинами поражения мозга могут служить:

1. Внутриутробные инфекции.
2. Генетические дефекты.
3. Асфиксия плода различной продолжительности:
- внутриутробная аспирация околоплодными водами;
- незрелость легких при глубокой недоношенности;
- механическая аспирация в результате тугого обвития пуповины.
4. Нарушение биомеханики родового акта (стремительные роды, слабость второго периода родов, неправильное оказание акушерского пособия).

Основные причины формирования и прогрессирования двигательных нарушений при поражении мозга:

1. Не своевременная диагностика и оценка тяжести состояния ребенка в первые месяцы жизни.

2. Некорректная тактика реабилитации в течение всего первого года жизни.

3. Глубина поражения мозга при длительной асфиксии.

Формирование двигательных нарушений происходит не сразу, поэтому не всегда удается объективно оценить характер отклонений от нормы в первые месяцы жизни ребенка, часто при осмотре не фиксируется внимание на двигательном развитии, назначаются профилактические прививки, что способствует прогрессированию дефекта.

К сожалению, до сих пор основным методом коррекции неврологических проявлений у ребенка первого года жизни остается медикаментозное лечение. Возможно, оно необходимо в остром периоде или на ранних этапах восстановления, но ни в коем случае не должно оставаться приоритетным в дальнейшем.

У ребенка прошедшего через роды и получившего асфиксию мозга нарушена биомеханика активного движения, т.е. баланс его двигательных актов, что выражается:

1. В локальных гипер- и гипо- тонусах (установка на цыпочки, кривошея).

2. В некоординированных движениях рук и ног.

3. В патологических позах.

В задержке формирования контрольных актов физического развития (удержание головы, повороты на бок, сидение, стояние, ходьба).

1. В несвоевременных сроках возникновения и трансформации витальных рефлексов (рефлекс Моро, Бауэра, опоры, ладонно-ротовых и др.).

Неадекватная оценка и коррекция этих нарушений способствует формированию у ребенка к 1,5-2 годам стойкого двигательного дефекта и даже инвалидности. Недопустимо в качестве лечения такого ребенка использовать только медикаментозное лечение, а также массаж, гирудотерапию, мануальную терапию.

Подобные методы лечения не отвечают потребностям в восстановлении двигательных нарушений, но, являясь общепринятыми, затягивают период реабилитации, что приводит к необратимым формам дефекта у ребенка с поражением мозга.

Поэтому применение методов биомеханической коррекции у ребенка, получившего родовую травму, особенно тяжелой степени, должно быть приоритетным и проводится с первых месяцев жизни.

Опыт применения биомеханических методов в нашей клинике показывает их высокую эффективность, по сравнению с общепринятыми методами реабилитации.

Мы использовали данный подход у детей с различной патологией нервно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата:

1. Группа 1 (n=37) проявление родовой травмы:

- экстрапирамидная патология с нарушением функции опоры;
- мышечная кривошея;
- миотонический синдром;
- дискоординация в работе крупных суставов (закидывание ручек, гипертонус сгибателей туловища, нарушение функции тазобедренных суставов);
- синдром внутричерепной гипертензии;
- дисплазия тазобедренных суставов.

2. Группа 2 (n=12) детский церебральный паралич.

3. Группа 3 (n=8) посттравматический геми и монопарез .

Все наблюдаемые дети регулярно проходили курс медикаментозного лечения, массаж, гирудотерапию, мануальную терапию.

Эффективность реабилитации оценивалась методом визуального контроля с мониторингом динамики развития двигательных навыков.

В группе 1 курс реабилитации для каждого ребенка составил от 3 до 4 недель, у 2-х детей с относительным укорочением ножки (до 2 см), потребовался повторный курс.

В результате реабилитации у всех 37 детей данной группы были устранены все двигательные проявления родовой травмы, с восстановлением соостности суставов, координации и объема движений.

На начало периода реабилитации возраст детей в группе 2 составил в среднем 1,2±0,2

года. 1 ребенок попал на реабилитацию в возрасте 3 месяцев. Не смотря на проведенное ранее курсовое лечение, у 11 детей этой группы заболевание прогрессировало в виде нарастающего гипертонуса в сгибателях туловища, конечностей с формированием деформаций (перекрест ног, запракидывание головы, и др). У 5 детей сформировался вальгусный дефект стопы с полным ее уплощением и гипотонией мышц, у 3-х вывих тазобедренного сустава.

В группе 2 продолжительность курса реабилитации составила от 1 до 2-х лет. У 11 пациентов была достигнута положительная динамика - устранен перекрест ног, гипертонус сгибателей туловища, восстановлен мышечный баланс и объем движения в суставах, частично восстановлена опора на полную ступню.

У 1 ребенка восстановлены все имеющиеся дефекты полностью, однако реабилитационная программа с применением биомеханических методов у него началась с 3-х месяцев.

В группе 3 были дети разного возраста - от 3 до16 лет, курс реабилитации составил от 2 месяцев до 2-х лет.

У всех пациентов данной группы была положительная динамика, которая выражалась в полном восстановлении нарушенных функций (у 7 детей) и почти полном у 1 ребенка.

Таким образом, применение биомеханических методов реабилитации является высоко эффективным даже при очень тяжелых поражениях опорно-двигательного аппарата и нервно-мышечной системы у детей.

Применение биомеханики при ДЦП наиболее эффективно на ранних этапах заболевания, т.е. в возрасте 2-3 месяцев.

Однако применение биомеханических методов реабилитации относится к высокотехнологичной помощи, насыщенной сложными и трудоемкими разработками, связано с материальными вложениями и поэтому является затратным. В связи с этим следует обратить внимание государства или частных инвесторов на возможность финансирования в развитии и продвижении данных технологий.

Коняева Н.Д., Власова В.В. Комарова Р.И., Репецкая А.Е.

ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» отделение профессиональной патологии
с областным центром профпатологии
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Среди почти 40 тысяч существующих ныне профессий особую социальную нишу занимают медицинские работники, численность которых в РФ составляет около 5 миллионов, из них:

- врачей - около 600 тысяч (в Кемеровской области около 10 тысяч);
- средних медицинских работников - около 1,5 миллионов (в Кемеровской области - около 26 тысяч).

80% работников здравоохранения это женщины. Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. На медицинских работников воздействует комплекс факторов физической, химической, биологической природы; медики испытывают высокое нервно-эмоциональное напряжение; в процессе профессиональной деятельности медицинские работники подвергаются функциональному перенапряжению отдельных органов и систем. Среди медицинских работников наиболее неблагоприятные условия труда у хирургов, реаниматологов, врачей скорой помощи, рентгенологов, патологоанатомов. По данным ВОЗ продолжительность жизни врача в среднем составляет 54 года. Удовлетворенность от своей работы у отечественных медиков намного ниже, чем у иностранных коллег. Большинство наших врачей работают по совместительству, чтобы довести свою зарплату до приличного уровня. Высокая нагрузка, неадекватные условия труда, бумажный вал, и вот перед нами человек в белом халате, который не только неправильно питается, плохо спит и мало двигается, но зачастую даже не знает, чем он болен.

Нами проведен углубленный анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников Кемеровской области. В последние 3 года наблюдается тенденция к снижению заболеваемости, если в 2009 году было выявлено 14 профессиональных заболевания, то в

2011 году - 6. Удельный вес профессиональной заболеваемости по здравоохранению в Кемеровской области не высокий и составляет только 0,5-0,6% от общей заболеваемости (в угольной отрасти - около 80%, в горно-рудной - 5%, цветной - 4%). Проанализированы документы 229 медицинских работников с диагнозом профессионального заболевания, имеющиеся в регистре центра. 83% больных это женщины, мужчины составляют 17%. Возраст, к моменту установления профессионального заболевания, от 41 до 60 лет - 58%, Следует обратить внимание на большой процент медиков в возрасте старше 60 лет - 15%. Заболевания диагностируются у стажированных медицинских работников - от 11 лет до 20 лет - 30%; от 21 года до 30 лет - 33%. Чаще болеют городские жители: г.Прокопьевск - 3,0 на 10000 тысяч трудоспособного населения; г.Кемерово - 2,0 на 10000 тысяч трудоспособного населения; г.Новокузнецк - 1,0. Среди профессиональных заболеваний у медицинских работников самыми распрастраненными являются заболевания от воздействия биологических факторов: туберкулез органов дыхания, вирусный гепатит и профаллергозы. На их долю приходится - 83%, но лидирует туберкулез - 39%. Распространенность профессиональной патологии в различных профессиональных группах оказалась не одинаковой - болеют в основном медицинские сестры - 52%, врачи составляют - 27%. На третьем месте группа прочих - 8%, это персонал не медицинского профиля: штукатуры-маляры, электрики, гардеробщики, библиотекари. Профессиональные заболевания лишают медицинского работника заниматься своим делом, хирург уже не сможет проводить операции. Его возьмут лишь в поликлинику на менее оплачиваемую и менее престижную работу. Снижение заболеваемости в последние годы связано с «качеством» проводимых медицинских осмотров, носящих, к сожалению, формальный характер. Сохранять здоровье медиков, создав им благоприятные условия жизни и труда - это обязанность работодателей, федеральных и местных рганов здравоохранения, профсоюзов, медицинских ассоциаций и самих медицинских работников.

Корнеева И.А., Федосеева И.Ф., Мильчакова К.П., Трофимова Г.Г.
МБУ Реабилитационный Центр «Фламинго»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития Россия
г.Кемерово, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ФЛАМИНГО»

В реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго» для лечения спастических парезов применяется метод динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР). Основой метода являются занятия лечебной гимнастикой в костюме «Адели», оказывающие стимулирующее действие на нервно-мышечные структуры, участвующие в вертикализации ребенка.

Цель исследования. Оценить эффективность применения метода ДИПРОКОР в реабилитации детей со спастическими парезами.

Материалы и методы исследования. Реабилитация с применением метода динамической проприоцептивной коррекции была проведена 59 детям. По нозологическим формам преобладали дети с детским церебральным параличом - 57 детей (96,6%), из них с двойной гемиплегией - 21 ребенок (35,6%), со спастической диплегией - 29 детей (49,1%), с гемипаретической формой - 2 ребенка (3,4%), с атонически-астатической формой - 4 ребенка (6,8%), с гиперкинетической формой - 1 ребенок (1,7%). У 2 детей (3,4%) были последствия черепно-мозговой травмы в виде гемипареза. Больные были распределены по следующим возрастным группам: 3-6 лет - 37 детей , 7-10 лет - 15 детей, 11-17 лет - 7 детей. Курс реабилитации включал в среднем 19 занятий. Один курс лечения получили 33 ребенка, два курса - 16 детей, три курса - 10 детей. Для уточнения особенностей патологического двигательного стереотипа перед началом занятий и в конце курса лечения у детей проводилось тестирование, включающее оценку способности удержания равновесия тела с анализом позы, времени удержания, расположения центра масс, положения нижних конечностей, измерение длины

шага. Для оценки движений рук проводились следующие тесты: поочередная экстензия кистей в лучезапястных суставах, супинация-пронация предплечий с оценкой качества движений и участия вспомогательной мускулатуры, оценка объема движений пальцев кисти, оценка пространственно-манипулятивной функции и координации.

Результаты исследования. Анализ результатов реабилитации показал, что у 49 детей (83%), получивших комплексное лечение с применением методики ДИПРОКОР, отмечено улучшение в виде снижения спастического мышечного тонуса в конечностях, коррекции патологических установок конечностей и туловища, увеличения объема активных движений в конечностях, улучшения опороспособности, увеличения длины шага, улучшения способности удержания равновесия тела и координации туловища и конечностей при движении, улучшения мелкой моторики руки, повышения речевой активности. Лучшие результаты реабилитации были отмечены у детей со спастической диплегией в возрасте от 4 до 7 лет (23 человека, 39%). Отсутствие эффекта после применения данной методики у 10 детей (17%) было обусловлено исходно низким реабилитационным потенциалом: наличие контрактур и грубая задержка психо-речевого развития затрудняли выполнение активных упражнений во время занятий в костюме. Случаев ухудшения состояния после курса реабилитации с применением методики ДИПРОКОР не отмечено.

Выводы.

Включение методики динамической проприоцептивной коррекции в программу комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом позволяет снизить спастический мышечный тонус, увеличивает объем движений в конечностях, способствует формированию правильного двигательного стереотипа, облегчает формирование навыков самообслуживания и улучшает психо-речевое развитие, расширяя функциональные возможности ребенка.

Корчагина Я.А.

«Омская государственная медицинская академия»
г.Омск, Россия

ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ НУТРИЕНТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОПРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Применение современных протоколов полихимиотерапии у детей с опухолями головного мозга являются причиной многих негативных влияний на детский организм, а именно, на процессы роста и развития ребенка. Учитывая анатомо-физиологические особенности строения желудочно-кишечного тракта у детей: слабое развитие мышечного слоя, низкий уровень дифференцировки желудочного эпителия у детей раннего возраста, относительно низкое содержание соляной кислоты в желудочном соке и, как следствие, его слабое противомикробное свойство, тошнота, рвота, диарея - одни из лидирующих побочных эффектов химиолучевой терапии. В сочетании с лейкоцитопенией, тромбоцитопенией, анемией гастроинтестинальные нарушения могут приводить к нежелательному дисбалансу нормальной микрофлоры кишечника, избытку роста патогенных микроорганизмов. Нутритивная поддержка в виде специальной энтеральной смеси подходит как для полного, так и для частичного рациона реб□нка. Применение дополнительных энтеральных нутриентов способно обеспечивать всасывательную функцию слизистой оболочки тонкого кишечника, участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции, предотвращать атрофию слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Клинические наблюдения проводились за 40 детьми с опухолями головного мозга, разделенных на 2 группы с учетом проводимого лечения. В первую группу включены дети с опухолями головного мозга, получавшие традиционное лечение + дополнительную нутритивную поддержку в виде специальной смеси. Вторую группу составили дети с аналогичными опухолевыми заболеваниями головного мозга и традиционными методами лечения, но не получавшие пищевые нутриенты. Проводилась сравнительная оценка эвакуаторной функции кишечника и анализ копрограммы во время химиолучевого лечения.

На основе копрологических исследований установлено, что у детей, получавших нутритивную поддержку содержание в кале лейкоцитов у 7 человек, жирных кислот в количестве «++» у 5 человек, нейтрального жира в содержании «++» у 2 человек. У детей из второй группы содержание аналогичных веществ в копрограмме было больше, а именно: лейкоциты у 12 человек, наличие жирных кислот «++» у 9 человек, нейтрального жира «++» у 6 человек. Примечательно и наличие жирных кислот «+++» у 1 человека из второй группы, чего не встретилось у детей из первой группы.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей получавших дополнительные нутриенты, функции желудочно-кишечного тракта нарушены в меньшей степени, нежели у детей, не получавших таковые. Специализированная смесь способна полностью всасываться в верхнем отделе тонкого кишечника, приводить к снижению количества нейтрального жира, жирных кислот, лейкоцитов, минимально стимулировать соко- и желчеотделение.

Очевидно, что применение нутритивной поддержки нормализует эвакуаторную функцию кишечника у детей с опухолями головного мозга, находившихся на этапе химиолучевого лечения. При этом сохраняется естественный путь введения пищевых веществ, повышается комплаентность лечения и вместе с тем снижается частота осложнений, а так же сокращается срок пребывания детей в стационаре.

Котовщикова Е.Ф., Белых В.И., Перегудова И.Г., Лукашевич Е.В., Акимцева Е.А.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России
г.Барнаул, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ) У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА РАЗНЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СРАВНИТЕЛЬНЫМ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИМ ТЕСТИРОВАНИЕМ ГРУППЫ ЛИЦ С ДСТ И БЕЗ ДСТ

Нами были исследованы на наличие фенотипических признаков мезенхимальной дисплазии студенты - добровольцы 3 курса лечебного факультета 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 гг. обучения, - всего 545 человек.

Из них лиц с ДСТ в 2009-2010 гг. Выявлено 42%, в 2009-2010 гг. - 18% и в 2011-2012 гг. - 38%.

При этом, анемический синдром составлял 42% в 2009-2010 гг., 5% - в 2011-2012 гг. и 20% - в 2011-2012 гг.

На наличие генетических мутаций крови исследована группа из 29 человек в 2012 г., из которых мутации обнаружены у 22 человек, а явления ДСТ - у 18 человек.

Следующие исследования проводились совместно с сотрудниками кафедры социальных коммуникаций АГУ с использованием психолингвистических исследований групп с проявлениями ДСТ и без оных.

Выявлено увеличение числа ассоциаций на некоторые понятия русского языка среди студентов с ДСТ: 51 ассоциация на слово «любовь» против 20 ассоциаций у студентов без ДСТ.

При исследовании феномена экстра - и интровертности среди 84 человек с ДСТ большинство (47 человек) составили амбиверты, как и в группе из 100 человек без ДСТ (амбивертны 63 человека).

Таким образом, мы осуществляем попытку создания психотипического портрета практически здорового молодого человека-студента медицинского вуза с фенотипическими признаками ДСТ.

Кочергина А.М., Осокина А.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН»
г.Кемерово, Россия

ПРОБЛЕМЫ «ЛИСТА ОЖИДАНИЯ»: ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Актуальность. В настоящее время во всем мире все шире применяется оперативное лечение ишемической болезни сердца (ИБС), что улучшает качество жизни и прогноз пациентов. Вместе с тем, далеко не всегда выполнение операции возможно в кратчайшие сроки после проведения коронароангиографии (КАГ) и определения показаний для оперативного вмешательства. Именно по этой причине образуется «лист ожидания» операции, при формировании которого учитываются множество факторов, чтобы больные с наивысшим риском были оперированы в более сжатые сроки. Однако не всегда удается точно оценить риск ожидания операции, а определенное число пациентов не является в кардиохирургический стационар к намеченному сроку плановой операции.

Цель исследования. Изучить причины отказов от планового коронарного шунтирования (КШ) пациентов, включенных в «лист ожидания» операции.

Материалы и методы исследования. За период с I/2010г по III/2011г в «лист ожидания» НИИ КПССЗ СО РАМН на КШ были внесены 1057 человек (100%), из них не явились 74 (7%). В 51 случае (4,8%) больные отказались от проведения операции по разным причинам, в 14 случаях (1,3% от общего числа больных в листе ожидания) наступил летальный исход в ходе ожидания оперативного вмешательства. Методом телефонного опроса мы выясняли причины, по которым пациенты отказались от планового оперативного вмешательства на сердце. Не удалось выяснить причину неявки в 9 случаях из-за отсутствия возможности связаться с пациентами, что составило 0,85% от всей группы запланированных на оперативное лечение.

Методом сплошной выборки была сформирована контрольная группа - пациенты, госпитализированные на плановое КШ. Пациенты двух групп сравнивались по клинико-биохимическим показателям, данным инструментальных обследований, анамнезу, социальному статусу.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми причинами отказов от операции были страх и хорошее самочувствие пациента (35,3% и 33,3%, соответственно). Третьей по частоте встречаемости явилась такая причина, как отсутствие разъяснительной беседы врача с пациентом о целесообразности проведения оперативного вмешательства (9,8%). Пациентам контрольной группы достоверно чаще назначалась госпитализация для проведения КШ в течение первого месяца после проведения КАГ (n=17 и n=6, p=0,00), а пациентам основной группы - в течение шестого месяца ожидания (n=12 и n=4, p=0,02). Достоверные различия выявлены в отношении частоты постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Для выявления факторов, ассоциированных с развитием отказа от операции, был проведен однофакторный анализ, который показал, что повышало вероятность отказа больных от операции ожидание ее более месяца. Чтобы оценить факторы, независимо влияющие на вероятность отказа от операции, был проведен пошаговый логистический регрессионный анализ. Отношение шансов формирования отказа от планового КШ было наиболее значимым для пациентов, чье ожидание госпитализации составило более 1 месяца.

Выводы.

Отказы от проведения операции КШ среди пациентов, включенных в «лист ожидания», встречаются в 4,8% случаев. Основными причинами являются боязнь операции, хорошее самочувствие, отсутствие беседы с врачом и ожидание более 1 месяца.

Крючков Д.В., Кущ О.В., Артамонова Г.В.
НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Цель исследования. Изучить госпитальную летальность пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы исследования. Объект исследования - пациенты с ИМ, пролеченные в МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер». Объем исследования - 6463 пациента с ИМ. Период исследования: 2006-2011 гг. Пациенты распределены по следующим возрастным группам: работоспособный возраст (мужчины до 60 лет, женщины до 55 лет), пенсионный возраст (мужчины с 60 до 74 лет, женщины с 55 до 74 лет), старческий возраст (мужчины и женщины старше 74 лет).

Статистическая обработка данных осуществлялась стандартным лицензионным пакетом программы «Statistica 6.0». При сравнении количественных данных рассчитывались среднее значение, стандартное отклонение, критерии X^2 Пирсона и Манна-Уитни. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 95%.

Результаты исследования. В гендерной структуре доля мужчин с ИМ составила 59,6±0,8%, женщин - 40,4±0,8%. Средний возраст пациентов с ИМ равен 64,4±0,4 лет, возраст женщин - 70,7±0,4 лет, мужчин - 60,2±0,6 лет (p=0,0001). В структуре ИМ доля первичного ИМ составила 70,2±2,0% без значимых колебаний по годам исследования. Частота развития кардиогенного шока при ИМ 7,5±2,2%, отмечается тенденция к увеличению распространенности кардиогенного шока с 7,0% в 2006-2007 гг. до 9,2% в 2010-2011 гг. (p=0,06).

Госпитальная летальность пациентов с ИМ составила 11,8±1,8% (min 9,9% в 2008 г., max 14,5% в 2010 г.). Отмечено увеличение летальности на 29,6% с 10,8% в 2006-2007 гг. до 14,0% в 2010-2011 гг. (p=0,001).

Госпитальная летальность пациентов с первичным ИМ составила 7,4±1,4%, при повторном ИМ - 22,1±4,8%. Выявлен значимый рост летальности среди пациентов с повторным ИМ на 50,3% с 18,5% в 2006-2007 гг. до 27,8% в 2009-2011 гг. (p=0,0001). При первичном ИМ летальность достоверно не изменилась (7,4% в 2006-2007 гг., 8,7% в 2009-2011 гг., p=0,22).

Госпитальная летальность при ИМ зависит от возраста пациентов: среди пациентов работоспособного возраста летальность составила 4,7±0,8%, среди пациентов пенсионного возраста - 12,4±1,9%, среди пациентов старческого возраста - 22,7±5,8%. Отмечен рост данного показателя у пациентов старческого возраста на 66,1% с 17,7% в 2006-2007 гг. до 29,4% в 2010-2011 гг. (p=0,0001). У пациентов работоспособного и пенсионного возраста госпитальная летальность существенно не изменилась: 4,7% - в 2006-2007 гг., 5,3% - в 2010-2011 гг., p=0,59 и 12,4% - в 2006-2007 гг., 14,2% - в 2010-2011 гг., p=0,29 соответственно.

При исследовании летальности по гендерному признаку установлен рост данного показателя у женщин на 38,8% с 13,4% в 2006-2007 гг. до 18,6% в 2010-2011 гг. (p=0,002). У мужчин не отмечено достоверного увеличения летальности (9,0% в 2006-2007 гг., 10,9% в 2010-2011 гг., p=0,11).

При рассмотрении летальности по гендерному признаку с учетом возрастных групп не выявлены различия в группах пенсионного и старческого возрастов (у мужчин 12,3±1,7% и 23,1±6,5%, у женщин 12,6±2,0% и 22,6±5,1% соответственно). В работоспособном возрасте летальность у мужчин практически в три раза выше, чем у женщин (5,0±1,0% и 1,7±2,0%, p=0,025). В работоспособной и пенсионной возрастных группах у мужчин и женщин не выявлены достоверные изменения летальности. Отмечен рост летальности у мужчин старческого возраста на 79,3% с 16,9% в 2006-2007 гг. до 30,3% в 2010-2011 гг., p=0,0072. У женщин старческого возраста летальность увеличилась на 60,2% с 18,1% в 2006-2007 гг. до 29,0% в 2010-2011 гг., p=0,0013.

Выводы.

Госпитальная летальность определяется полом и возрастом пациентов, типом инфаркта миокарда.

Кувшинов Д.Ю.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России г.Кемерово, Россия

КОРРЕЛЯЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРОВ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Понятие биологического возраста возникло в результате осознания неравномерности развития, зрелости и старения. Эти три этапа онтогенеза характеризуются гетерохронностью - различием изменений органов и систем во времени, гетеротопностью - различием интенсивности изменений для разных структур одного и того же органа, гетерокинетичностью - различием скорости изменений. Неравномерность возрастных изменений - одна из важнейших закономерностей онтогенеза. Именно это явление служит причиной расхождения между хронологическим и биологическим возрастом организма. Данные об исследованиях БВ у лиц юношеского возраста, к сожалению, в литературе немногочисленны. А, как известно, юношеский возраст отличается неустойчивостью адаптивных механизмов (Marttunen M.J. с соавт., 1995 г.), высокой реактивностью (Маляренко Т.Н., Максинеев Д.В., 1998 г.).

На кафедре нормальной физиологии КемГМА в утренние часы у 212 студентов II курса медицинской академии проводилось определение биологического возраста старения (ББс) и сравнение его с должной величиной по методу, разработанному В.П. Войтенко с коллегами в Киевском НИИ геронтологии. Определялись «офисное» артериальное давление, параметры кардиоритма автоматизированным комплексом «Хронокард 2.2», параметры нейродинамики с помощью программы «Status PF» и ряд других показателей. Проводилось вычисление коэффициента корреляции Спирмена.

У юношей найдена корреляция ББс и АД систолического (r=0,47, p=0,0001), что было достаточно ожидаемо; ББС и продолжительности индивидуальной минуты (r=-0,28, p=0,209); ББс и длительности задержки дыхания на вдохе (r=-0,62, p=0,0001); ББс и величины индекса активации подкоркового нервного центра, свидетельствующем об усиления централизации управления ритмом сердца (r=-0,27, p=0,282). АД систолическое напрямую коррелировало с показателем конкретного мышления (в баллах) (r=0,34, p=0,005), но обратно - с показателем, характеризующий абстрактное мышление (в баллах) (r=-0,30, p=0,013). Найдены прямые корреляции АД диастолического с параметрами кардиоритма - индексом напряжения регуляторных систем (r=0,25, p=0,046) и показателем адекватности процессов регуляции (r=0,27, p=0,025), а также с показателем, характеризующим конкретное мышление (в баллах) (r=0,25, p=0,041).

У девушек, как и у юношей, ББс был взаимосвязан с уровнем АД систолического (r=0,47, p=0,001). Найдена отрицательная корреляция ББс с уровнем интроверсии (r=-0,2, p=0,015), с качеством сна (r=0,21, p=0,025), положительная - с уровнем стрессреактивности (r=0,21, p=0,042). АД систолическое напрямую коррелировало с индекса активации подкоркового нервного центра (r=0,21, p=0,025); с весом (r=0,24, p=0,010); АД диастолическое - со временем реакции на движущийся объект - РДО - (r=0,24, p=0,012).

Безусловно, биологический возраст необходимо учитывать в целях прогноза индивидуального здоровья человека. Меняя поведенческую стратегию, человек может более эффективно противодействовать процессам преждевременного старения и росту артериального давления.

Исследование выполнено при поддержке гранта Губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева для молодых ученых - докторов наук.

Кузнецова В.В., Ахмедов В.А., Качан Ю.В.
Городская клиническая больница N 1 им. А. Н. Кабанов
а "Омская государственная медицинская а
кадемия" Медицинский центр «Ваш доктор»
г.Омск, Россия

ЭФФЕКТИВНАЯ УПРУГОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель исследования. Выявить взаимосвязи между изменением показателей пред- и постнагрузки, систолической функции и эффективной упругости левого желудочка, центральной гемодинамики у пациентов молодого возраста с недифференцированной ДСТ.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные, полученные при обследовании 60 пациентов (30 мужчин и 30 женщин) с ДСТ в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст - 25,9±6,8 лет) и 27 здоровых лиц (15 мужчин и 12 женщин) без признаков дисплазии (средний возраст 25,2±5,4 года). Наличие ДСТ у пациентов устанавливалось по совокупности признаков. Эходопплеркардиография проводилась на ультразвуковом сканере экспертного класса с цветным картированием VIVID-3 («General Electric», США). Исследование эффективной упругости левого желудочка, а также эластического и периферического сопротивлений осуществлялось по методике, предложенной В.Л. Карпманом и В.Р. Орлом. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0, а также возможностей Microsoft Excel. Признаки описаны медианой и интерквартильным размахом. Сравнение двух независимых групп выполнялось с помощью U-теста Манна - Уитни. Оценка зависимости между двумя переменными проводилась с применением коэффициента корреляции Спирмена. Уровень принятия или отклонения нулевой гипотезы составлял менее 0,05.

Результаты исследования. Эффективная упругость левого желудочка у лиц с ДСТ оказалась достоверно выше, чем в контрольной группе (15085,6 (12373,5-17205,9) и 11362,1 (9748,7-15305,5) дин*см$^{-5}$ соответственно, p=0,02)). Эластическое сопротивление артериальной системы у лиц с ДСТ было повышено, однако различия не были статистически значимы (1627,4 (1227,7-1881,2) и 1362,8(1186,6-1590,2) соответственно, p=0,068)). Общее периферическое сосудистое сопротивление у лиц с ДСТ было достоверно больше, чем в контрольной группе(1600,3 (1397,6-2023,3) и 1355,8 (1221-1700,4) соответственно, p=0,01)). Отношение эффективной упругости левого желудочка к эластическому сопротивлению артериальной системы не различалось между группами(8,86 (7,52-12,28) у лиц с ДСТ и 8,55 (6,4-11,99) в контрольной группе, p=0,83)). Увеличение эффективной упругости левого желудочка в нашем исследовании было сопряжено с уменьшением массы тела ((r=-0,37, p=0,006), площади поверхности тела (r=-0,36, p=0,007), окружности грудной клетки (r=-0,28, p=0,04), окружности талии (r=-0,36, p=0,007)). Увеличение эффективной упругости левого желудочка у пациентов с ДСТ было связано со снижением преднагрузки левого желудочка (КДО ЛЖ (r=-0,71, p<0,00001), индекс КДО ЛЖ (r=-0,73, p<0,00001)) и увеличением показателей постнагрузки левого желудочка (ОПСС (r= 0,78, p<0,00001), эластическое сопротивление артериальной системы (r=0,51, p=0,00009). Обнаружена связь между повышением эффективной у пругости левого желудочка и сниженной массой миокарда левого желудочка (r=-0,6, p=0,000002), снижением показателей систолической функции левого желудочка (ФВ (r=-0,29, p=0,03), толщина МЖП в систолу (r=-0,36, p=0,007), толщина ЗСЛЖ в систолу (r=-0,38, p=0,004), скорость циркуляторного укорочения волокон миокарда (r=-0,45, p=0,0006), % систолического укорочения МЖП (r=-0,28, p=0,04)), центральной гемодинамики (МОК (r=-0,73, p<0,00001), СИ (r=-0,65, p<0,00001)).

Выводы.

Ддля лиц молодого возраста с ДСТ характерно повышение эффективной упругости левого желудочка, что позволяет сердцу, имеющему меньший объем и массу миокарда, сниженные показатели систолической функции и центральной гемодинамики, оптимально преодолевать повышенное сопротивление артериальной системы.

Кузнецова В.В., Ахмедов В.А.
Городская клиническая больница N 1 им. А. Н. Кабанова
"Омская государственная медицинская академия"
г.Омск, Россия

ЭЛАСТИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель исследования. Выявить взаимосвязи между изменением показателей центральной гемодинамики, преднагрузки левого желудочка, его систолической функции и эластических свойств аорты у пациентов молодого возраста с недифференцированной ДСТ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов с дисплазией соединительной ткани в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст - 25,9±6,8 года) и 27 пациентов без признаков ДСТ. Наличие дисплазии соединительной ткани у пациентов устанавливалось по совокупности признаков. Эходопплеркардиография проводилась на ультразвуковом сканере экспертного класса с цветным допплеровским картированием VIVID-3 фирмы General Electric (США). Исследование характеристического импеданса аорты, эластического и периферического сопротивлений было проведено по методике, предложенной Карпманом В.Л. и Орлом В.Р. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 фирмы StatSoft и MIX для Windows, а также возможностей Microsoft Excel. Так как распределение всех признаков было отлично от нормального распределения, то признаки описаны медианой и интерквартильным размахом (25 и 75 процентили). Сравнение двух независимых групп выполнялось с помощью U-теста Манна-Уитни. Оценка зависимости между двумя переменными проводилась с применением коэффициента корреляции Спирмена. Уровень принятия или отклонения нулевой гипотезы составлял ниже 0,05.

Результаты и обсуждение. Характеристический импеданс аорты был статистически значимо повышен у пациентов с ДСТ по сравнению с контрольной группой (146,4 (118,1-185,9) и 119,6 (100,1-140,5) дин/см$^{-5}$ соответственно, p=0,009)). Эластическое сопротивление артериальной системы у лиц с ДСТ не имело статистически значимых различий с контрольными значениями (1627,4 (1227,7-1881,2) и 1362,8 (1186,6-1590,2) дин*см$^{-5}$ соответственно, p=0,068)). При этом периферическое сосудистое сопротивление R у пациентов с ДСТ достоверно превышало контрольные показатели (1600,3 (1397,6-2023,3) и 1355,8 (1221-1700,4) дин*с*см$^{-5}$ соответственно, p=0,01)).

Таким образом, левый желудочек у пациентов с ДСТ работает в условиях повышенной постнагрузки по сравнению с контролем, которая определяется не только увеличенным общим периферическим сосудистым сопротивлением, но и эластическим сопротивлением артериальной системы. Увеличение эластического сопротивления артериальной системы у пациентов с ДСТ сопряжено со снижением преднагрузки левого желудочка (конечный диастолический объем левого желудочка (r=-0,62, p=0,000001), индекс конечного диастолического объема левого желудочка (r=-0,64, p<0,00001)), снижением показателей центральной гемодинамики (ударный объем (r=-0,65, p<0,00001), минутный объем кровообращения (r=-0,46, p=0,0005), ударный индекс (r=-0,59, p=0,000003), сердечный индекс (r=-0,4, p=0,003)) скоростных и энергетических показателей сердечного выброса левого желудочка (кинетической энергией сердечного выброса (r=-0,42, p=0,002), объемной скоростью сердечного выброса (r=-0,54, p=0,00003), линейной скоростью сердечного выброса (r=-0,52, p=0,00006), работой левого желудочка (r=-0,46, p=0,0004), мощностью сердечного выброса (r=-0,42, p=0,002)).

Выводы.

Для пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани характерны повышенные эластическое и общее периферическое сосудистые сопротивления, повышенный характеристический импеданс аорты, которые компенсируются снижением показателей центральной гемодинамики, преднагрузки левого желудочка, скоростных и энергетических показателей сердечного выброса.

Кузьменко О.В., Снигирев Ю.В., Горелкина В.И., Тараскина Е.Б., Скакалина В.Н.

ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития РФ кафедра Восстановительной медицины
ГБО МЛПУ ГКБ N 5
г.Новокузнецк, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОФОРЕЗА ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Данные мировой статистики свидетельствуют, что язвенная болезнь (ЯБ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов (6-10% взрослого населения). В настоящее время язвенная болезнь является значимым в социальном плане заболеванием, так как, поражая наиболее работоспособное население, имеет самое большое число разнообразных методов консервативного лечения и, не смотря на это, отсутствует тенденция к снижению ее распространения с формированием хронического течения.

Разработан метод ускоренного заживления язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью магнитотерапии после приема 1% раствора гидролизата плаценты, в результате чего сокращены сроки репарации язвенного дефекта в 2 раза.

На фоне лечения у 92,3% пациентов с проявлениями ЯБ отмечалось купирование клинических проявлений в виде исчезновения и значительного уменьшения выраженности болевого диспептического, астено-вегетативного синдромов. У больных, получавших данный комплекс на фоне магнитофореза гидролизата плаценты при ФГДС, полное рубцевание язвенного дефекта отмечалось к 4-ой неделе против 8 недель в группе сравнения ($p<0,01$). В 80,7% в основной группе отмечалась положительная динамика со стороны показателей эзофагогастродуоденоскопии в виде купирования (у 68% больных) или значительного уменьшения (у 25% больных) явления эзофагита, гастрита, рефлюксов уже через 15 дней после начала курса магнитофореза. По данным УЗИ отмечена нормализация в 83,2% случаев сократительной способности желчного пузыря, по данным дуоденального зондирования - количественных и временных показателей желчевыделения и желчеобразования (дискинезии желчевыводящих путей до лечения определялись у 89,5% пациентов, после лечения - у 33,7%). У 47,8% получена нормализация литогенных индексов: так, исходно измененный индекс Рубенса отмечался до лечения у 78,1% пациентов, после - у 38,2%; измененный холатохолестериновый коэффициент у 87,2% и 47,1% соответственно. Переносимость лечения оценена как хорошая. Эффективность лечения оценивалась на основе анализа основных вышеуказанных клинико-функциональных показателей и составила у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, получавших основной комплекс - 95,8%, а у больных, получавших сравнительный комплекс - 78,0%. Сохраняемость лечебного эффекта - 9-10 месяцев.

Кунгурова Н.А., Визило Т.Л., Кунгуров М.Н., Шерина А.Ю.

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

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Актуальность данной темы обусловлена продолжающимся ростом распространенности депрессий, достигающей в популяции 30%, высоким риском хронификации состояний этого круга, их дезадаптирующим влиянием на социальное функционирование, трудоспособность и качество жизни. Тревожные депрессии в клинике аффективной патологии занимают особое место, поскольку тревога выявляется у подавляющего большинства пациентов (96%).

Цель исследования. Определить уровень тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов неврологического и кардиологического отделений и зависимость качества жизни

от уровня тревожно-депрессивных расстройств.

Материалы и методы исследования. Обследовано 110 человек, из них 54 мужчины и 56 женщин, находящихся на лечении в неврологическом и кардиологическом отделениях ФГБ ЛПУ "НКЦОЗШ". Пациентов неврологического стационара - 71, из них в динамике обследовано 28, кардиологического - 39. Состояние пациентов оценивалось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы депрессии А.Бека, шкалы самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, опросника качества жизни SF-36, который широко распространен в США и странах Европы (перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» г.Санкт-Петербурга).

Результаты исследования. По результатам исследования, у пациентов неврологического отделения (средний возраст 49,7 лет) уровень тревоги по госпитальной шкале - 8,3, уровень депрессии - 7,8. По шкале депрессии А. Бека средний уровень депрессии - 21 балл. Тестирование по шкале самооценки тревожности Спилбергера-Ханина: реактивная тревожность - 32 балла, личностная тревожность - 46,9 баллов. По опроснику SF-36 у пациентов неврологического отделения: GH=46.5, PF=58, RP=28,2, RE=44,8, SF=57,4, BP=39,8, VT=47,9, MH=55,6.

У пациентов отделения неврологии, обследованных в динамике, снизился уровень тревоги по госпитальной шкале до 7,4, уровень депрессии до 6,5, по шкале депрессии А. Бека - 18,6 баллов. По шкале самооценки тревожности Спилбергера-Ханина реактивная тревожность составила 29,9, личностная тревожность - 46,7 баллов. По опроснику SF-36 в динамике: GH=48,3, PF=65,9, RP=24,1, RE=47,2, SF=59,7, BP=37,2, VT=50,4, MH=57.

У пациентов кардиологического отделения (средний возраст 56,9 лет) уровень тревоги по госпитальной шкале составил 7,4, уровень депрессии - 6,3. По шкале А. Бека уровень депрессии - 20,6 баллов. По шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность - 30,4, личностная тревожность - 47,3 балла. По опроснику SF-36: GH=44,6, PF=51,8, RP=22,7, RE=36,2, SF=53,8, BP=46,6, VT=48,8, MH=58,3.

У женщин обоих отделений уровень тревоги по госпитальной шкале составил 9,2, уровень депрессии - 8,0. По шкале А.Бека уровень депрессии - 23,7 баллов. По шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность - 34 балла, личностная тревожность - 50,9 . По опроснику SF-36 у женщин: GH=43,7, PF=46,4, RP=17,6, RE=29,4, SF=55,3, BP=39,1, VT=44,7, MH=52,9.

У мужчин обоих отделений уровень тревоги по госпитальной шкале составил 6,75, уровень депрессии - 6,6. По шкале депрессии А. Бека уровень депрессии - 18,3 баллов. По шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность - 28,9 балла, личностная тревожность - 43,3. По опроснику SF-36 у мужчин: GH=47,5, PF=65,9, RP=34,9, RE=53,7, SF=56,7, BP=45,4, VT=51,7, MH=60,4.

У работающих пациентов, средний возраст которых составил 44,3 года, уровень тревоги по госпитальной шкале - 7,7, а уровень депрессии - 6,7. По шкале депрессии А. Бека средний уровень депрессии - 19,2 баллов. По шкале тревожности Спилбергера-Ханина реактивная тревожность - 30,3 балла, личностная тревожность - 46,6. По опроснику SF-36 у работающих пациентов: GH=48,4, PF=59, RP=31, RE=46,2, SF=57,4, BP=41,4, VT=48,4, MH=57,7.

У не работающих пациентов, средний возраст которых составил 67,1 лет, уровень тревоги по госпитальной шкале - 8.2, уровень депрессии - 8,3. По шкале А.Бека уровень депрессии - 23.9 баллов. По шкале Спилбергера-Ханина реактивная тревожность - 33.3 балла, личностная тревожность - 47.7. По опроснику SF-36 у не работающих пациентов: GH=41,1, PF=50,4, RP=18, RE=34,5, SF=53,8, BP=43,9, VT=47, MH=54,8.

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности были выявлены у всех пациентов неврологического и кардиологического стационаров. При сравнении пациентов неврологического (НО) и кардиологического (КО) отделений более выраженные ТДР выявлены у пациентов НО, что может быть обусловлено наличием органической неврологической патологии, коморбиднымтревожно-депрессивным расстройством. Более высокие показатели качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов НО (по сравнению с пациентами КО), возможно, связаны с более молодым возрастом пациентов и сохранением трудоспособности. Снижение показателей по шкале BP (Bodi pain) у больных отделения неврологии может быть объяснено выраженным болевым вертеброгенным синдромом и снижением повседневной активности под влиянием боли. В тоже время, выраженные болевые синдромы менее

характерны для пациентов кардиологического профиля. Низкие показатели по шкале MH (Mental Helth), которая характеризует психическое здоровье и настроение, соотносятся с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств. У пациентов НО, обследованных в динамике, наблюдается тенденция к улучшению показателей по всем вышеперечисленным шкалам. Разница в значениях показателей не достигла статистической достоверности, что обусловлено коротким периодом времени между тестированиями (при длительности госпитализации 10-12 дней).

При сравнении женщин и мужчин по всем вышеописанным шкалам, наиболее выраженные ТДР обнаружены у женщин. Показатели шкал качества жизни у женщин ниже, причем наиболее низкие показатели определяются по шкалам RP (Role-Physical Functioning), что свидетельствует о значительном ограничении повседневной деятельности в связи с физическим состоянием пациента. Низкие показатели по шкале RE (Role Emotional) обусловлены снижением эмоционального фона, что мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

У не работающих пациентов ТДР выражены в большей степени, чем у работающих. Показатели качества жизни также ниже у не работающих пациентов, причем наиболее низкие показатели определяются по шкалам RP и RE, что обусловлено, возможно, более старшей возрастной категорией не работающих пациентов.

Из всех сравниваемых групп наиболее выраженные ТДР и низкий уровень качества жизни присутствуют у женщин, что свидетельствует о более высокой подверженности женского населения данному виду расстройства.

В ходе данного исследования отмечено, что шкалы депрессии А. Бека и самооценки тревожности Спилбергера-Ханина являются более чувствительными для данного вида исследования. Госпитальная шкала тревоги и депрессии является скрининговой и не определяет ТДР у пациентов в полном объеме.

Высокая распространенность и выраженность у неврологических и кардиологических пациентов тревожно-депрессивных расстройств, снижающих качество жизни и усугубляющих течение основного заболевания, требует своевременной и адекватной медикаментозной коррекции тревоги и депрессии.

Лаптева Н.Л., Визило Т.Л., Трубицына М.В., Харькова Е.Н.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Среди разнообразных развивающихся неврологических симптомов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения особое место занимают нарушения когнитивных функций, так как когнитивные нарушения не только снижают качество жизни больного, затрудняют реабилитацию после инсульта, также повышают риск повторного инсульта.

Цель исследования. Определение наличия и степени выраженности когнитивных нарушений у больных в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 25 пациентов (средний возраст 61,6 год), из них 15 мужчин и 10 женщин. Для нейровизуализации ишемического очага всем больным проводилась компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ/МРТ). Всем пациентам проводились тесты: MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), тест рисования часов, FAB (батарея лобной дисфункции), Монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA).

Результаты исследования. По клиническим особенностям превалировал очаг поражения

в каротидном бассейне (60%), в вертебрально-базилярном соответственно 40%. На основании данных КТ и МРТ-диагностики, локализация сосудистого поражения головного мозга преобладала в средней мозговой артерии (60%). При использовании теста рисования часов, средний балл составил 7,2±0,5 (при норме 10), по шкале FAB - 14,7±0,4 (при норме 18). По данным теста MMSE средний балл 21,3±1,7 (норма 28 - 30 баллов): 45% имели умеренные когнитивные нарушения и 39% - разную степень выраженности деменции, из них 34%-деменция легкой степени выраженности, 5,0% - умеренная деменция. Средний балл по Монреальской шкале когнитивной оценки составил 22,0±2,2 балла (норма 30). 85% пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта имели когнитивные нарушения. Не выявлено когнитивных нарушений у 16% больных.

Выводы.

Когнитивные нарушения присутствуют у 85% пациентов, из них 39% имеют деменцию разной степени выраженности. Необходимо своевременно диагностировать когнитивный дефицит для назначения соответствующей терапии.

Лебедева Л.Г., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Полянцева Л.А., Глебова И.В., Бедарева Т.Ю., Юрченко Л.А., Шлегель Е.Г.

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

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ

Сведения о распространенности патологической извитости внутренних сонных артерий (ПИ ВСА) в детском возрасте немногочисленны, что связано с отсутствием до недавнего времени методов неинвазивной диагностики заболеваний сосудов.

По результатам цветового дуплексного сканирования сосудов шеи среди пациентов с ПИ ВСА дети составляют около трети всех обследуемых (Куликов В.П. и др., 2000 г.). Наряду с этим известно, что с позиций клинической практики детского возраста существует связь ПИ ВСА с рядом патологических состояний, таких, как: эпилептические припадки (Pascual-Castroviejo I., и др., 1983 г.), когнитивные нарушения (Oi S., Yamada H. и др., 1986 г.), речевые расстройства, нарушение иннервации черепных нервов (Pascual-Castroviejo I. и др.,1977 г.), преходящие нарушения мозгового кровообращения (Лисовский Е. В., Евтушенко О.С., и др., 2005 г.). В литературе описаны случаи возникновения ишемического инсульта у детей с данной патологией (Лисовский Е. В., Евтушенко О. С., и др., 2005 г.). Однако данные, приведенные в литературе, основаны на единичных клинических примерах, результаты не систематизированы, что на современном этапе не позволяет однозначно рассматривать ПИ ВСА как причину нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте. Очевидно, что велика медико-социальная значимость этих состояний, так как они возникают у детей, приводят к социальной дезадаптации или инвалидизации. Медико-социальная значимость ПИ ВСА определяется социальной дезадаптацией и риском инвалидизации детей.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений цереброваскулярной недостаточности у детей с ПИ ВСА.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 детей в возрасте от 2 до 15 лет с извитостью ВСА, проходивших стационарное лечение в отделении для детей с поражением центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и нарушением психики Кемеровской областной клинической больницы. Средний возраст детей составил 9,8±0,54 лет. Проводилось исследование неврологического статуса, анализ анамнестических данных, ультразвуковая допплерография и цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

Результаты и обсуждение. Среди больных преобладали мальчики - 70% (21 человек). Первые симптомы заболевания появились в возрасте 6,43±0,87 лет. Основной жалобой детей на момент госпитализации была головная боль - 24 больных (80% случаев). Системные головокружения отмечены у 7 детей (23,3% случаев), повышенная утомляемость - у 6 больных (20% случаев).

Транзиторные ишемические атаки диагностированы в 4 случаях (13,3%). Снижение успеваемости выявлено у 4 детей (13,3%). Задержка речевого развития наблюдалась у 5 детей (16,6%). Генерализованные судороги отмечались у 2 больных (6,6%), синкопальные состояния - у 4 детей (13,3%). В неврологическом статусе у большинства больных - 26 человек (86,6%) патологии не определено. При ультразвуковом исследовании были выявлены следующие особенности извитости брахиоцефальных сосудов: поражение обеих ВСА - в 8 случаях (26,6%), изолированное поражение ВСА - у 12 больных (40%), при этом извитость правой и левой ВСА диагностирована одинаково часто, в 20% случаев (по 6 больных соответственно).

Таким образом, патологическая извитость ВСА приводит к нарушению адаптационных способностей детей и снижению школьной успеваемости. Консервативная терапия цереброваскулярной недостаточности при патологической извитости внутренних сонных артерий является приоритетным методом лечения в детском возрасте.

Лукашев К.В., Чурляев Ю.А., Иванов О.О.
Филиал ФГБУ «НИИОР» РАМН в г.Новокузнецке
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ МЗ СР РФ
МБЛПУ «ГКБ N 1»
г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ И ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ ПРИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель исследования. Изучение влияния перфторана на церебральную и центральную гемодинамику при ишемии головного мозга.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных комплексного обследования 25 пациентов в остром периоде ОНМК до введения перфторана и после окончания его инфузии. В исследование вошли пациенты с геморрагическим инсультом - 13 пациентов (52%), их средний возраст составлял 60,9±2,4 года, и ишемическим - 12 человек (48%), их средний возраст - 61,8±2,9 лет. С целью лечения вторичного повреждения головного мозга использовался «перфторан», который вводился из расчета 3 мл/кг массы тела в 1-3 сутки. Церебральная и центральная гемодинамика исследовалась в динамике до введения препарата и по окончании. Все больные поступали в крайне тяжелом состоянии, степень утраты сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) составляла 6-9 баллов. Пациентам проводились стандартные клинико-лабораторные исследования, мониторинг внутричерепного давления с расчетом церебрального перфузионного давления (ЦПД) и центральной гемодинамики: сердечного индекса (СИ), индексов: системного сосудистого сопротивления (ИССС), глобального конечного диастолического (ИГКДО) и внутригрудного объемов крови (ИВГОК), глобальной фракции изгнания (ГФИ), функции сердца (ИФС). Выполнялась транскраниальная доплерография (ТКДГ) в среднемозговой артерии (СМА) с определением: PI - пульсационного индекса; RI - индекса сопротивления; M - средней скорости кровотока (см/с). Интенсивная терапия включала мероприятия, направленные на поддержание жизненно важных функций, и патогенетически обоснованную терапию.

Результаты исследования. До введения перфторана выявлялось повышенное внутричерепное давление, среднее его значение составляло 14,8±1,0 мм рт.ст. ЦПД находилось в пределах 94,2±4,1 мм рт.ст. но, несмотря на это ухудшался клинико-неврологический статус больных, что требовало проведения лечения вторичного ишемического повреждения головного мозга. Тип кровообращения на первом этапе выявлялся нормокинетический - сердечный индекс определялся на уровне 3,54±0,2 л/мин/м^2, индекс системного сосудистого сопротивления - 2250±79,3 дин*с*см$^{-5}$*м^2. У всех больных диагностировалась депрессия миокарда при достаточной преднагрузке. По данным ТКДГ выявлялось повышение индекса пульсативности PI до 1,26±0,07, индекс резистивности находился в пределах нормативного диапазона - 0,6±0,02, средняя скорость (M) в M1 сегменте СМА составляла 64,3±5,1 см/с.

При использовании перфторана для профилактики и лечения вторичного повреждения головного мозга определялось достоверное снижение индексов резистивности (RI - 0,55±0,01) и пульсативности (PI - 0,95±0,05), возрастала средняя скорость до 79,7±6,1 см/с, что

свидетельствовало о повышении объемного мозгового кровотока. Параллельно повышался СИ до 4,7±0,9 л/мин и снижался ИССС - 2020,1±64,4 дин*с*см-5*м2 . Все выявленные изменения в результате приводили к снижению ЦПД до 85,4±2,1 мм рт.ст и ВЧД - 11,4±0,9 мм рт.ст. Выявленные изменения выявлялись в 50% случаев на фоне введения перфторана уже в дозе 1,5 мл/кг и сохранялись на этом уровне до конца инфузии.

Выводы.

Ведение перфторана в дозе 1,5-3 мл/кг способствует стабилизации и улучшению показателей центральной гемодинамики, снижается сопротивление сосудов головного мозга. Все это, в конечном итоге, способствует снижению внутричерепного давления и повышению объемного мозгового кровотока, что является одним из ключевых моментов при лечении ишемии головного мозга.

Маркин А.В., Мартыненко Т.И., Шойхет Я.Н.

НИИ пульмонологии ЦНИЛ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ»
КГБУЗ «Городская больница N 5»
г.Барнаул, Россия

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС) сопровождается разнообразными ночными и дневными симптомами. Характер заболевания, его механизм и следствия определяют междисциплинарный характер СОАС.

В международной классификации расстройств сна 1990 года СОАС определяется как состояние, при котором имеют место повторяющиеся эпизоды обструкции верхних дыхательных путей во время сна, обычно ассоциированные с храпом, падением уровня насыщения крови кислородом. Этим подчеркнута роль обструкции верхних дыхательных путей - эпизодов апноэ и гипопноэ - как первичных факторов развития следующих за ними жизнеугрожающих событий, таких как артериальная гипоксемия, фрагментация сна, нарушения ритма сердца.

В настоящее время синдром обструктивного апноэ сна рассматривается как один из существенных факторов риска артериальной гипертензии (АГ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), нарушений ритма сердца, ишемии миокарда во время сна.

Основными факторами в развитии осложнений со стороны системы кровообращения при СОАС являются гипоксия, дисбаланс между активностью парасимпатической и симпатической системами и процессы воспаления, включающие оксидативный стресс, гиперпродукцию оксида азота, С-реактивного протеина, интерлейкина-6, активацию тромбоцитов, развитие эндотелиальной дисфункции и атеросклероза. По разным данным летальность в течение 5-8 лет у больных с СОАС составляет от 11-37%. Сосудистые события послужили причиной смерти у 71% больных СОАС, половина из них умерли в ночное время.

Неоспоримым считается участие процессов интермиттирующей ночной гипоксии и фрагментации сна в развитии метаболического синдрома. Циклическая гипоксия становится триггером развития резистентности рецепторов клеток к инсулину, что проявляется развитием сахарного диабета второго типа. Развивается ожирение, связанное с дефицитом соматотропного гормона в результате утраты глубоких стадий сна. Достаточно актуальным является вопрос развития хронической дыхательной недостаточности (ХДН) у больных с СОАС, быстрое прогрессирование ХДН и раннее формирование легочного сердца у пациентов с OVERLAP-syndrome (синдромом перекреста) - сочетанием обструктивного апноэ сна и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Имеется связь между резким снижением внутригрудного давления во время эпизодов апноэ, переполнением правых отделов сердца кровью и повышенной секрецией натрий-уретического гормона, что ведет к никтурии. Развитие легочной гипертензии и правожелудочковой сердечной недостаточности, как правило, сопровождает длительное течение СОАС. Фрагментация сна у пациентов с СОАС вызывает бессонницу, чувство недосыпания и избыточной дневной сонливости,

что резко снижает качество жизни и повышает производственный травматизм. Доказана связь избыточной дневной сонливости при СОАС и дорожно-транспортным травматизмом. Засыпание за рулем является причиной около 20% дорожно-транспортных происшествий (ДТП). У пациентов с СОАС отмечается увеличение риска ДТП в 4-6 раз по сравнению со среднестатистическими данными и больше, чем у людей, находящихся в алкогольном опьянении.

Таким образом, междисциплинарный характер СОАС, значимые последствия и осложнения требуют учитывать характерные признаки заболевания врачами разных специальностей - терапевтами, кардиологами, пульмонологами, эндокринологами, оториноларингологами, урологами, проводить клинический скрининг этого состояния и направлять на инструментальное подтверждение диагноза.

Марковская А. А, Захарова Ю.В., Леванова Л.А.
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ АССОЦИАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Формирование кишечного биоценоза начинается сразу после рождения ребенка. Попавшие в организм микробы заселяют определенную экологическую нишу, вступают в симбиотические взаимоотношения между собой, формируя довольно стабильные ассоциации. Количественные соотношения резидентов в ассоциации определяются взаимоотношениями самих микробов в нише. Взаимное влияние может быть как стимулирующим, так и тормозящим рост и размножение членов ассоциации. В результате одновременного и разнонаправленного действия микробов друг на друга в ассоциациях формируется количественное динамическое равновесие, которое стабильно поддерживается при полноценном составе ассоциации. Абсолютные количественные размеры ассоциации резидентов в нише регулируются неспецифической резистентностью организма.

При нарушении баланса между факторами резистентности макроорганизма и микробами-резидентами возможна реализация их патогенного действия вплоть до проявления инвазивных свойств («патогенизация резидентов»). Такие штаммы способны вызвать оппортунистические болезни. Особую значимость приобретает изучение механизмов развития эндогенных инфекций у ВИЧ-инфицированных детей. Развитие вторичных бактериальных осложнений у ослабленных детей нередко является клинической манифестацией ранней ВИЧ-инфекции и, уже на стадии первичных проявлений, они могут приводить к летальному исходу. Сокращение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных детей, инвалидизация, снижение качества жизни, как детей, так и их родителей - все это предопределяет необходимость в разработке новых подходов в предупреждении развития осложнений или поиске возможностей для их отсроченного наступления.

Цель исследования. Оценка состояния микрофлоры кишечника и оптимизация методов коррекции микробиоценоза у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Исследование было построено по типу «случай-контроль». В опытную группу вошли 68 детей с ВИЧ-инфекцией (II-III стадия), средний возраст которых составил 2,3±0,2 года. Группа сравнения включала 45 ВИЧ-негативных относительно здоровых детей. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Объектом исследования были 378 микроорганизмов, выделенных из содержимого толстой кишки детей с ВИЧ-инфекцией и 223 штамма от детей группы сравнения. Для статистического анализа использовали пакет прикладных программ Statistica (версия 6.1 лицензионное соглашение BXXR 006BO92218 FAN 11).

Результаты исследования. При изучении ассоциативных микросимбионтов у детей основной группы была установлена высокая распространенность бактериально-грибковых ассоциаций (66,1 на 100 ВИЧ-инфицированных детей). Среди детей группы сравнения ассоциации грибов и бактерий встречались реже (28 на 100 относительно здоровых детей). У ВИЧ-инфицированных детей доминировали трехкомпонентные ассоциации микробов, состоящие из

Candida spp.+Staphylococcus spp.+Enterobacteriaceae, их доля составила 54%. В группе сравнения доминировали двухкомпонентные ассоциативные сожительства бактерий (72,3%), состоящие из представителей семейства Enterobacteriaceae и рода Staphylococcus. Интенсивность колонизации кишечника УПБ была достоверно выше у ВИЧ-инфицированных детей. Микроорганизмы, входящие в состав ассоциаций, как у ВИЧ-инфицированных детей, так и у относительно здоровых детей не проявляют друг к другу антагонистических взаимоотношений, более того дрожжевые грибы рода Candida потенциируют рост клебсиелл. Формирование ассоциативных сожительств микроорганизмов способствует не только поддержанию определенного популяционного уровня условно-патогенных бактерий, но и более высокой экспрессии факторов вирулентности у отдельных представителей. Так ДНКазной, липазной и гемолитической активностью среди стафилококков в ассоциациях у ВИЧ-позитивных детей 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 из ассоциаций у детей основной группы, 39,3% обладали гемолитической и 71,4% липазной активностью.

Выводы.

1. Межбактериальные взаимодействия по типу синергизма в ассоциативных сожительствах способствуют тому, что микробы-оппортунисты достигают высокого популяционного уровня и начинают экспрессировать факторы вирулентности, имеющие патогенетическое значение в формировании дисфункции слизистой кишечника.

2. Для снижения риска развития эндогенных бактериально-грибковых инфекций у ВИЧ-инфицированных детей необходимо проводить своевременную коррекцию микробиоценоза толстой кишки, которую необходимо вести в двух направлениях: устранение ассоциативных микробных сообществ и нормализация количества и функций доминантных микросимбионтов.

Марцияш А.А., Колмыкова Е.В., Дуда Е.Е.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия"
Минздравсоцразвития России МБУЗ «ГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой»
г.Кемерово, Россия

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Актуальность. Заболевания мозга являются лидирующей причиной инвалидизации населения не только в нашей стране, но и во вс□м мире. В связи с этим проблема эффективной и безопасной реабилитации данных больных является одной из наиболее актуальных. Перспективным в этом плане является применение в комплексной реабилитации бисопролола в комбинации с гипотиазидом (лодоз), а также левокарнитина (элькар) и ацетил-L-карнитина (карницетин), что обеспечивает нормализацию артериального давления, уменьшение последствия тканевой гипоксии, улучшает состояние микроциркуляции, способствует активации энергетического метаболизма, в результате чего снижается когнитивный дефицит и улучшается качество жизни.

Цель исследования. Оценить влияние комплексной реабилитации на состояние когнитивных функций, психологический статус и качество жизни пациентов, перенесших мозговой инсульт.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включены 60 пациентов (мужчины) с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадия. Все пациенты перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и были переведены из неврологического отделения на поздний госпитальный этап реабилитации (23,3±2,4 дня после ОНМК) в больницу восстановительного лечения. Для изучения качества жизни (КЖ) была использована методика: «Ноттингемский профиль здоровья» («Hottingham Health Profile») - в наибольшей степени оценивающая влияние симптоматики заболевания на качество жизни пациента.

С целью оценки личностной и реактивной тревожности применялся опросник Спилбергера (Spilberger C. D.) в модификации Ю.Л. Ханина.

При поступлении в больницу восстановительного лечения 40 пациентов (группа воздействия

(1 группа)) из 60-ти получали элькар парентерально 7 дней (500 мг/сут) и далее энтерально карницетин 1500 мг/сут., группу контроля составили 20 пациентов (2 группа). Группы пациентов были рандомизированы по полу, возрасту. Все пациенты занимались в зале лечебной физкультуры по специальным программам.

Результаты исследования. В сравнении с контролем выявлено статистически значимое улучшение показателей качества жизни по данным анкеты Ноттингемский профиль здоровья (энергичность, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция) и показателей уровня тревожности (опросник Спилбергера), а также данным нейропсихологического исследования (тест запоминание слов, тест на ориентацию, тест на речевую активность, тест рисования часов, отсроченное воспроизведение слов).

При исследовании памяти отмечалась тенденция «врабатываемость» - количество правильно воспроизведенных слов в каждой последующей пробе увеличивалось, так, при поступлении м воспроизведении слов, при отсроченном воспроизведении - на 4-5 при поступлении и 6-7 при выписке. Положительное действие терапии элькаром и карницетином проявилось более выраженным снижением уровня тревожности и улучшением показателя качества жизни у пациентов, перенесших ОНМК, по сравнению с больными, получавшими только стандартную медикаментозную терапию. По данным НПЗ, зарегистрирована достоверная положительная динамика по параметрам «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» и «физическая активность». Прием комбинированного антигипертензивного препарата лодоз (бисопролол в комбинации с гидрохлортиазидом) сопровождался нормализацией артериального давления и его стабильностью в течение суток, что отвечает заявленной длительности действия препарата.

Мендиякова Е.В., Семенихин В.А., Одинцева О.В., Сафронова А.Б., Погорелов Ю.Г., Нигомаев В.Г.

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

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПНЕВМОКОНИОЗА У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА

Заболевания органов дыхания от воздействия промышленных аэрозолей продолжают сохранять одно из центральных мест в структуре профессиональных болезней органов дыхания, являясь одной из ведущих проблем медицины труда.

Цель исследования. Изучение особенностей клинических и функциональных проявлений пневмокониоза у шахтеров Кузбасса.

Проанализированы особенности течения пневмокониоза, клинические и функциональные показатели, профессиональный маршрут, стаж работы, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда у 120 работников угледобывающей промышленности Кузбасса. Все пациенты, включенные в исследование, - мужчины с впервые диагностированным пневмокониозом в возрасте 52,62±6,38 лет со стажем работы во вредных условиях 24,14±5,46 лет. У 65 (54,16%) больных диагностирована интерстициальная форма пневмокониоза, у 16 (13,33%) больных - узелковая форма, у 39 (32,50%) - смешанная.

Клинически отмечали одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, малопродуктивный кашель. По данным санитарно-гигиенических характеристик условий труда, концентрация угольно-породной пыли на рабочем месте составляла 152,5±3,4 мг/м при ПДК 6±0,7 мг/м^3. Класс условий труда по промышленному аэрозолю составил 3,2. Все пациенты имели рентгенологическое подтверждение пневмокониоза. По данным фибробронхоскопии, у 51 пациента (42,5%) имелись атрофические изменения слизистой бронхов.

В результате исследования функции внешнего дыхания нарушения вентиляционной функции выявлены у 59 (49,16%) человек. При сравнении показателей функции внешнего дыхания у работников основных и вспомогательных профессий угледобывающей промышленности

показано, что при пневмокониозе у работников основных профессий значения ФЖЕЛ и ОФВ1 выше, чем у работников вспомогательных профессий ($p<0,05$).

При сравнении показателей спирометрии между группами больных с различными формами пневмокониоза установлено, что ФЖЕЛ, $ОВФ_1$, $МОС_{25-75}$, $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ при узелковой форме имеют наиболее высокие значения, а при смешанной форме - наиболее низкие ($p<0,05$). При оценке динамики показателей спирометрии в течение двух лет наблюдения после установления диагноза пневмокониоза обнаружено, что через один год после установления диагноза пневмокониоза наблюдалось снижение ФЖЕЛ,

$ОВФ_1$, $МОС_{25-75}$, $МОС_{75}$. Через 2 года после установления диагноза отмечалось статистически значимое снижение $ОВФ_1$ ($p<0,05$).

Таким образом, при пневмокониозе у работников угледобывающей промышленности Кемеровской области в 65,5% случаев диагностируется интерстициальная форма пневмокониоза, узелковая форма диагностируется в 13,3% случаев. В течение рабочего стажа пациенты подвергаются воздействию промышленного аэрозоля в концентрации, значительно превышающей предельно допустимую. Объемные показатели спирометрии при пневмокониозе у работников основных профессий угольной промышленности выше, чем у работников вспомогательных профессий.

У больных с различными формами пневмокониоза наиболее высокие показатели вентиляционной функции легких наблюдаются при узелковой форме пневмокониоза, наиболее низкие - при смешанной форме. При динамическом наблюдении в течение двух лет после установления диагноза пневмокониоза отмечается снижение скоростных показателей спирометрии

Митичкина Т.В.
ГБОУ ДПО НГИУВ, кафедра восстановительной медицины
г.Новокузнецк, Россия

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОСНОВЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНЕРГИЙ И СИНКИНЕЗИЙ ОРО-МАНДИБУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДРЕНАЖА

Венозное полнокровие мозга и хронические затруднения церебрального венозного оттока вследствие нарушения сосудистого тонуса встречаются при хронической ишемии мозга, нейроциркуляторной дистонии, вегето-сосудистых синдромах различного генеза (Л.А. Белова, 2002 г.; Н.Е. Золотухина, 2006 г.; Н.В. Куц, 2007 г.).

Общеизвестно, что важнейшим фактором гемоциркуляции является циклическая насосная деятельность мышц. Центральными мышечными «насосами», обеспечивающими гемодинамику, в том числе церебральную, являются миокард и грудо-брюшная диафрагма. Насосная функция периферических мышц нижних конечностей так же хорошо известна (Н.И. Аринчин, Г.Д. Недвецкая, 1974 г.). Роль периферических мышц лица и шеи в обеспечении церебрального венозного дренажа не изучена.

Не исключено, что увеличение объема полости рта дополняет и усиливает присасывающий эффект грудной полости, создаваемый диафрагмой на вдохе, если объемы полостей рта и груди увеличиваются одновременно. Мышца, поднимающая мягкое небо, надподъязычные и подподъязычные мышцы, увеличивающие объем полости рта являются дополнительными периферическими насосами первого порядка, стимулирующими церебральный венозный дренаж.

Сопряжение циклической работы грудо-брюшной диафрагмы и мышц-насосов первого порядка эффективней всего реализуется в рамках двигательных синергий оро-мандибулярной области. Упражнения на основе синергий зевания, сосания, полоскания полости рта, имитации древних синергий жаберного дыхания, лакания, боевого укуса с максимальным захватом мягких тканей добычи способствуют усилению церебрального гемодренажа.

Затылочные и жевательные мышцы создают пространства для залегания подзатылочного и крыловидного венозных сплетений, и вероятно, являются дополнительными насосами

второго порядка, стимулирующими церебральный венозный дренаж. Одновременное сокращение этих мышц в рамках затылочно-жевательной синкинезии, как части синергии боевого укуса с оттягиванием и разрыванием добычи способствует расширению пространств и увеличению в них отрицательного давления, «притягивающего» кровь в залегающие венозные сплетения.

Если на выдохе срабатывают мышцы-насосы второго порядка, а на вдохе увеличиваются объемы полостей груди и рта, то стимулируется церебральный венозный отток. Данному принципу соответствуют циклические упражнения с сокращением затылочных и жевательных мышц на выдохе в сочетании с активацией мышечных синергий, увеличивающих объем грудной и ротовой полостей на вдохе.

Мордвинцева Е.Р.
Новосибирский государственный медицинский университет
г.Новосибирск, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Предыдущие исследования показали различные вариации распространенност и постинсультной депрессии. Причина неоднородности результатов в различии методов оценки, популяциях пациентов, диагностических критериях. В данном исследовании мы оценили распространенность и клинические корреляции депрессии в когорте больных после инсульта.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали 278 пациентов с острым инсультом в возрасте от 40 до 80 лет. Из них 117 были обследованы с помощью психического интервью в течение первых 2 недель после инсульта. Диагноз депрессии выставлялся с помощью МКБ 10 и шкалы Гамильтона при значении более 12 баллов.

Результаты исследования. Распространенность депрессии была 23,9%. Не было обнаружено статистически значимых корреляций между депрессией и возрастом, полом, тяжестью инсульта, локализацией очага. Депрессия в анамнезе коррелировала с выявленной депрессией. Мерцательная аритмия повышала относительный риск депрессии в 6,5 раз. Эмоционализм был выявлен у 36 пациентов и ассоциировался с развитием депрессии через 2 месяца.

Выводы.

Депрессия часто встречается после инсульта, важно тестировать пациентов на наличие депрессии, особенно при наличие в анамнезе депрессивных эпизодов.

Николаева Е.А., Устьянцева И.М.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждени
е «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Срыгивания наиболее частые функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, они составляют 18-40% среди всех функциональных нарушений. Дети с синдромом срыгиваний на первом году жизни относятся к группе риска развития патологии не только желудочно-кишечного тракта, но и развитию внепищеводной патологии в виде бронхопульмонального и отоларингологического синдромов, кардиального синдрома, стоматологического синдрома. Кроме того, срыгивания могут привести к снижению массово-ростовых показателей и развитию гипотрофии, железодефицитной анемии. Срыгивания могут служить причиной ларингоспазма, с последующим развитием апноэ и синдрома внезапной

смерти, данный феномен наблюдается чаще у детей раннего возраста. В связи с вышеизложенным, все дети с синдромом срыгиваний нуждаются в динамическом наблюдении, обследовании и лечении.

Цель исследования. Изучить клинические особенности внепищеводных проявлений синдрома срыгиваний у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. На базе педиатрического отделения для детей от 0 до 1 года было обследовано 70 детей в возрасте от 1 до 4-х месяцев: 60 детей с синдромом срыгиваний, которые составили основную группу, и 10 здоровых детей- составили контрольную группу. Обязательными условиями включения в исследование были: возраст 1-4 мес., отсутствие факта введения первого прикорма, отсутствие органической и врожденной патологии.

Оценка внепищеводных проявлений у детей с синдромом срыгиваний проводилась с помошью клинического осмотра с расчетом параметров физического развития, осмотра отоларинголога, стоматолога, дополнительных методов исследования(общий анализ крови).

Результаты исследования и обсуждение. Анализ данных исследования показал высокую частоту развития внепищеводной патологии и ее сочетание, как осложнение синдрома срыгиваний. Оценка параметров физического развития показала, что в основной группе у 32 пациентов (53,3%) отмечалось отставание в весе, что в 1,8 раза чаще, чем у детей контрольной группы - 3 (30%). Пациенты основной группы 16 (26,6%) почти в 3 раза чаще отставали в росте в сравнении с детьми контрольной группы 1(10%) детей.

Развитие стоматита отмечено у детей основной группы в 53,3% (32 ребенка), а в контрольной группе у 10% (1 ребенок). Наличие ринита - в основной группе у 18 детей (30%), а в контрольной - у 1 (10%). Признаки анемии наблюдались в 2 раза чаще у пациентов основной группы 41(68,3%), в контрольной у 3(30%). Кроме того, у пациентов основной группы отмечалось развитие клинических симптомов фарингита в 15% случаев, острый средний отит в 10%, бронхообструктивный синдром в 10% случаев, а у детей контрольной группы данная патология не отмечалась.

Таким образом, анализ данных исследования показал, что развитие внепищеводной патологии гораздо чаще наблюдается у детей с синдромом срыгиваний, что требует от педиатра своевременного и правильного лечения синдрома срыгиваний.

Онищенко Е.Г., Вахрушев А.К., Кондрацкая О.В., Варфоломеева Е.П., Позднякова О.А.

МБЛПУ «Городская клиническая больница N 1»
Кардиологический диспансер, ГОУ ДПО ГИУВ
г.Новокузнецк, Россия

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И МОНИТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Состояние, при котором регистрируется повышенное клиническое (офисное) артериальное давление (АД) при нормальных значениях давления, определяемого методом суточного мониторирования АД (СМАД), имеет несколько названий: изолированная клиническая артериальная гипертония (АГ) или офисная АГ, или гипертония белого халата (ГБХ). В последние годы активно изучается скрытая АГ, при которой определяется нормальная величина клинического АД при повышенном уровне АД, определяемого с помощью СМАД.

Цель исследования. У молодых людей призывного возраста с целью выявления АГ сравнить два уровня контроля АД: 1 - клинический (офисный), и 2 - суточное мониторирование АД (СМАД).

Материалы и методы исследования. Обследовано 56 человек мужского пола призывного возраста (18-24 года), направленных военкоматом с диагнозом АГ 1 степени, которая устанавливалась призывной комиссией методом клинического (офисного) измерения АД. В поликлинике оценка АД осуществлялась на 1 и 2 уровнях. СМАД проводилось на аппарате BPLab МнСДП-2 (Россия).

На приеме при клиническом измерении нормальным считали АД 120-129/80-84 мм рт ст, высоким нормальным 130-139/85-89 мм рт ст.; по результатам СМАД нормой считали среднесуточные показатели АД менее 130/80 мм рт ст., среднедневные - менее 135/85 мм рт ст, средненочные - менее 120/70 мм рт ст..

Результаты. По данным клинического АД лица с нормальным АД составили 10,7% (6 человек), высоким нормальным - 17,9% (10 человек), с АГ 1 степени - 71,4% (40 человек). В группе лиц с нормальным клиническим АД у 3 человек (50%) зарегистрированы нормальные цифры по СМАД, у 1 (16,7%) выявлена ГБХ - подъемы АД 1 степени на установку и снятие монитора, повышенные цифры среднесуточного, среднедневного АД выявлены у 3 (50%) обследованных - скрытая АГ. У лиц с клиническим высоким нормальным АД у 5 человек (50%) зарегистрированы нормальные показатели по СМАД, у 3 (30%) зарегистрирована ГБХ, повышенные среднесуточные, среднедневные цифры СМАД выявлены у 2 (20%) обследованных. Среди лиц с АГ 1 степени по результатам клинического АД у 30 (75%) определены нормальные показатели СМАД, у 8 (20%) зарегистрирована ГБХ, у 2 (5%) выявлены повышенные значения среднесуточных, среднедневных показателей СМАД - стабильная АГ 1 степени.

При анализе суточного индекса АД по СМАД у 52 человек (92,8%) выявлен нормальный профиль АД - тип кривой «dipper». Из них по результатам клинического АД 73,1% - лица с АГ 1 степени, 15,4% - лица с высоким нормальным АД и 11,5% - лица с нормальным АД. У 2 обследованных (3,6%) зарегистрирован тип кривой «non-dipper» (лица с высоким нормальным АД по результатам клинического метода измерения и скрытой АГ по СМАД), еще у 2 (3,6%) - «over dipper» (лица с высоким нормальным АД по результатам клинического измерения).

Выводы.

Клинический метод измерения АД не всегда отражает истинное состояние здоровья призывников, что проявляется гиподиагностикой или гипердиагностикой АГ. Метод СМАД является важным дополняющим методом исследования в диагностике ГБХ и скрытой АГ.

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России г.Барнаул
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН г.Новосибирск, Россия

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Цель исследования. Оценить роль гипергомоцистеинемии (ГГЦ) в развитии тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы исследования. В исследовании было изучено содержание гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у 74 пациентов в возрасте от 20 до 69 лет с документально подтвержденной ТЭЛА, составивших основную группу, а так же у 156 здоровых (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет, составивших группу контроля. В основной группе обследовано 42 (56,8%) мужчины и 32 (43,2%) женщины. Средний возраст в основной группе составил 42,4±2,4 лет, мужчин - 43,1±3,4 лет, женщин - 41,6±3,5 лет. Верхней границей нормы ГЦ сыворотки крови для $\bar{X}$ ц, проживающих в регионе Западной Сибири, принимали концентрацию 11,0 мкмоль/л ($\bar{X}$ =9,6+2SD). По классификации З.С. Баркагана с соавт. (2007 г.) содержание ГЦ в сыворотке крови от 11,1 до 15,0 мкмоль/л относили к умеренной (легкой) ГГЦ, содержание ГЦ от 15,1 до 20,0 мкмоль/л - к средней ГГЦ, а содержание ГЦ более 20,1 мкмоль/л - к высокой ГГЦ.

Результаты исследования: в основной группе среднее содержание ГЦ в сыворотке крови составило 15,0±0,94 мкмоль/л, в контрольной - 9,9±0,47 ($p<0,001$). ГГЦ в основной группе встречалась у 87,8% пациентов, в контрольной - у 18,6% ($p<0,001$). У мужчин основной группы среднее содержание ГЦ в сыворотке крови составило 16,2±1,3 мкмоль/л, в контрольной - 10,2±0,6 ($p<0,001$). У женщин основной группы среднее содержание ГЦ

в сыворотке крови составило 13,5±1,0 мкмоль/л, в контрольной - 9,1±0,4 (p<0,001).

У пациентов с ГГЦ отношение шансов (ОШ) развития ТЭЛА при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,5 раза (95% ДИ; 1,74-3,54; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥15,1 мкмоль/л - в 4,4 раза (95% ДИ; 3,40-5,66; p<0,05).

У мужчин с ГГЦ отношение шансов развития ТЭЛА при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,2 раза (95%Д И; 1,34-3,64 p<0,05), а при содержании ГЦ ≥15,1 мкмоль/л - в 6,7 раза (95% ДИ; 4,52-9,96; p<0,05).

У женщин с ГГЦ отношение шансов развития ТЭЛА при содержании ГЦ в сыворотке от 11,1 до 15,0 мкмоль/л увеличивалось в 2,4 раза (95%ДИ; 1,51-4,16; p<0,05), а при содержании ГЦ ≥15,1 мкмоль/л - в 2,5 раза (95% ДИ; 1,80-3,30; p<0,05).

Выводы.

1. Содержание ГЦ в сыворотке крови у больных с ТЭЛА значительно выше, чем у лиц без ВТЭО. При этом ГГЦ у больных с ТЭЛА встречается в 87,8% случаев.

2. Возникновение и развитие у пациентов ТЭЛА зависит от содержания ГЦ в сыворотке крови и пола. ОШ развития тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с ГГЦ в зависимости от содержания ГЦ в сыворотке возрастает в 2,5-4,4 раза, у мужчин в 2,2-6,7 раза, а у женщин в 2,4-2,5 раза.

Петров М.В.

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

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Важной характеристикой, определяющей готовность и возможность выполнения призывниками воинской обязанности, являются различные параметры их психофизиологического статуса. Нами с использованием различных психофизиологических методик было проведено тестирование военнослужащих в первые три дня, спустя четыре месяца службы и перед увольнением в запас. При этом были получены следующие результаты.

При первом тестировании уровень нервно-психической устойчивости в единичных случаях (4,2%) был признан высоким, почти в трети (29,2%) - хорошим, почти в половине (45,8%) - удовлетворительным, в каждом пятом (20,8%) - неудовлетворительным. В группе лиц с высоким уровнем устойчивости неблагоприятный «семейно-психологический» анамнез (отсутствие одного из родителей) отмечался в 22,2% случаев, а при неудовлетворительном уровне - в 45,5% (p<0,01), причем наряду с неполной семьей в анамнезе у этой категории лиц имели место употребление алкоголя, приводы в милицию, наличие судимости у родственников. Средний балл составил 4,6±0,4 (по десятибалльной шкале), что свидетельствует о том, что в целом данную совокупность можно охарактеризовать как лиц с удовлетворительной нервно-психической устойчивостью, мало готовых к службе в экстремальных ситуациях.

Тестирование, проведенное через 4 месяца службы, показало следующее. Существенно увеличилась доля лиц с высокой (до 19,5%) и хорошей (до 52,0%) нервно-психической устойчивостью и снизилась - с удовлетворительной (до 23,2%) и неудовлетворительной (до 7,5%). Значимо (p<0,05) увеличился и средний балл, составивший 6,6±0,2, т.е. уровень адаптации данной совокупности стал соответствовать хорошему. В ходе повторного тестирования испытуемым проводилась также оценка суицидального риска. По результатам тестирования у 3,2% обследованных имелся риск «выше среднего» и высокий (у 75% из них либо не было одного из родителей, либо имели место приводы в милицию). Повторное тестирование военнослужащих было проведено непосредственно перед их увольнением. При этом оценивался суицидальный риск и уровень нервно-психической устойчивости по методике «Адаптивность». В первом случае к группе высокого и выше среднего риска были отнесены 5,9% обследованных. Распределение испытуемых по шкалам методики «Адаптивность» показало, что низкий уровень адаптационных способностей имел место у 14,3% военнослужащих; коммуникативных - у 15,4%; моральной нормативности - у 8,9%. Интегральная характеристика уровня нервно-психической устойчивости

свидетельствует о достоверной ($p<0,05$) положительной динамике.

Таким образом, можно констатировать, что в ходе службы у военнослужащих увеличивается уровень нервно-психической устойчивости и не происходит ухудшения других психофизиологических характеристик (включая уровень суицидального риска). Практически отсутствуют случаи нового (отсутствовавшего при поступлении на службу) появления негативных характеристик. А их наличие (изначально) во многом определяется такими факторами, как неполная семья, алкоголизм родителей, наличие судимости (у призывника или его родственников).

Указанное доказывает как необходимость, так и эффективность предварительного (при призыве) психофизиологического тестирования, по результатам которого разрабатываются индивидуальные рекомендации, позволяющие с учетом всех характеристик определить условия (военную специальность) и место службы.

Петров К.Б., Санкина Е.А.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ
Кафедра восстановительной медицины
г.Новокузнецк, Россия

КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОМ БУЛЬБАРНОМ СИНДРОМЕ

Бульбарный синдром (БС) - это периферический паралич, развивающийся при двухстороннем поражении ядер или стволов каудальной группы черепно-мозговых нервов (IX, X, XI, XII пары).

Мы выделяем два варианта БС.

Преимущественно проксимальный вариант характеризуется поражением блуждающего, языкоглоточного и добавочного нервов (IX, X, XI пары). В клинике доминирует нарушение функции глотания, кашель, поперхивание.

Преимущественно дистальный вариант связан с доминированием поражения подъязычного нерва (XII пара). В клинике преобладает нарушение речи, слюнотечение.

Разумеется, возможны смешанные и переходные варианты.

Нами на основе систематизации доступной литературы по реабилитации бульбарного паралича (В.Н. Мошков, 1982 г.; В.Л Найдин, 1972 г.), а также собственного опыта были разработаны дифференцированные и оптимизированные программы кинезитерапии при данной патологии.

Комплекс кинезитерапии при проксимальном варианте БС.

1. Массаж передней поверхности шеи:

1.1. Поглаживание боковой поверхности шеи и кивательной мышцы.

1.2. Прерывная и непрерывистая вибрация на подчелюстных железах.

1.3. Ритмические колебательные смещения гортани во все стороны.

1.4. Избирательный массаж верхне- и нижнегортанного нервов.

2. Активация гортанно-глоточной мускулатуры и мышц шеи, участвующих в акте глотания.

2.1. Надевание нижней челюсти на верхнюю и наоборот.

2.2. Удерживание на темени груза, в положении стоя, прикус - на коренные зубы, подбородок прижат к шее, затылок отклонен назад и кверху.

2.3. Удерживая на голове груз, больной запрокидывает голову назад, открывая.

2.4. Кивки вперед с прижатием подбородка к шее.

2.5. Глотательные движения с напряжением мышц передней поверхности шеи.

2.6. Повторные движения в виде имитации проглатывания чего-то горького.

2.7. Форсированные вдохи через нос с кивком вперед и напряжением мышц шеи.

2.8. Перекрестное приподнимание коленей, сидя на высокой кушетке, с приближением подбородка навстречу колену.

2.9. Произношение гортанных звуков типа «А», «Э».

3. Тренировка кивательных и верхней порции трапециевидных мышц

3.1. Сидя, повернуть голову на 90° с приподниманием одноименного надплечья.

3.2. Стоя около стены. Между затылком и стеной проложена подушечка. Приподнимать оба надплечья кверху, пытаясь приблизить плечевые суставы к ушам.

4. Возбуждение рвотного шпателем.

Комплекс кинезитерапии при дистальном варианте БС.

5. Массаж подъязычной кости, диафрагмы рта и языка.

5.1. Массаж диафрагмы рта и подъязычной кости.

5.2. Массаж передней поверхности шеи в соответствии с пунктами 1.2. - 1.5.

5.3. Массаж мышц языка.

6. Инициация двигательных реакций языка.

6.1. Глотание, как в пункте 2.5., сильно прижать спинку языка к твердому небу.

6.2. Смещать нижнюю челюсть латерально против сопротивления методиста.

6.3. Лежа на спине, запрокинуть голову назад, с силой давить затылком на кушетку или лбом на руку врача, пытаться высунуть язык изо рта.

7. Тренировка силы, координации и выносливости в мышцах языка.

7.1. Движения языком вперед-назад под контролем языкодержателя.

7.2. Прижимание спинки языка к твердому небу шпателем.

7.3. Складывание языка желобком, надавливая на него шпателем.

8. Активация рвотного рефлекса (как в пункте 4).

9. Тренировка круговой мышцы рта.

9.1. Натягивание верхней губы на верхние резцы, нижней - нижние.

9.2. Выдохнуть воздух через вытянутые в трубочку губы.

9.3. Произнесение гласных звуков (а, о, у, и, е), затем - согласных (м, п, д).

В результате проводимых мероприятий удается достичь уменьшения слюнотечения, больные начинают глотать жидкую и тв□рдую пищу, улучшается речевая функция.

Печерина Т.Б., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ОЦЕНКЕ РАННЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Одним из актуальных направлений современной кардиологии остается поиск биомаркеров, участвующих в патогенезе ранних и поздних осложнений инфаркта миокарда (ИМ). По данным многочисленных исследований, у пациентов, перенесших ИМ, доказана прогностическая роль нескольких маркеров субклинического воспаления и миокардиальной дисфункции. Активно дискутируется роль матриксных металлопротеиназ (ММП) как маркеров дестабилизации атеросклеротической бляшки и независимых предикторов повторных сердечно-сосудистых событий у больных ИМ. Однако результаты ранее проведенных исследований неоднозначны и противоречивы, что делает необходимым дальнейшее изучение их прогностической значимости у больных ИМ.

Цель исследования. Изучить место матриксных металлопротеиназ в оценке раннего и отдаленного прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В рамках проспективного исследования последовательно включены 175 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Средний возраст пациентов в общей группе составил 61,3 (33; 89) года. Из них 116 пациентов мужского пола (66,3%) и 59 - женского (33,7%). Всем пациентам при поступлении в стационар и в динамике на 12 сутки от начала заболевания проводилось определение содержания в крови ММП-1,3,9 (пг/мл) методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа. В зависимости от исхода на госпитальном этапе все пациенты с ИМпST были разделены на 2 группы: с благоприятным и неблагоприятным исходом. К неблагоприятному исходу были отнесены: смерть, рецидив ИМ, острое нарушение мозгового кровоснабжения (ОНМК) или транзиторная ишемическая атака (ТИА), жизнеугрожающие нарушения ритма, ранняя постинфарктная стенокардия. Прогноз пациента через 12 месяцев наблюдения определялся как неблагоприятный в случае развития

кардиальной смерти, повторных ИМ, ОНМК или ТИА, а также госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Результаты исследования. При анализе комплекса лабораторных данных в общей группе выявлено достоверное увеличение концентраций ММП - 1, 3, 9 в динамике с 1-го по 12-е сутки ИМпST. Так, уровень ММП - 1 на первые сутки составил 1,5 (0,3; 19,5) пг/мл, на 12-е сутки: 2,4 (0,2; 24,0) пг/мл, p=0,0001; ММП - 3 на первые сутки - 15,0 (1,2; 86,9) пг/мл, на 12-е сутки: 17,5 (3,8; 208,3) пг/мл, p=0,0001 ; ММП - 9 на первые сутки 109,0 (14,2; 1496,0) пг/мл, на 12-е сутки 121,6 (1,8; 1868,0) пг/мл, p=0,045. Группа пациентов с благоприятным исходом на госпитальном этапе составила 74,8% (n=131), с неблагоприятным исходом - 25,2% (n=44). В группе неблагоприятного госпитального исхода как на первые, так и на 12 сутки течения ИМ определялись более высокие концентрации ММП - 3,9, однако достоверные различия между группами получены лишь для ММП - 9 (1-е сутки: 119,0 (23,3; 1625,0) vs 142,1 (21,4; 1868,0) пг/мл, p=0,04; 12-е сутки: 105,5 (26,0; 1496,0) vs 157,0 (14,2; 1002,0) пг/мл, p=0,03).

При анализе отдаленного прогноза (через 12 месяцев наблюдения), прогноз установлен у 125 больных с перенесенным ИМ. Неблагоприятный прогноз определен у 28 пациентов (22,4%). При оценке исходных уровней ММП в госпитальном периоде на 1-е и 12-е сутки перенесенного ИМ выявлено, что в группе пациентов с повторными сердечно-сосудистыми событиями в течение года после ИМ концентрации ММП-3 и ММП-9 достоверно превышали аналогичные показатели пациентов с благоприятным прогнозом. Так, в группе с неблагоприятным годовым прогнозом концентрации ММП-3 на 1-е сутки составили 17,0 (2,9; 62,5) vs 14,6 (1,2; 51,0) пг/мл, p=0,04; на 12-е сутки 19,0 (3,8; 76,2) vs 16,9 (4,2; 83,9) пг/мл, p=0,04. Такая же закономерность получена для ММП-9 на 1-е сутки ИМ 120 (43,2; 394,2) vs 103,0 (21,4; 766,4) пг/мл, p=0,03.

Выводы.

Высокие концентрации ММП-3 и ММП-9 у больных инфарктом миокарда в госпитальном периоде ассоциируются с развитием неблагоприятных повторных сердечно-сосудистых событий как в раннем, так и отдаленном периоде после перенесенного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Плотникова Е.Ю., Борщ М.В., Краснова М.В., Баранова Е.Н., Шамрай М.А., Талицкая Е.А.

ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России МБУЗ ГКБ N 3 им М.А. Подгорбунского г.Кемерово
МБЛПУ ГКБ N 1
г.Новокузнецк, Россия

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

В последние 10-20 лет синдром раздраженной кишки (СРК) стал привлекать к себе значительный научный интерес. Принятие биопсихосоциальной модели, применение симптомов на основе диагностических критериев (например, Римских диагностических критериев), рост биологических и поведенческих технологий исследования позволили создать эффективную территорию для новых исследований СРК с перспективой для более эффективного лечения. Поскольку симптомы СРК перекликаются с симптомами синдрома избыточного бактериального роста (СИБР), рядом авторов была выдвинута гипотеза, что при СРК у многих пациентов существует коморбидность с СИБР. Эта теория подтверждается недавними исследованиями, которые обнаружили, что СИБР, диагностируемый при помощи дыхательного водородного теста с лактулозой или глюкозой, более распространен у пациентов с СРК, чем у пациентов с другой соматической патологией, не имеющих симптомов СРК.

Цель исследования. Определить наличие избыточной бактериальной контаминации тонкой кишки (СИБР) у пациентов с синдромом раздраженной кишки (СРК) для коррекции их лечения.

Материалы и методы исследования. Обследованы 127 пациентов с СРК. Диагноз был подтвержден путем исключения органических заболеваний кишечника при помощи исследования анализов крови на маркеры целиакии; анализы кала (общий, ИФА, ПЦР) на наличие паразитов, копрограмму; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; фиброгастродуоденоскопия; виртуальная колоноскопия или ирригоскопия, фиброколоноскопия, морфологическое исследования биоптатов постбульбарного отдела и толстой кишки. Всем пациентам проводился водородный дыхательный тест с лактулозой (прибор Gastrolyzer 2). При построении общего (усредненного) графика результата тестов у пациентов с СРК-СИБР наблюдается два пика повышения выдыхаемого водорода, что характерно для избыточной бактериальной контаминации тонкой кишки. У исследуемых контрольной группы наблюдается только один пик. Известно, что в норме лактулоза не метаболизируется в тонкой кишке (у здоровых), а в толстой кишке лактулоза метаболизируется нормальной анаэробной толстокишечной микрофлорой до короткоцепочечных жирных кислот с выделением молекулярного водорода. Этот водород регистрируется при его выдыхании из легких специальным прибором. У пациентов с СИБР в тонкой кишке наблюдается избыточная контаминация толстокишечной анаэробной, не физиологичной, микрофлорой, поэтому метаболизм лактулозы наблюдается значительно раньше, т.е. в тонкой кишке. Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. У 78 пациентов (61,4%) показатели лактулозного водородного теста (ЛВДТ) превышали нормальные, что указывало на наличие СИБР. Всем пациентам назначалась деконтаминация тонкой кишки - рифаксимин (400 мг х 2 раза в день в течение 6 дней) или нифурател (400 мг х 3 раза в день в течение недели). При динамике ЛВДТ у всех пациентов была выявлена значительная статистически значимая положительная динамика ($p \leq 0,05$). Патологический пик над тонкой кишкой или полностью нивелировался или значительно уменьшился, пик над толстой кишкой у некоторых пациентов тоже значительно снизился. Жалобы на боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул у большинства пациентов этой группы также значительно уменьшились ($p \leq 0,05$), только у 12 (15,1%) пациентов жалобы остались прежние, несмотря на положительную динамику показателей ЛВДТ.

Выводы.

Пациенты с СРК нуждаются в обследовании на наличие СИБР, а при его выявлении - в коррекции с помощью современных энтеросептиков.

Полищук М.В., Визило Т.Л.

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

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Цель исследования. Изучить возможность использования и оценка влияния терапии ПК-Мерц у пациентов с болезнью Паркинсона с выраженным акинетико-ригидным синдромом для повышения уровня двигательной активности пациентов и влияния на качество жизни.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 12 пациентов в возрасте от 52 до 73 лет (6 мужчин, 8 женщин). Их средний возраст составил 63,2±9,9 года, средняя длительность БП - 6,5±4,2 года, стадия - 2,6±0,6; средняя суточная доза леводопы - 520,8±271,0 мг. Тяжесть двигательных нарушений оценивалась с помощью Унифицированной шкалы оценки БП (УШОБП), оценки стадии БП по Hoehn-Yahr. Качество жизни оценивалось с помощью опросника качества жизни при БП (КЖБП-39) - Parkinson's Disease Quality of life questionnaire (PDQ-39).

Общая оценка клинической эффективности проводилась в начале и в конце лечения. Дополнительно к препаратам леводопы и другим противо-паркинсоническим средствам назначался ПК-Мерц в дозе 500,0. Продолжительность терапии составляла от 3 до 6 внутривеннных капельных инфузий препарата.

Результаты исследования. Проведенное исследование подтвердило эффективность применения

инфузионной терапии препаратом ПК-Мерц для интенсивного первичного лечения тяжелых случаев паркинсонизма (в частности, акинетических кризов). На фоне применения ПК-Мерц отмечен значительный регресс акинетико-ригидного синдрома, о чем свидетельствовали статистически значимое уменьшение тяжести двигательных нарушений при БП (по данным УШОБП, раздел 3 «Двигательные функции») - суммарного показателя, оценки брадикинезии, ригидности, тремора. Получено достоверное улучшение показателей качества жизни (УШОБП, раздел 2 «Бытовые виды деятельности», суммарный балл PDQ-39). Возможность коррекции болевых (и других сенсорных) проявлений БП при назначении адекватной дофаминергической терапии, в частности, объясняется потенциальным воздействием как на периферические, так и на центральные аспекты формирования боли. При применении ПК-Мерц у пациентов выраженных и достоверных клинических проявлений побочных эффектов препарата выявлено не было.

На фоне приема ПК-Мерц отмечено значительное улучшение состояния больных, редукция экстрапирамидной симптоматики. Эффект развивался быстро: уже с первых дней назначения препарата значительно уменьшались скованность, мышечная ригидность, становились свободнее походка и движения рук и ног. Повышалась скорость движений, больные становились более подвижными, сообщали о «возврате легкости». В меньшей степени и несколько медленнее редуцировался тремор.

Выводы.

Начиная с первых дней лечения проявляется отчетливое противопаркинсоническое действие препарата; ПК-Мерц быстро купирует экстрапирамидную симптоматику у пациентов с болезнью Паркинсона с выраженным акинетико-ригидным синдромом, что позволяет успешно применять препарат для интенсивного первичного лечения тяжелых случаев паркинсонизма (в частности, акинетических кризов).

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т., Баранцевич Е.Р., Конради А.О.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ
г.Санкт-Петербург
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово
ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН
г.Томск, Россия

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Известно, что гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), возникающая при артериальной гипертензии (АГ), повышает риск развития инсульта в 2,5 раза. Поэтому одной из главных задач в лечении АГ является уменьшение степени поражения органов-мишеней.

Цель исследования. Изучение влияния комбинированной антигипертензивной терапии на ГЛЖ у пациентов с перенесенной транзиторной ишемической атакой (ТИА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 38 пациентов с АГ и ТИА, 20 (52,6%) мужчин и 18 (47,4%) женщин, в возрасте от 40 до 70 лет. Средний возраст составил 57,84 года (95% доверительный интервал (ДИ) 55,17 - 60,51 лет). Из исследования исключались пациенты со стенокардией напряжения выше II функционального класса, перенесенным инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом. В качестве антигипертензивной терапии все больные получали ингибитор АПФ зофеноприл (зокардис «Берлин-Хеми», Германия) в дозе 15-30 мг/сут и тиазидоподобный диуретик индапамид-ретард в дозе 1,5 мг/сут в течение 12 месяцев. Статистический анализ проводили с помощью программы «STATISTICA for Windows».

Результаты исследования. В начале исследования при эхокардиографии у 27 (71,05%) пациентов выявлено утолщение межжелудочковой перегородки (МЖП) и/или задней стенки

левого желудочка (ЗСЛЖ). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) до лечения в среднем составил 105,07 г/м^2 (95% ДИ 97,65-112,49 г/м^2). Через 12 месяцев от начала комбинированной антигипертензивной терапии у всех пациентов была выполнена повторная эхокардиография. Установлено, что ИММЛЖ снизился по сравнению с исходным значением и составил в среднем 99,82 г/м^2 (95% ДИ 92,86-106,78г/м^2, p = 0,034). Толщина ЗСЛЖ и МЖП в динамике уменьшилась (p=0,021 и p=0,0027, соответственно).

Выводы.

В результате 12-месячной комбинированной антигипертензивной терапии зофеноприлом и индапамидом произошло статистически значимое уменьшение ИММЛЖ.

Помешкина С.А., Кондрикова Н.В, КрупянкоЕ.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных
проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
ФМБА России ФГУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области»
г.Кемерово, Россия

ОЦЕНКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Цель исследования. Провести комплексную клинико-социальную оценку состояния больных ишемической болезнью сердца (ИБС) трудоспособного возраста впервые направленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ) в течение года после коронарного шунтирования (КШ).

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки обследованы 214 пациентов с ИБС, подвергшихся КШ в 2010 г. Впервые были направлены на МСЭ в первый год после КШ 86 человек, из них трудоспособного возраста было 66 человек. Далее все пациенты трудоспособного возраста были разделены на три группы в зависимости от решения при первичном освидетельствовании:

- 1-ая группа - 11% пациентов, которым инвалидность не определена,
- 2-ая группа - 48% пациентов, признанных инвалидами III группы,
- 3-я группа - 41% пациентов, признанных инвалидами II группы.

Оказалось, что средний возраст во всех сравниваемых группах достоверно не различался и составил - 54,6 года, 53,1 и 53,4 года, соответственно, p<0,05. По основной профессии (рекомендации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов СПИУВЭК, 1999 г.) во всех группах пациентов преобладали лица квалифицированного труда: 57,2%, 77,8%, и 59,4% пациентов, соответственно. Индекс коморбидности по Чарлсону в сравниваемых группах достоверно не различался и составил: 3,0±0,7, 3,5±0,6 и 3,3 балла, соответственно, p<0,05. При анализе послеоперационных осложнений во всех группах наиболее часто встречались такие осложнения, как пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), пневмонии, гидроторакс. Так, в группе пациентов без группы инвалидности пароксизмы ФП зарегистрированы у 14% пациентов и пневмония - у 29%. В группе пациентов с III группой инвалидности пароксизмы ФП зарегистрированы у 19% пациентов, пневмония - у 11%, гидроторакс - у 13% пациентов. В группе пациентов со II группой инвалидности пароксизмы ФП встречались только у 12% пациентов, пневмонии - у 12% и гидроторакс - у 12% пациентов. Кроме того, такие интраоперационные осложнения как острый инфаркт миокарда, синдром полиорганной недостаточности встречались только в группе пациентов с III группой инвалидности - у 8% пациентов. При анализе функционального класса (ФК) стенокардии оказалось, что у 44% пациентов со II группой инвалидности был определен III ФК, однако при дальнейшем анализе оказалось, что только у 16% пациентов в актах освидетельствования описан коронарный болевой синдром. В группах пациентов без инвалидности и с III группой инвалидности достоверных различий по ФК стенокардии не отмечалось. Средний ФК хронической сердечной недостаточности по NYHA в сравниваемых группах достоверно также не различались. При оценке сердечной гемодинамики

оказалось, что фракция выброса (ФВ) в группе без инвалидности была достоверно выше, чем в группах с III и II группах инвалидности (59,3±3,2, 53,4±3,7 и 51,8%, соответственно, p≤ 0,01). Показатели гемодинамики в группах со II и III группами инвалидности достоверно не различались (p<0,05). По СМ-ЭКГ в группе пациентов без инвалидности у 83% пациентов выявлены незначительные нарушения ритма (редкие мономорфные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ)), у 17% - умеренные нарушения ритма (редкие эпизоды групповых ЖЭ). В группе пациентов с III группой инвалидности у 61% пациентов - незначительные нарушения ритма, у 23% пациентов - умеренные нарушения ритма, и у 16% - нарушений ритма не было. У пациентов со II группой инвалидности у 83% выявлены незначительные нарушения ритма и в 17% - умеренные нарушения. При этом данное исследование проведено только у 50% пациентов. Велоэргометрия (ВЭМ) проведена в группе пациентов без инвалидности только у 57% пациентов, в группе пациентов с III группой инвалидности - у 52%, и со II группой - у 19% пациентов. Обращает на себя внимание тот факт, что признаки скрытой коронарной недостаточности были выявлены только в группе пациентов с III группой инвалидности у 21% пациентов.

Выводы.

У большинства пациентов трудоспособного возраста, направленных на первичное освидетельствование на МСЭ после КШ, отсутствует необходимый объем обследований, необходимый для проведения экспертизы трудоспособности, что определяет не эффективный подход к оценке инвалидности.

Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Нишонбоева С.М., Мамадалиев А.Г.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г.Фергана, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Цель исследования. Ишемическая болезнь сердца - несоответствие объема коронарного кровотока величине потребления миокардом кислорода. Если ИБС развивается на соматически отягощенном фоне, в частности, на фоне анемии, это вызывает дополнительные сложности в течении заболевания, в диагностике и тактике ведения данного контингента больных независимо от возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 82 пациента с ИБС - стабильной стенокардией III-IV ФК (классификация канадского Кардиологического общества), осложненной анемией: 54 пациента с ИБС в сочетании с железодефицитной анемией (ЖДА), поставленной на основании уровня сывороточного железа меньше 10 ммоль/л, 12 больных ИБС с фолиевой/B_{12}-дефицитной анемией, 16 больных с анемией и хроническими заболеваниями (9 пациентов с неспецифическим язвенным энтероколитом, 4 пациента с системными васкулитами, 3 больных с хроническим инфекционным эндокардитом).

В исследуемой группе больных с ИБС было 36 женщин, средний возраст которых составил 59,2±5,1 года, и 46 мужчин, средний возраст - 57,1±4,1 года. Из исследования исключались онкологические больные и больные с хронической почечной недостаточностью. Функциональный класс стенокардии определяли с помощью нагрузочного теста - количества метров, пройденных за 6 минут без «дискомфорта в области сердца». Критериями анемии являлись снижение уровня гемоглобина (Hb<120 г/л) и показатели лабораторного исследования крови: Лечение основного заболевания - ИБС - проводили с помощью антиангинальных препаратов (нитраты, антагонисты кальциевых каналов) с исключением аспирина и иАПФ, которые, по данным различных авторов, ингибируют синтез эритропоэтина в почках и блокируют его эритропоэтическое действие на уровне костного мозга.

Результаты исследования. В нашем опыте лечения ИБС, сочетающейся с анемией (62% - ЖДА) при коррекции уровня Hb (от 101,8±4,5 до 112,8±3,7 г/л) за счет увеличения сывороточного железа (от 7,76±3,7 до 12,9±4,1 ммоль/л) железосодержащими препаратами (Венофер - в/в, Ферро-Фольгамма - per os), произошло значительное улучшение клинического состояния пациентов: 15% пациентов перестали принимать антиангинальные препараты, у остальных пациентов частота

стенокардитических приступов сократилась практически вдвое (на 60%) с уменьшением приема нитроглицерина в целом по группе от 10,5±1,5 до 3,25±1,0 мг в сутки. Подобная положительная динамика со стороны клинической картины произошла на фоне улучшения показателей насосной деятельности сердца - ФВ увеличилась на 27,4% к концу стационарного лечения в целом по группе наблюдаемых больных с ИБС, сочетающейся с анемией: от 39,63±3,4 до 50,5±3,6%. Увеличение уровня Hb (основного носителя кислорода) способствует нормализации соответствий между потреблением миокардом кислорода и величиной коронарного кровотока, что обеспечивает необходимый энергобаланс для эффективной работы сердца как насоса - увеличение фракции выброса.

Выводы.

Таким образом, с учетом вышеизложенного, ранняя диагностика ЖДА является актуальной в общей проблеме профилактики, лечения и улучшения прогноза при ИБС, а ее коррекция - очень важным (если не жизненно необходимым) дополнением к комплексной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, способствующих развитию ХСН.

Раудина С.Н., Семенихин В.А.

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

НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШУМОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Угольная промышленность занимает первое место в России по профессиональной заболеваемости, причем в последние годы отмечается ее постоянный рост. В Кузбассе более 70% рабочих мест предоставляет угольная промышленность.

Важнейшую роль в комплексе факторов, влияющих на здоровье в трудоспособном возрасте, играют профессиональные риски: от 20 до 40% всех трудопотерь обусловлено заболеваниями, прямо или косвенно связанными с неудовлетворительными условиями труда, среди которых шум занимает одно из лидирующих мест.

Наиболее неблагоприятное, специфическое воздействие шум оказывает на слуховой анализатор, для которого является адекватным раздражителем. Длительное воздействие шума, превышающего гигиенические нормативы, приводит к развитию профессионального заболевания органа слуха - двусторонней нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости (НСТ) от воздействия шума, которая является одной из старейших проблем медицины труда.

В структуре профессиональной заболеваемости в Российской Федерации НСТ занимает около 17%. В структуре профессиональной патологии Ленинск - Кузнецкого угольного региона НСТ занимает одно из ведущих мест, составляя до 20% от общего количества случаев профессиональных заболеваний. При проведении периодических медицинских осмотров нами выявлена заболеваемость НСТ, которую составляют лица, подвергающиеся воздействию шума предельно допустимого уровня на рабочем месте.

По результатам периодических медицинских осмотров на 2-х предприятиях угольной промышленности, было проведено обследование 1431 работника на одном предприятие и 369 работников на другом. Обследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров». У всех работником были приблизительно равные условия труда по шуму. В исследования пронимали участие только мужчины. Возраст обследуемых варьировал от 22 до 63 лет. Длительность работы в условиях шума от 1 года до 46 лет. Из обследования исключены лица, имеющие кондуктивную тугоухость и нарушение слуховой функции с одной стороны.

Всем обследуемым проводилось аудиометрическое исследование слуха на частотах 500 Гц, 1000 Гц, 2000 Гц, 4000 Гц и 8000 Гц. Нарушение слуха оценивали, согласно принятым критерия в профпатологии, при этом сформировано 4 группы:

1. признаки воздействия шума на орган слуха (0 степень);
2. легкое снижение слуха (1 степень);

3. умеренное снижение слуха (2 степень);
4. выраженное снижение слуха (3 степень тугоухости).

Проведен анализ полученных данных аудиологического исследования: из 1431 человека патология слуха выявлена у 497 человек, что составило 34,7%, из 369 обследуемых - 121 человек, что составило 32,7%.

Обследуемые лица распределены по группам:
- в первую группу вошли 184 и 49 человек.
- во вторую - 282 и 65 человек.
- в третью - 25 и 7 человек.
- в четвертую - 6 и 0 человек, соответственно.

В зависимости от возраста все исследуемые были распределены на три группы: до 40 лет - нарушение слуховой функции выявлены у 69 и 7 человек, от 40 до 55 лет - 333 и 95 человек, после 55 лет - 107 и 26 человек, соответственно.

Проведенное исследование и данные литературы позволяют констатировать, что формирование НСТ у работников угольной промышленности имеет свои особенности. Длительное воздействие шума на орган слуха приводит к нарушению слуховой функции. Выраженность проявлений патологии слухового анализатора зависит от возраста, стажа работы и интенсивности шумового фактора.

Таким образом, аудиометрическое обследование работников угольной промышленности, труд которых сопряжен с шумовым воздействием, позволяет выявить первые признаки воздействия шума и начальные стадии НСТ, для ранней профилактики и проведения лечебных мероприятий.

Ровда Т.С., Кондратьева М.П., Печерина Е.К., Привалова Ж.Ю.
Детский городской пульмонологический центр МБУЗ
«Детская городская клиническая больница N 1»
г.Кемерово, Россия

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Лечение бронхиальной астмы (БА) - сложный процесс, предусматривающий ступенчатый подход к лекарственной терапии и требующий партнерских отношений между ребенком, родителями и медицинским работником. Для решения этих задач успешно используются образовательные программы, осуществляемые в рамках «астма-школы». Клинические особенности заболевания, необходимость длительного лечения, страх перед возможным приступом формируют у пациента состояние хронического эмоционального перенапряжения, тревожности, которое ухудшает клиническое течение заболевания. Наличие заболевания у ребенка накладывает свой отпечаток на психологический климат в семье. Формируется замкнутый круг, обуславливающий низкий уровень комплайнса - сотрудничества между пациентом, его близкими и врачом.

Материалы и методы исследования. С 1997 года при Детском городском пульмонологическом центре функционирует педиатрическая «астма-школа». За 15 лет обучение в ней прошли более 1000 семей. После установления диагноза «бронхиальная астма» у ребенка, его родители приглашаются в «астма-школу», где занятия проводятся ежемесячно врачами центра. Образовательный курс состоит из 6 занятий по 2 часа, причем каждая группа слушателей «астма-школы» не превышает 10-12 человек. В процессе обучения рассматриваются такие вопросы, как строение органов дыхания; факторы, вызывающие заболевание и способствующие его обострению; медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. На практических занятиях слушателей обучают правильной технике ингаляции с использованием различных средств доставки лекарственного вещества, а так же навыкам самоконтроля - оценке клинических симптомов, использованию пикфлоуметра. Большое количество наглядных пособий, доступное изложение информации о заболевании, игровые методики, используемые при проведении практической части занятий, делают процесс обучения интересным и неутомительным.

Результаты исследования. Целенаправленная работа отразилась на показателях тяжести течения заболевания: в 1997 году легкая степень тяжести течения БА составляла 19,8%, средняя - 73,1%, тяжелая степень - 7,1%. К 2011 году показатели тяжести течения заболевания

претерпели значительные изменения: легкая степень составила - 68,7%; средняя - 31,1% и тяжелая степень - 0,2%. Пациенты с бронхиальной астмой после обучения в «астма-школе» в 4 раза реже обращаются за помощью на станцию скорой помощи и в 5 раз реже госпитализируются в стационары города с обострениями заболевания, чем это было до обучения. Показатель инвалидности у детей с бронхиальной астмой в г. Кемерово с 1998 снизился более чем в 20 раз: в 1998 году среди 909 детей с бронхиальной астмой 48 имели инвалидность, в 2011 году из 2035 детей с бронхиальной астмой инвалидность имеют лишь 2 ребенка. Анализ результатов работы в «астма-школе» показал, что после обучения у родителей детей с БА улучшилось представление об изменениях, происходящих в организме при заболевании, а также предрасполагающих и провоцирующих факторах. Появилась мотивация к выполнению рекомендаций врача по оздоровлению среды, проведению элиминационных мероприятий. Изменилось отношение к профилактическому лечению и необходимости ведения дневника самоконтроля у ребенка.

Выводы.

Для эффективного контроля БА необходим комплексный подход, включающий в себя не только ступенчатую медикаментозную терапию, но и обязательное обучение родителей пациента, которое способствует осознанному его участию в достижении контроля заболевания. Обучение способствует повышению эффективности терапии, контроля болезни и снижению тяжести течения заболевания, а также значительному улучшению качества жизни пациентов и их семей.

Рогожникова Н.В., Чеченин А.Г.
ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития РФ
г.Новокузнецк, Россия

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) по распространенности занимает ведущее место в структуре цереброваскулярных заболеваний. За последние годы наблюдается неуклонный рост данной патологии, что связано с увеличением продолжительности жизни населения. В этих условиях все более распространенными становятся немедикаментозные методы лечения, необладающие побочными эффектами и демонстрирующие высокую эффективность, в том числе и мануальная терапия, направленная на выявление и устранение функциональных биомеханических нарушений (ФБМН) организма человека. Лечение ДЭ по стандартам имеет медленную положительную динамику, несмотря на современные достижения, в то же время методы мануальной терапии показывают обнадеживающие результаты.

Цель исследования. Оценка эффективности комплекса лечения больных с ДЭ с применением краниальной мануальной терапии с помощью регистрации уровня постоянных потенциалов (УПП) головного мозга.

Всего было обследовано 114 пациентов с ДЭ I и II стадий в возрасте от 45 до 75 лет (79 женщин, 35 мужчин). С помощью метода простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел пациенты были разделены на две группы по 57 человек. Обе группы получали лечение по медико-экономическим стандартам. Различие между ними заключалось в том, что в контрольной группе проводилась только краниальная мануальная диагностика, а в основной группе краниальная мануальная диагностика завершалась коррекцией ФБМН в области черепа.

Материалы и методы исследования. Клинический неврологический, мануальное тестирование, метод анализа постоянных потенциалов головного мозга и статистический.

В результате проведенного исследования было выяснено, что наиболее характерными ФБМН при ДЭ являются: компрессия атланто-окципитального сочленения - в основной группе 89,4%, в контрольной - 85,9%, компрессия сфенобазилярного сочленения - 70,1% и 75,4%, флексия сфенобазилярного сочленения - 54,3% и 70,1%, компрессия затылочно-сосцевидного шва - 43,8% и 56,1%, торзия сфенобазилярного сочленения - 35,0% и 43,8%, компрессия

лобно-основных и венечного швов - 24,5% и 33,3%. В контрольной группе через неделю ФБМН регрессировали на 7,0%, в то время как в основной группе регресс составил 73,6%, в связи с тем, что произошел рецидив ФБМН. В результате лечения УПП в основной группе после краниальной мануальной терапии увеличился на 0,88 мВ и через неделю на 2,14 мВ ($p<0,01$), а в контрольной после проведения мануальной диагностики на 0,27 мВ, и на 0,51 мВ ($p<0,04$), что менее достоверно.

Выводы.

1. У всех пациентов с ДЭ наблюдается снижение УПП и грубые ФБМН в области черепа.
2. Применение краниальной мануальной терапии на фоне комплексного лечения пациентов с ДЭ демонстрирует высокую эффективность, проявляющуюся регрессом ФБМН и увеличением УПП на 80,1%.
3. Метод исследования УПП позволяет оперативно мониторировать функциональное состояние головного мозга, как с целью изучения его зависимости от ФБМН, так и для оценки эффективности метода мануальной терапии.

Рубан Е.Э., Вавин Г.В.

ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», экспресс-лаборатория
г.Кемерово, Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК НОВОГО МАРКЕРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЛПУ

Актуальность. Исследование прокальцитонина служит для диагностики и контроля лечения тяжелых бактериальных инфекций и сепсиса, позволяет: поставить, подтвердить или снять диагноз «бактериальный сепсис», дифференцировать тяжелые бактериальные инфекции (в том числе сепсис и септический шок) от вирусных инфекций и других патологических процессов, сопровождающихся сходной клинической картиной. Для определения клинической тактики рекомендуется измерять концентрацию PCT как минимум 1 раз в день в течение курса противовоспалительной терапии. Увеличение концентрации PCT свидетельствует о повышении воспалительной активности, тогда как снижение концентрации PCT указывает на уменьшение воспалительной активности, и тем самым, на более благоприятный прогноз. Использование теста на прокальцитонин позволяет снизить срок пребывания больных с сепсисом в отделении интенсивной терапии в среднем в 2 раза. Экономический эффект от использования теста на прокальцитонин превышает затраты на проведение теста в 6-8 раз.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день коммерчески доступными являются только тесты фирмы Brahms Diagnostica, Berlin, Germany, к которым относятся иммунохроматографический полуколичественный тест и иммунолюминометрические тесты. В условиях ГБУЗ КОКБ используется иммунохроматографический тест для полуколичесвенного определения прокальцитонина с целью диагностики и контроля терапии при тяжелых бактериальных инфекциях и сепсисе. Определение осуществляется в сыворотке и плазме человека. BRAHMS PCT-Q это тестовая система со временем инкубации 30 минут, не требующая специального оборудования и калибровки. Тест основан на использовании моноклональных мышиных анти-катакальциновых антител, конъюгированных с коллоидным золотом (метка) и поликлональных антикальцитониновых антител (плотная фаза).

Результаты исследования. Значения концентрации PCT:

Норма <0,5; Хронические воспалительные заболевания или аутоиммунные заболевания <0,5; Вирусные инфекции <0,5; Мягкое или умеренное течение локализованной бактериальной инфекции <0,5; Синдром системной воспалительной реакции (ССВР), множественная травма, новорожденные 0,5-2; Тяжелая бактериальная инфекция, сепсис, полиорганная недостаточность >2 (часто 10-100).

За период с июля 2011 года по май 2012 года нами было обследовано на содержание прокальцитонина 124 пациента ГБУЗ КОКБ. Значения концентраций прокальцитонина определялось от <0,5 нг/мл при диагнозе: пневмония в отделении пульмонологии, до 2 и до 10 нг/мл

в отделении взрослая реанимация с тяжелой бактериальной инфекцией и сепсисом.

Уровни прокальцитонина в сыворотке увеличиваются в течение тяжелой генерализованной бактериальной, паразитарной или грибковой инфекции. При тяжелых вирусных инфекциях или воспалительных реакциях неинфекционного происхождения уровни прокальцитонина не увеличиваются или показывают только умеренное увеличение. Локальные бактериальные инфекции без системных проявлений также вызывают лишь небольшое увеличение уровней прокальцитонина (0,3-1,5 нг/мл). Из-за этих свойств прокальцитонин был предложен как индикатор тяжелой системной инфекции или сепсиса. В случае, если при положительном результате экспресс-теста с клинической точке зрения требуется точное определение концентрации PCT или ее измерение в динамике, то рекомендуется проводить последующие измерения при помощи количественных аналитов PCT (BRAHMS PCT LIA).

Выводы.

Значения границ диапазонов (Cut-off) могут варьировать в зависимости от клинической ситуации. По этой причине врач должен использовать результаты PCT-теста в совокупности с другими лабораторными данными и с клиническими симптомами у пациента и интерпретировать конкретные значения в контексте клинической ситуации каждого отдельного пациента.

Рытик Л.Л., Вети Х.А., Силонова А.А.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Цель исследования. Изучение изменений функции почек у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 22 пациентов (10 мужчин и 12 женщин) с артериальной гипертензией (АГ) 1 и 2 степени, сочетающейся с ожирением абдоминального типа в возрасте 47±1,3 лет. У всех больных определен индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), а также уровень гликемии натощак, липидный спектр. Оценка распространенности компонентов МС производилась на основании классификации IDF от 2005 г. (ОТ: > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин; уровень триглицеридов (ТГ) ≥1,7 ммоль/л; уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП): 1,03 ммоль/л для мужчин, 1,29 ммоль/л для женщин; уровень артериального давления (АД) ≥130/85 мм рт.ст.; уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥5,6 ммоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле Кокрофта-Голта. Азотовыделительная функция почек оценивалась по уровню креатинина и мочевины по данным биохимического анализа крови, а эритропоэтинпродуцирующая - по уровню гемоглобина и гематокрита при исследовании общего анализа крови. Результаты представлены в виде среднего и стандартного отклонения (M±δ).

Результаты и обсуждение. Средние показатели составили: ОТ 108±9,3 см; макс. систолическое АД 158±5 мм рт.ст; макс. диастолическое АД 99±2 мм рт.ст; СКФ 190±3 мл/мин; уровень гемоглобина 130±4,2 г/л; гематокрит 40±1,2%; ИМТ 40±0,5 кг/м$^{2.}$ У 10 больных из 22 (45%) регистрировался МС, который диагностировался по критериям, предложенным IDF - 2005.

У 6 пациентов (27%) АГ сочеталась с патологией мочевыводящих путей: инфекция мочевыводящих путей - 2 (9%), мочекислый диатез - 3 (13,6%), рентенционные кисты почек - 1 (4,5%). Нарушение толерантности к углеводам или гипергликемия натощак регистрировались у всех пациентов с МС (уровень гликемии составил 6,4±0,9 ммоль/л). Гиперхолестеринемия отмечалась во всех изучаемых случаях (6,8±0,7 ммоль/л), уровень ТГ составил 2,4±0,3 ммоль/л, ХС ЛПВП - 0,8±0,1 ммоль/л; индекс атерогенности - 3,4±0,4. В 52% случаев регистрировалась гиперфильтрация (232±0,8 мл/мин). При этом азотовыделительная, эритропоэтинпродуцирующая функция почек не были нарушены.

Жировая ткань (ЖТ) в виде жировых отложений в почечной ткани изменяет функцию почек, происходит механическое сдавление почечных вен и лимфатических сосудов, что приводит к повышению внутрипочечного давления, увеличению реабсорбции натрия, активации

ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Это является одним из механизмов развития АГ у пациентов с ожирением и патологией почек.

Жировая ткань (ЖТ), как паракринный орган, продуцирует большое количество биологически активных веществ (АТ II, эндотелин-1, ИЛ-1, ИЛ-6, лептин, ФНО-α, PAI 1 типа), которые могут оказывать влияние на функцию почек, а также способствовать развитию гломерулосклероза.

Структурные и функциональные изменения со стороны почек при ожирении и МС характеризуются развитием фокального гломерулосклероза.

Выводы.

При МС наряду с нарушением деятельности сердечно-сосудистой и эндокринной систем имеются нарушения со стороны почек вследствие ауто- и паракринного воздействия гормонов и цитокинов жировой ткани.

Гиперфильтрация обусловлена воздействием на сосуды почек (в большей мере на приводящую артериолу) гормонов и цитокинов; нарушения со стороны углеводного обмена также способствуют гиперфильтрации, как и относительная олигонефрония, возникающая на фоне увеличенной массы тела.

Санкина Е.А., Замойская О.Н., Петров К.Б.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития
Кафедра восстановительной медицины
Кафедра рефлексотерапиии
г.Новокузнецк, Россия

СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИ АКТУАЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-СУХОЖИЛЬНЫХ МЕРИДИАНОВ

Актуальность. В традиционной восточной медицине для клинической диагностики состояния канально-меридианальной системы используются древняя методика пульсовой диагностики, исследование Шу и Мо пунктов, а также осмотр и пальпация микропунктурных зон. Их субъективизм и слабая доказательность очевидны. Начиная с 50-х годов XX века, с диагностической целью начали исследовать различные электрические характеристики меридианов. Все эти методы дают информацию о канально-меридианальной системе вообще, без подразделения ее на второстепенные ответвления (специальные, Ло-продольные и т.п.). Они малопригодны для диагностики состояния мышечно-сухожильных меридианов.

Задача настоящей разработки состоит в создании объективного, простого, надежного и высокоинформативного способа верификации клинически актуальных мышечно-сухожильных меридианов с помощью ультразвуковой диагностики.

Описание метода. При ультразвуковой визуализации нормальные мышцы обладают характерной эхоструктурой: на гипоэхогенном фоне выделяются тонкие эхогенные полоски, обычно параллельные ее длинной оси. При патологических мышечно-тонических реакциях и дистрофических процессах в мышечной ткани и межмышечных фасциях выявляются разнокалиберные точечные и линейные гиперэхогенные включения, которые разрывают нормальные фасцикулярные линии.

Для выполнения поставленной задачи специалисту по УЗИ-диагностике необходимо выявить соответствующие изменения в отдельно взятой мышце и проследить их в пределах всего меридиана, имеющего сложную трехмерно-пространственную топографию. Решение данной проблемы потребовало разработать специальную систему координат.

Длинники предплечья (от локтя - до запястья) и голени (от колена - до лодыжек) были подразделены на верхнюю, среднюю и нижнюю треть. Длинники плеча (от ключицы - до надмыщелков) и бедра (от паха - до колена) - на верхнюю и нижнюю половины. Исходя из особенностей глубины залегания, на предплечье и голени было выделено 3 слоя мышц, а на плече и бедре - два. Считается, что каждый слой по толщине равен соответственно трети или половине расстояния от центрально расположенных костных структур до границы с подкожной клетчаткой. По окружности каждая часть конечности была условно разделена в соответствии с часовым циферблатом на 12 равных зон. При этом за 12 часов принята середина дорзальной поверхности, а за 6 часов - вентральной.

Поскольку известно, из каких мышц состоит каждый мышечно-сухожильный меридиан и топография каждой мышцы, то возможно определить местоположение конкретного меридиана в соответствующей половине или трети конечности, а также в «слое» и «часе». Для облегчения этой задачи с помощью электронных таблиц «Microsoft Office Excel 2007» была разработана специальная программа. При ее использовании специалисту по УЗИ достаточно отметить в полях ввода выявленные участки патологических изменений в мышечной ткани. Программа по особому алгоритму вычисляет вероятность заинтересованности того или иного мышечно-сухожильного меридиана в процентах. «Процент заинтересованности меридиана» отражает отношение суммарного количества мышц (или их фрагментов) с выявленными патологическими изменениями в каждой трети или половине сегмента конечности к общему числу мышц, относящихся к данному меридиану. Этот показатель динамично меняется в процессе лечения.

Степень клинической актуальности считается высокой, если процент заинтересованности равен или превышает 50%, что является основанием для использования данного меридиана при лечении в первую очередь. Заинтересованность в пределах от 30-49% считается средней и меридиан используется в лечебных мероприятиях во вторую очередь. При заинтересованности менее 30% данную миовисцерофасциальную связь признают клинически неактуальной и не используют в лечении.

УЗИ клинически актуальных мышечно-сухожильных меридианов можно осуществлять при помощи любого ультразвукового диагностического сканера, оснащенного мультичастотным линейным датчиком с частотой 5-14 мГц.

Выводы.

Предложенный способ ультразвуковой диагностики мышечно-сухожильных меридианов и программа интерпретации его результатов может найти применение в рефлексотерапии, мануальной терапии и массаже. Описанная методика абсолютно безопасна для пациентов, отличается простотой выполнения и интерпретации результатов.

Она позволяет проводить диагностику специалистам, не подготовленным в области рефлексотерапии, а также обладает высокой чувствительностью к динамически меняющемуся в процессе лечения состоянию миотатических цепей у больных с патологией опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. С ее помощью можно выбирать наиболее оптимальные схемы лечения и зоны воздействия.

Сафронова М.Н., Мизюркина О.А., Коваленко А.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

КОМБИНИРОВАННАЯ НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Речевые нарушения являются одним из наиболее значимых и распространенных проявлений очагового неврологического дефицита при инсультах, приводя к инвалидизации больных. По данным Л.Г. Столяровой, тотальная и сенсорная афазии в остром периоде отмечаются у 84% больных с кровоизлияниями и у 50% больных при ишемическом инсульте в случае поражения левого полушария. Через несколько месяцев сенсомоторная афазия остается у 12-13% больных.

Цель исследования. Изучить влияние нейропротективной терапии на речевые нарушения при инсультах в доминантном полушарии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 218 пациентов, из них: мужчин - 131 (60%), женщин - 87 (40%); с ишемическим инсультом - 190 (87%), с геморрагическим - 17 (8%), со смешанным - 11 (5%). Средний возраст больных составил 55±0,55 года.

Нарушения речи у пациентов были представлены:

- афазией у 158 человек (72,5%),
- моторной в 70 случаях (32%),
- сенсомоторной в 88 (40,4%),

- дизартрией у 60 больных (27,5%),
- корковой в 34 (15,6%),
- бульбарной и псевдобульбарной в 26 случаях (12%).

У пациентов с афатическими нарушениями исходный уровень речевых расстройств включал комплексную афазию в 98 случаях (62%) и элементы афазии в 60 случаях (38%). Степень восстановления нарушенных функций оценивалась на 1-е и на 21-е сутки от начала заболевания по трехбалльной шкале: отсутствие улучшения (0 баллов) - у 19 пациентов (8,7%), умеренное восстановление (1 балл) - у 76 (35%), значительное улучшение (2 балла) - у 123 (56,3%).

Больные получали нейропротективную терапию, включающую препараты метаболического, нейротрофического, антиоксидантного действия. Монотерапия нейропротекторами проводилась 74 больным с афазиями (47%), 38 с дизартриями (63%); комбинированная терапия (2 препарата различных фармакологических групп) - 77 больным с афазиями (49%), 5 с дизартриями (25%). 7 больным с афазиями (4%) и 7 с дизартриями (12%) нейропротективная терапия не проводилась. Для обработки данных использовался пакет программ статистики (Statistica 6.0).

Результаты исследования. При ретроспективной оценке влияния нейропротективной терапии на скорость восстановления речевой функции, можно отметить, что в группе больных с корковой дизартрией наибольшую эффективность показала комбинированная нейропротективная терапия (2 балла, n=9) по сравнению с монотерапией (1,7 балла, n=25) (p=0,05).

В группе пациентов с элементами афазии лучший регресс речевых нарушений наблюдался у пациентов, получавших цераксон в составе комбинированной и монотерапии (1,9 балла, n=12) в сравнении с пациентами цераксон не получавшими (1,6 балла, n=84) (p=0,031).

Выводы.

Применение комбинированной метаболической терапии при корковой дизартрии оказывало положительное действие на восстановление речи (p=0,05).

Применение цераксона показало высокую эффективность в восстановлении легких форм афатических расстройств (p=0,031).

Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ"
г.Курган, Россия

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА

Заболеваемость остеопорозом увеличивает не только стареющее население. Весом вклад жителей больших городов, где у людей низкая двигательная активность, много женщин с высшим образованием, сидящих за компьютерами, одиноких и не работающих женщин. Даже у 65% медицинского персонала в возрасте старше 50 лет снижена минеральная плотность скелета. К тому же недостаточно исследованы региональные параметры экологически неблагополучных регионов.

Но и это не все. У 40% больных соматической патологией имеется остеопороз. Он нередок при онкологических заболеваниях, кардиоваскулярной патологии и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также у пациентов, перенесших радикальные операции на щитовидной железе, мастэктомию, при локализации злокачественных новообразований в почке или предстательной железе.

Почему же существует противоречие между статистикой и реальным положением дел? В ряде случаев из-за непонимания того, что перелом в типичном месте у пожилого или старого человека - это симптом остеопороза. Поэтому пишут - основное заболевание - перелом, сопутствующее - остеопороз. Хотя все наоборот. И практически все больные исчезают как сон, как утренний туман. Поэтому на данном этапе следует писать, как основные заболевания и перелом, и остеопороз. Для уточнения распространенности остеопороза нужны анкеты единого

образца, официально утвержденные, которые учитывали бы по определенным признакам подлинное число больных. Из-за особенностей тактики лечения таких больных пока неясно как следует называть врача, который будет лечить этот симптом (перелом) остеопороза.

Наряду с учетом есть и вторая проблема - болезнь есть, а врача по остеопорозу нет. Вроде бы кто-то должен лечить, а кто точно - неизвестно. Врач по остеопорозу должен быть своеобразным представителем единого координационного центра по остеопорозу. Кто возьмет на себя функцию такого центра пока неизвестно, не разработаны документы о таком центре, нет единого регистра больных.

Следует разработать четкую концепцию организационной модели оказания специализированной медицинской помощи таким больным.

Больным необходима и квалифицированная психологическая помощь, способствующая стабилизации психоэмоционального состояния и улучшению качества их жизни. Интеграция психологической помощи больным остеопорозом в структуру лечебных мероприятий также будет способствовать повышению эффективности лечения.

Уровень знаний врачей по проблеме остеопороза недостаточен. Поэтому и низок интерес соответствующего специалиста к этой проблеме. По данным МОНИКИ, лучше проблему остеопороза знают эндокринологи, ревматологи, неврологи, половина акушеров-гинекологов и 40% ортопедов-травматологов. Знания проблемы у этих специалистов оцениваются как средние. 77% врачей не направляют больных к другим специалистам. Костные денситометры есть только в областных больницах и научных центрах. Наибольшие затруднения у врачей возникают при необходимости назначить фармакологическую терапию и организовать профилактику. Устранить дефицит знаний может помочь тематическое обучение, но оно есть только в Москве, хотя может проводиться, например, и в нашем Центре.

Определенный вклад в разработку различных аспектов проблемы остеопороза уже в течение 35 вносит и центр Г.А. Илизарова. Здесь создана научная школа «Минеральная плотность костей скелета» (основатель школы и ее руководитель - д.м.н., проф., академик МАПН А.А. Свешников), в которой подготовлено 22 кандидата и 8 докторов наук. Опубликовано 1070 научных работ по проблеме остеопороза.

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

ПРОБЛЕМА ОСТЕОПОРОЗА В XXI ВЕКЕ

Население во всех странах стареет и этот процесс будет происходить постоянно. Заболеваемость остеопорозом растет в целом ежегодно на 30%. Процент переломов достигает 70-90% от общего числа переломов соответствующей локализации (В.Л. Малинин, В.А. Неверов, 2009 г.). В последнее время стали появляться переломы шейки бедра и в возрасте 50-60 лет. Низкая минеральная плотность часто встречается у одиноких и неработающих женщин, а также женщин с высшим образованием. Высока частота заболевания остеопорозом у лиц, проживающих в городских условиях. Необходимо иметь в виду, что в разных регионах России имеется огромное разнообразие климатогеографических условий, образа жизни, многочисленны народы и народности, что, несомненно, отражается на минеральной плотности костей (ПМК). Поэтому актуальность проблемы возрастает.

Остеопения и остеопороз являются самыми распространенными заболеваниями костной системы. Д.Е. Шилиным и соавт. (2009 г.) проведена оценка потребления кальция студентами-медиками и врачами в 27 субъектах РФ. Установлено существенное снижение потребления алиментарного кальция во всех возрастных группах как у женщин, так и у мужчин. В большей степени эта негативная особенность питания современных россиян выражена у лиц женского пола - дефицит употребления с пищей кальция составляет 60%, у мужчин - 52%, а среди молодежи - снижено вплоть до нуля из-за отказа даже от молока и курению.

У 65% медицинского персонала в возрасте старше 50 лет снижена минеральная плотность (остеопения или остеопороз). Это несомненно скажется как на качестве, так и на продолжительности их жизни. Вот почему костная денситометрия должна входить в алгоритм

диспансеризации медицинского персонала.

Сегодня даже типичные для остеопороза переломы не служат основанием для постановки диагноза «остеопороз». Он указывается как сопутствующее заболевание. Значительное число случаев пропускается из-за незнания сущности остеопороза, нередко больного оставляют без внимания, считая, что этим должен заниматься терапевт.

Для уточнения распространенности остеопороза нужны анкеты, которые учитывали, хотя бы по косвенным признакам, подлинное число больных. В последние годы на фоне сниженной минеральной плотности наблюдается увеличение сроков консолидации переломов не только у взрослых, но и детей. Это свидетельствует о том, что решение проблемы сниженной минеральной плотности и нарушения ремоделирования костной ткани остается одной из приоритетных в травматологии и ортопедии. Для ее решения недостаточно только совершенствования оперативного вмешательства и улучшения качества имплантатов.

Среди факторов, негативно влияющих на формирование пиковой костной массы служат: низкий индекс массы тела (меньше 18 кг/м^2), гипокальциемическая диета, позднее менархе и длительное установление менструального цикла.

По данным ЦИТО и Центра им. Г.А. Илизарова, медицинские работники относятся к категории лиц, которые в силу существующего стереотипа считают ненужным обследоваться для раннего выявления и профилактики остеопороза, а патология выявляется только при переломах.

По данным МОНИКИ, лучше проблему остеопороза знают эндокринологи, ревматологи, неврологи, половина акушеров-гинекологов и 40% ортопедов-травматологов. Знания проблемы у них оцениваются как средние.

Таким образом, нам предстоит большая работа по организации, профилактике и лечению остеопороза и его симптомов - переломов.

Силонова А.А., Квиткова Л.В., Груздева О.В., Барбараш О.Л.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
г.Кемерово, Россия

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПАРАМЕТРОВ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Цель исследования. Определить плазменный уровень интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) в динамике госпитального периода у больных инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST. Оценить взаимосвязь ИЛ-6, СРБ и параметров систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 (18 женщин и 57 мужчин) человек с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST. Средний возраст пациентов составил 61±2,0 год. У всех больных определены плазменные уровни ИЛ-6, СРБ в 1 и 12 сутки ИМ; проведена ЭХО-КГ; селективная коронарография. Диагноз ИМ выставлен на основании рекомендаций ВНОК. Данные проанализированы с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты исследования. Установлено, что на 1 и 12 сутки ИМ концентрации ИЛ-6 и СРБ в сыворотке крови у больных ИМ превышают референсные значения. В 1 сутки ИМ уровень ИЛ-6 составил 17,5 (15,7-31,2) пг/мл. На 12 сутки ИМ отмечалось снижение уровня ИЛ-6 до 11,8 (9,7-14,8) пг/мл (p=0,001). Результаты исследования указывают на сходство динамики показателей ИЛ-6 и СРБ. В 1 сутки ИМ уровень СРБ составил 16,1 (8,3-33,0) мг/л, а на 12 сутки ИМ снизился до 12,5 (4,0-29,7) мг/л (p=0,039). Установлена прямая корреляционная связь между ИЛ-6 и СРБ в 1 сутки ИМ (r=0,289 p=0,021). Данный факт подтверждает существующее мнение о том, что ИЛ-6 индуцирует синтез белков острой фазы воспаления, в частности СРБ.

В ходе исследования установлена взаимосвязь между:

1. ИЛ-6 и КФК-МВ (r=0,34 p=0,0001), ИЛ-6 и КФК (r=0,27 p=0,002), ИЛ-6 и фракцией

выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (r= -0,57 p<0,0001), ИЛ-6 и конечно-систолическим размером (КСР) ЛЖ (r=0,31 p=0,003), ИЛ-6 и конечно-систолическим объемом (КСО) ЛЖ (r=0,20 p=0,039);

2. СРБ и КФК-МВ (r=0,35 p=0,0001), СРБ и КФК (r=0,33 p=0,0001), СРБ и КСО ЛЖ (r=0,24 p=0,025), СРБ и конечно-диастолическим объемом (КДО) ЛЖ (r=0,24 p=0,025), СРБ и конечно-диастолическим размером (КДР) ЛЖ (r=0,24 p=0,046).

Выводы.

Вероятно, увеличение плазменного уровня ИЛ-6 и СРБ указывает на повышение активности процессов воспаления в области поврежденного миокарда у больных ИМ с подъемом сегмента ST в госпитальном периоде. К 12 суткам ИМ наблюдается снижение концентраций ИЛ-6 и СРБ, но данные показатели все же не достигают референсных значений. Возможно, нарушение систолической функции ЛЖ и выраженность ремоделирования миокарда у больных ИМ ассоциировано с высоким уровнем ИЛ-6 и СРБ.

Смирнова Т.В.

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

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САМООЦЕНКИ

Одним из факторов, определяющих эффективность обучения и последующей профессиональной деятельности, является уровень здоровья. Особенно это важно для будущих медицинских работников, труд которых отличается высокой степенью нервно-психического, а нередко и физического напряжения. Для оценки здоровья студентов медицинского колледжа было проведено их анкетирование (всего было заполнено 400 анкет).

Наличие хронических заболеваний у себя отметили 45,7% проанкетированных. При этом важно отметить существенное увеличение показателя с увеличением возраста и длительности обучения. Так, если в возрастной группе 15-17 лет он составлял 31,9%, то в возрасте 25 лет и старше - 71,7%.

В структуре заболеваний преобладают болезни органов пищеварения (25,6%), органов дыхания и мочеполовых органов (11,4% и 11,2% соответственно), системы кровообращения (10,9%).

Важно отметить, что в связи с имевшимися заболеваниями в поликлинику всегда обращались только 7,2% опрошенных, иногда - 37,3%, а большая часть (55,5%) не обращалась. При этом самолечением занимались 68,0% респондентов.

Указанное свидетельствует о недостаточной медицинской активности будущих медиков. К тому же, их последующий опрос свидетельствует о тенденции к девиантной активности. Так, на факт курения указали 43,2% студентов, на употребление алкоголя и наркотиков - 8,4% и 4,0% респондентов. Физической культурой занимаются только в учебном заведении 61,3% опрошенных.

То есть, студенты, в т.ч. подростки, не уделяют должного внимания укреплению своего здоровья, в большинстве случаев среди них отсутствует культура здоровьесберегающего образа жизни, причем не влияет на изменение позиции студентов даже наличие хронических заболеваний. Соответственно снижаются адаптивные возможности молодежи, и отмечается негативная динамика уровня здоровья уже на этапе профессионального обучения.

Поэтому во всех учебных заведениях должны существовать комплексные программы валеологического воспитания, которые не должны ограничиваться уроками физической культуры, а включать как образовательный элемент, так и предоставление возможностей для всестороннего развития.

Субботин А.В., Юрченко Л.А., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Пиневич О.С., Глебова И.В., Полянцева Л.А.

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

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО СНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕО-ЭЭГ-МОНИТОРИНГА

Дифференциальная диагностика синдромов нарушения сна эпилептического и неэпилептического генеза в клинической практике представляет значительные сложности. Неточное описание пароксизма родителями больных не позволяет врачу определить генез заболевания - это приводит к неверному диагнозу, и, как следствие, к неправильной тактике лечения. Неверная интерпретация данных анамнеза и электроэнцефалографических исследований приводит к ошибочной диагностике эпилепсии в 15-30% случаев (Gates J.R., 2003 г.).

В настоящее время с целью дифференциальной диагностики пароксизмальных нарушений сна эпилептического и неэпилептического генеза, а также для анализа семиологии приступов, применяется метод видео-ЭЭГ-мониторинга во время сна. В Кемеровской областной клинической больнице видео-ЭЭГ-мониторинг используется с 2010 г.

Цель исследования. Проведение дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний эпилептического и неэпилептического генеза во время сна.

Материалы и методы исследования. Обследовано 109 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, из них 66 мальчиков (60,5%) и 43 девочки (39,5%). Средний возраст обследованных больных составлял 7,6±4,6 года. Критерием включения в исследование служило наличие у больных пароксизмальных состояний с двигательным компонентом во время сна и отсутствие эпилептической активности при рутинной электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Для проведения видео-ЭЭГ-мониторинга использовали 21-канальный электроэнцефалограф «Нейрон-спектр-5» компании «Нейрософт» (г.Иваново). Регистрация видео-ЭЭГ-мониторинга проводилась в состоянии физиологического сна после его депривации. Продолжительность исследования составляла в среднем 2 часа.

Результаты исследования. Клинически пароксизмальные состояния во сне проявлялись миоклониями в 32 случаях (2,3%), снохождением - в 15 (13,7%), утратой сознания - в 20 случаях (18,3%), генерализованными тонико-клоническими приступами - у 14 больных (12,8%), вегетативными проявлениями - у 3 больных (2,8%), апноэ - в 13 случаях (11,9%), страхами - в 9 (8,3%), сноговорением - у 3 человек (2,8%).

По результатам видео-ЭЭГ-мониторинга у 64 детей (58,7%) клинические проявления пароксизма во сне сопровождались эпилептической активностью на ЭЭГ.

У 45 пациентов (41,3%) во время обследования в состоянии сна эпилептической активности не выявлено. Из них у 10 человек (22,2%) пароксизмальные состояния во сне не сопровождались изменениями биоэлектрической активности головного мозга.

Выводы.

Для дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний во сне необходимо проведение видео-ЭЭГ-мониторинга во время бодрствования и сна.

Объективизация клинических проявлений пароксизмов с помощью видеозаписи и сопоставление с синхронно регистрируемой электроэнцефалограммой позволяет уточнить генез пароксизма, клинический диагноз, определить тактику лечения.

Трубицына М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Харькова Е.Н.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РАССТРОЙСТВА РЕГУЛЯЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

Боль, распространяющая от корешков до нервных окончаний, возникает при повреждении периферической нервной системы - периферическая нейропатическая боль. Нейропатическая боль чаще всего имеет ряд проявлений: обжигающая и стреляющая боль, аллодиния, парестезии, изменение чувствительности и др. Нейропатической боли присущи вегетативные расстройства, такие, как снижение кровотока, гипер- и гипогидроз в болевой области, температуры, изменение цвета кожи. Вариации интенсивности боли часто вызывают эмоционально-стрессовые нарушения.

Цель исследования. Выявление и оценка тревожно-депрессивных проявлений и вегетативного баланса у пациентов с нейропатической болью.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 20 пациентов с корешковым болевым синдромом на поясничном уровне (нейропатической болью), из них 11 мужчин и 9 женщин (средний возраст составил 48,8±12,3 лет). 10 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста составили группу контроля. Для уточнения диагноза корешковой компрессии проводили: ЭМГ и МСКТ. Нейропатическая боль оценивалась при помощи общепринятых опросников нейропатической боли DN4 и LANSS. Интенсивность боли оценивали по данным шкалы ВАШ. Депрессивные проявления оценивали при помощи шкалы депрессии Бека. Изучалась регуляция вегетативного баланса, проводилась фоновая запись и ортостатическая проба, с оценкой спектральных показателей ритма сердца: надсегментарные влияния (VLF), симпатическую (LF) и парасимпатическую регуляции (HF), проводилось с помощью спектрального анализа: в положении лежа на спине и в ортостазе.

Результаты исследования. На МСКТ ПОП - фораминальная грыжа диска у 72% обследованных, на ЭМГ - корешковый синдром L5-S1 с двух сторон у 44%, L5-S1 слева - у 56%. По данным опросников нейропатической боли: DN4 - 5,0±0,8 баллов); шкала LANSS составила 14,7±4,1 баллов. По шкале ВАШ (до лечения 6,5±0,7 баллов - сильная боль. При анализе результатов, полученных при использовании шкалы Бека выявлено, что всех пациентов характеризует очень высокий уровень депрессии - (более 16 баллов), средний балл составил 17,5±0,5.

Состояние нейрогуморальной регуляции характеризовалось высоким уровнем гуморально-метаболических влияний (1626,9±236,9, контроль 1248,7±290,2; $p<0,05$), что отражает показатель VLF, снижение симпатических (LF) влияний (530,9±91,5; контроль 1112,7±218,82; $p<0,02$), и вагальных влияний в модуляции сердечного ритма (418,6±76,5; контроль 1346,5±376,4; $p<0,05$).

Выводы.

Таким образом, у пациентов с нейропатической болью определяются высокий уровень депрессии, отклонения по всем уровням вегетативной регуляции: снижение парасимпатической регуляции блуждающего нерва, вазорефлекторных и барорефлекторных механизмов, и избыточной активацией церебральных гуморально-метаболических влияний, что диктует необходимость комплексной терапии данного состояния с использованием антиконвульсантов и антидепрессантов.

Угушев Е.В.
МБУЗ «ГБ N3 им. М.А. Подгорбунского"
г.Кемерово, Россия

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Социальная значимость депрессии в современном обществе. Гендерные различия в механизме возникновения аффективных нарушений. Риск развития депрессии в течение жизни: женщины - 40% и у мужчин - 25%. Аутоагрессиное поведение, суицидальная настроенность, аддиктивные нарушения обусловлены депрессивным расстройством. Депрессия у мужчин в 70% случаев приводит к алкоголизации. «Век меланхолии» (Hagnelletal, 1983 г.)

Понятие маскированных депрессий. До 80% страдающих депрессиями наблюдаются врачами общесоматической сети. Лишь 10-15% получают терапию антидепрессантами. Надежды на то, что терапевты и неврологи будут назначать и контролировать эффективные схемы лечения депрессии не оправдались. Само лечение в этом случае не могло быть достаточно долгим, не предполагало катамнестического отслеживания депрессии, перевода на другие средства. Неэффективное расходование диагностических и лечебных ресурсов в итоге приводят к неправильному лечению, хронизации болезни.

Диагностика и общая методология в ведении депрессивных пациентов.

Проблема субъективного и пренебрежительного восприятия феномена депрессии врачом общесоматической практики. Сопротивление больных диагностике депрессии может быть обойдено путем ее выявления в стенах непсихиатрических учреждений. Предположение депрессии врачом интернистом позволяет избежать стигматизации, навешивания ярлыков безумного на пациента. Наступление быстрого терапевтического эффекта и практическое отсутствие побочных явлений при назначении Вальдоксана позволяют именно его сделать препаратом, дополняющим соматическое лечение врачами-интернистами.

Выводы.

1. Оптимальная схема ведения депрессивных пациентов:

а) предположение депрессии у больного врачом общесоматической сети;

б) направление к психиатру;

в) квалификация психического состояния пациента;

г) назначение адекватнойпсихофармакотерапии уже в стенах непсихиатрического учреждения.

2. Целесообразно сделать доступным консультирование соматических больных психиатром (штатным или приходящим консультантом).

3. Упростить диагностику депрессии врачами общесоматической сети - ознакомление с методами тестирования, анкетирования и посредством самовыявления депрессии самими пациентами.

4. Пополнение лечебного арсенала врача общесоматической сети наиболее эффективными препаратами для лечения широкого спектра депрессивных и коморбидных к ним расстройств (тревоги, бессонницы, соматических симптомов) - агомелатин (Вальдоксан).

5. Агомелатин, обладающий наименьшим количеством побочных явлений - оптимальный выбор в терапии тяжелой депрессии, как на коротких дистанциях, так и в долгосрочной перспективе, что способствует более адекватному пониманию своей болезни пациентом, его настроенности на сотрудничество.

Филимонов С.Н., Флейшман А.Н., Куликова Л.А.
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России
ФБГУ НИИ КПГПЗ СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛОЗАП» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПРОФПАТОЛОГИЕЙ

Цель исследования. Исследование антигипертензивного действия препарата «Лозап 50 мг» (Л) фирмы «Зентива» с применением спектрального анализа вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материалы и методы исследования. В исследуемую группу были включены 18 мужчин, больных II степенью артериальной гипертонии (АГ) по критериям ВОЗ/МОАГ (1999 г.) без серьезных сопутствующих заболеваний, средний возраст составил 54,3±1,84 лет, стаж заболевания - 8,12±0,37 лет. Всем обследуемым проводилась спектрограмма ВРС по описанной ранее методике без медикаментов (исходные данные). После этого больным АГ назначался Л в дозе 50 мг в день. Эффективность лечения оценивали по степени снижения артериального давления (АД), переносимости препарата, частоте побочных действий от применяемой терапии. Через 5 дней пациентам повторно определяли показатели ВРС и сопоставляли результаты с клиническими данными. При анализе спектральных характеристик определялась мощность каждого пика в баллах (за 1 балл принята единица спектральной плотности мощности, равная 1 мсек^2/Гц х 100). Для статистической обработки материала использовали критерий Стьюдента, достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. Л оказался в целом достаточно эффективным и хорошо переносимым антигипертензивным препаратом. На фоне его приема среднее систолическое АД снизилось на 13,46 мм.рт.ст - с 142,48±3,83 до 129,02±3,67 мм рт. ст., среднее диастолическое АД на 5,38 мм.рт.ст. - с 94,10±2,36 до 88,72±2,22 мм рт. ст. ($p<0,05$), что соответствует критериям эффективного контроля АД у больных АГ. Средняя частота сердечных сокращений после применения Л не изменилась с 69,38 ±1,76 до 68,39±2,07 уд/мин (различия недостоверны). Общая мощность спектра ВРС незначительно увеличилась с 3,14 у.е. до 3,39 у.е. Показатели ВРС изменились незначительно (VLF - 117,34 против 118,78 баллов и LF - 13,03 против 13,11 баллов), а уровень HF возрос с 6,70 до 12,57 баллов (практически в 2 раза), что свидетельствует об активации вагуса и подтверждается увеличением вагосимпатического индекса с 0,43 до 0,46 после лечения лозапом. Также улучшились параметры нелинейной динамики: значения детрентного флюктуационного анализа DFA снизились на 0,07 (с 1,01 до 0,94); показатель апроксимированной энтропии снизился на 1,15 (с 188,40 до 187,25). Улучшились характеристики фазовых портретов ВРС.

Не выявлено ухудшений функции внешнего дыхания на фоне приема Лозапа. Побочных эффектов также не выявлено. Клиническое улучшение было у 60%, состояние не изменилось у 40%.

Выводы.

1. Лозап является высокоэффективным антигипертензивным препаратом для больных с профессиональной патологией, в результате приема Лозапа в дозе 50 мг/сут. более чем у половины пациентов удалось достичь целевых цифр АД за короткий промежуток времени.

2. Препарат улучшает показатели ВРС, в частности повышает активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что способствует дополнительному снижению АД.

3. Лозап не влияет на ЧСС и функции внешнего дыхания, что особенно важно для шахтеров с пылевой патологией легких и дыхательной недостаточностью.

4. Препарат хорошо переносится, не было выявлено случаев побочных эффектов Лозапа у больных с профессиональной патологией.

Фонин В.В., Грибачева И.А., Ступак В.В., Останин А.А., Черных Е.Р.
Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии
г.Новосибирск, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Развитие субарахноидальных кровоизлияний (САК) в 80-83% случаев обусловлено разрывом артериальных аневризм. Одними из наиболее тяжелых и частых осложнений САК являются сосудистый спазм с развитием ишемии мозга. Механизмы его развития начинают действовать уже в первые часы после кровоизлияния, но, по мнению большинства авторов, первые клинические признаки сосудистого спазма отмечаются на 3-4 сутки от момента развития катастрофы и достигают максимального развития к 7-14 суткам. С момента первичного поражения головного происходит целая серия событий, приводящих к вторичному ангиоспазму, нарушению мозгового кровообращения и метаболизма, отеку мозговой ткани. Точные механизмы возникновения церебрального вазоспазма до конца не выяснены, однако предполагается, что важную роль в патогенезе сосудистого спазма могут играть нарушения цитокинового баланса.

Настоящая работа была нацелена на оценку баланса про- и противовоспалительных цитокинов, а также исследование некоторых других параметров иммунитета у больных СК в динамике заболевания, в том числе в подгруппах с наличием и отсутствием вторичного вазоспазма.

Исследован уровень цитокинов в сыворотке, показатели биологической (воспалительной и супрессорной) активности сыворотки крови и параметры клеточного иммунитета у больных после субарахноидального кровоизлияния (СК). В исследование были включены 19 пациентов. Первую группу (n=11) составили пациенты, у которых не наблюдалось проявлений церебрального вазоспазма. Вторую группу (n=8) - больные с развитием вторичного вазоспазма, формированием множественных очагов инфаркта головного мозга, что привело к летальному исходу. Показатели иммунитета были исследованы на 1-2, 4-6 и 10-14 сутки после кровоизлияния.

Показано, что больные СК характеризуются нарушением цитокинового баланса, что проявляется доминированием в сыворотке крови медиаторов с противовоспалительной иммуносупрессорной активностью и угнетением клеточного иммунитета. У пациентов, у которых произошло развитие вторичного вазоспазма, выявлены наиболее выраженные дисфункции клеточного звена иммунной системы, усиление супрессорной активности сывороточных факторов и снижение уровня NO в динамике заболевания.

NO обладает широким спектром действия: нейромедиатор в клетках головного мозга и периферической нервной системы, мощный вазодилататор вырабатываемый эндотелием сосудов, обладает антиадгезивным действием по отношению к нейтрофилам, предупреждает агрегацию тромбоцитов, ингибирует пролиферацию лимфоцитов.

Нарушение процессов синтеза, восприятия и метаболизма эндотелиального NO, как основного вазорелаксанта, лежит в основе формирования функционального и морфологического субстрата.

Выявленные факты имеют не только теоретическое значение, раскрывающее новые механизмы развития вазоспазма, но и представляют интерес в прикладном плане, поскольку могут послужить основой для разработки новых методов диагностики, прогноза и лечения вторичной ишемии головного мозга.

Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Котова О.А., Пьянкова Е.Э., Попова Т.А.
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»
г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ РАННЕЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИЗНАКАМИ КОРОНАРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ, ТРАНСПОРТИРОВАННЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Цель исследования. Провести анализ проведенных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) больным в остром периоде инфаркта миокарда, осложненном развитием ранней постинфарктной стенокардии, транспортированным из отделения кардиологии ФГБ ЛПУ «НКЦОЗШ» города Ленинска-Кузнецкого в Кемеровский кардиологический центр.

Материалы и методы исследования. За период с ноября 2008 г. по январь 2012 г. транспортированы в Кемеровский кардиологический центр 57 пациентов, из них 41 мужчина (72%) и 16 женщин (28%). Показанием для перевода явилось развитие ранней постинфарктной стенокардии в остром периоде инфаркта миокарда у больных до 70 лет. Средний возраст транспортированных больных составил 57,5±8,2 года. У 32 пациентов (56%) диагностирован Q-образующий инфаркт миокарда, у двадцати пяти (44%) - не Q-образующий. Всем больным проводилось стандартное лечение, четырнадцати (24,6%) при поступлении проведена тромболитическая терапия. В связи с развитием ранней постинфарктной стенокардии четырнадцать пациентов транспортированы на вторые сутки госпитализации, двадцать шесть - на третьи, восемь - на четвертые, семеро больных на шестые и двое - на десятые сутки инфаркта миокарда. Транспортировка осуществлялась по согласованию с дежурным кардиологом приемного отделения Кардиоцентра на реанимобиле «НКЦОЗШ» в сопровождении реанимационной бригады и кардиолога. Во время пути больным проводилось мониторное наблюдение ЭКГ, АД, инсуфляция увлажненного кислорода и инфузия необходимых лекарственных препаратов. Осложнений во время транспортировки не наблюдалось.

Результаты исследования. При поступлении в Кемеровский кардиологический центр всем пациентам в экстренном порядке проведена коронаровентрикулография (КВГ). У 33 больных (57,9%) выявлен гемодинамически значимый стеноз одной коронарной артерии, у двадцати одного (36,8%) - многососудистое поражение и у трех больных (5,3%) окклюзионно-стенотических изменений коронарного русла не выявлено. По результатам проведенного обследования: тридцати пяти пациентам (61,4%) выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) с установкой одного стента, трем больным (5,3%) установлено 2 стента, четырем (7,2%) - 3 стента, одному больному (1,8%) установлено 5 стентов, девятерым - проведено аорто-коронарное шунтирование (АКШ) в ускоренном порядке и двоим больным в связи с множественным поражением коронарного русла проводилось консервативное лечение в связи с наличием противопоказаний к ЧТКА и АКШ. Из всех транспортированных нами пациентов летальный исход наступил у двоих (3,5%). Это женщины 68 и 61 года, у которых при проведении КВГ выявлено многососудистое поражение, проведено спасительное вмешательство - установка стента в инфарктзависимую артерию, после чего больные переведены в отделение реанимации. В обоих случаях причиной смерти стал кардиогенный шок.

Выводы.

Введение программы по транспортировке больных с острым инфарктом миокарда и сохраняющимися на фоне консервативной терапии признаками коронарной нестабильности из отделения кардиологии в кардиохирургический стационар позволило сделать высокотехнологичные методы лечения более доступными для пациентов и снизить риск развития нежелательных событий. Транспортировка больных в специально оборудованных реанимобилях в сопровождении реанимационной бригады и кардиолога достаточно безопасна.

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

КОСТНЫЕ МАРКЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ

Известно, что около половины костной массы взрослых, определяющей ее прочность на протяжении всей жизни, накапливается во время скачка роста в подростковом периоде. В этом возрасте предъявляются повышенные требования к соединительной ткани. Ее несостоятельность может привести к нарушению структуры и функциональным расстройствам различных органов и тканей, в том числе и костей. Одно из широко распространенных проявлений дисплазии соединительной ткани - синдром гипермобильности суставов. Выявление и своевременная коррекция нарушений процессов костного ремоделирования у подростков с гипермобильностью суставов может способствовать снижению распространенности остеопороза и его последствий.

Цель исследования. Оценить состояние процессов костного ремоделирования по содержанию костных маркеров в сыворотке крови у подростков с синдромом гипермобильности суставов.

Материалы и методы исследования. Одновременно обследовано 33 подростка в возрасте от 11 до 14 лет одной из школ города: 17 - с гипермобильностью суставов (6-8 баллов по Бейтону) и 16 - здоровых. По возрасту, по соотношению количества мальчиков и девочек, по физическому и половому развитию группы соответствовали друг другу.

Концентрации маркеров костеобразования PINP и разрушения β-Crosslaps определяли электрохемилюминесцентным методом на анализаторе "Cobas 6000" (Япония) при помощи наборов реактивов фирмы "Roche Diagnostics GmbH" (Германия). Определение остеокальцина (маркера остеосинтеза) выполняли на иммунохемилюминесцентном анализаторе "Immulite" (США) с использованием набора реактивов компании "Siemens Healthcare diagnostics Products Ltd" (United Kingdom). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 6,0. Данные представлены в виде медианы с указанием интерквартильного размаха (25-75%). Для выявления различий между группами использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что у подростков с гипермобильностью суставов концентрация в сыворотке крови маркера остеосинтеза PINP на 24,3% ниже ($p=0,028$), чем у подростков контрольной группы (660,2 (506,3-904,3) нг/мл против 907,1 (719,0-1156,0) нг/мл). По содержанию остеокальцина отмечена аналогичная тенденция (13,8 (9,57-22,76) нг/мл против 22,6 (13,42-30,35), $p=0,053$). При этом не выявлено статистически значимой разницы по уровню маркера резорбции кости β-CrossLaps (1201 (961-1354) пг/мл против 1250 (1057-1599), $p=0,49$). Отношение PINP/β-CrossLaps (в нг/мл), свидетельствующее о соотношении процессов синтеза и резорбции костной ткани, у подростков с ГМС оказалось несколько ниже, чем в контроле (577,5 (436,6-668,4) и 675,8 (554,2-830,9), соответственно, $p=0,053$).

Полученные данные свидетельствуют о нарушении метаболических процессов в костной ткани у подростков с гипермобильностью суставов, характеризующееся угнетением костеобразования при неизмененной интенсивности процессов разрушения кости, что позволяет отнести таких детей в группу риска по раннему развитию остеопороза.

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

ИЗМЕНЕНИЯ АКУСТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП) позволяют объективизировать нарушение функционирования стволовых структур головного мозга.

Цель исследования. Изучить нарушение функционирования стволовых структур головного мозга методом акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП) при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебробазилярном бассейне (ВББ).

Матнриалы и методы исследования. Проведено клинико-нейрофизиологическое обследование 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 40 до 70 лет). При АСВП предъявлялись щелчки 9,5 Гц, интенсивностью на 70 дБ выше порога слышимости. Измерялись латентности пиков I-V, межпиковые интервалы (МПИ), амплитуды пиков и амплитудные соотношения.

Результаты исследования. Диагностированы транзиторные ишемические атаки (ТИА) (n=16), лакунарный инфаркт (ЛИ) (n=10), нелакунарный инфаркт (НИ) в ВББ (n=4). У больных всех групп было снижено отношение амплитуд V\I пиков (достоверно в 56% случаев при НИ, в 47% случаев при ЛИ и в 15% при ТИА); снижение амплитуд всех пиков (до 0,12-0,15 мкВ), достоверно в 49% случаев при НИ и в 39% случаев при ЛИ. Отмечалась отчетливая тенденция к латерализации увеличения латентности пиков при ТИА и ЛИ в ВББ в 49% случаев, достоверная латерализация увеличения латентности пиков в 35%, что отражало асимметричное нарушение нейрональной акустической активности ствола мозга. При ТИА - тенденция к увеличению интервалов I-III и III-V в 46-61%. У больных с ЛИ и НИ достоверно увеличивается МПИ I-III III-V, что наблюдается в 35% и 47% случаев соответственно. У пациентов с НИ, кроме того, увеличивается и МПИ I-V. При ТИА в 100% случаев наблюдалось восстановление амплитуды и латентности пиков в процессе лечения. При ЛИ и НИ восстановления не наблюдалось.

Выводы.

ОНМК в ВББ характеризуются функциональными изменениями со стороны стволовых структур преимущественно на понтомедуллярном и понтомезенцефальном уровнях. Выявлена зависимость между тяжестью инсульта, поражением стволовых структур и нейрофизиологической динамикой. Наиболее выраженные стволовые дисфункции вызывает ЛИ и НИ.

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
Шадринский государственный педагогический институт
ФГБУ «РНЦ «ВТО" им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ»
г.Курган, Россия

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ КАЛЬЦИЯ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Наши наблюдения проведены на 1500 школьниках, 200 студентах и 100 преподавателях пединститута. Им один раз в месяц на протяжении шести месяцев давали анкеты, в которых были перечислены пищевые продукты и содержание кальция в 100 граммах продуктов. В конце периода наблюдения некоторые школьники и преподаватели были обследованы на костном денситометре.

При употреблении кальция с пищей ниже 400 мг в день у 93% детей обнаружена низкая плотность минералов в позвоночнике и у 84% детей - в области проксимального отдела бедренной кости. Следует указать на то, что если у школьников была низкой минеральная

плотность, то возрастные критерии увеличения ее не имели физиологически обусловленных пиков и меньшей была длина тела. Возрастная пиковая костная масса у таких подростков не достигалась. Это заключение чрезвычайно важно с практической точки зрения, так как именно здесь находятся истоки остеопороза у взрослых людей уже в 30 лет.

Нами в Курганской области, а Д.Е. Шилин и соавт. (2009 г.) в 27 субъектах РФ, проведена оценка потребления кальция студентами-медиками и врачами. Наши исследования были предприняты после того, как врачи центра Г.А. Илизарова установили, что у детей, живущих в сельской местности нашей области, нередко встречаются, как было написано в Интернете, деформации позвоночника и плоскостопие. У обследованных потребление кальция оказалось существенно ниже нормальных величин. Эти материалы объясняют причину того, почему в нашей стране у 40-60% школьников и студентов снижена минеральная плотность костей (МПК) скелета. Такая негативная особенность питания современных россиян больше выражена у лиц женского пола - дефицит употребления с пищей кальция у женщин составляет 60%, у мужчин - 52%, а среди подростков употребление кальция снижено вплоть до нуля из-за отказа даже от молока и курению (Д.Е. Шилин соавт., 2009 г.). Сегодняшнее молоко - это всего лишь молочный напиток. В итоге: в возрасте старше 50 лет даже у 65% медицинского персонала и преподавателей биологии была низкая минеральная плотность или остеопороз. Это, несомненно, отражается на качестве их жизни.

При нормальной величине потребления кальция в возрасте 13-17 лет ежегодный прирост минералов у юношей составлял 0,048 г/см^2, у девушек - 0,038 г/см^2, но темпы прироста минералов варьируют в зависимости от области скелета. У девушек в 14 лет максимальная величина МПК отмечена только в шейке бедренной кости, а в позвоночнике и всем теле достигала стабильных значений соответственно в 16 и 17 лет. У юношей прирост минералов во всей проксимальной трети бедренной кости становился одинаковым в 16 лет, а в позвоночнике и всем теле - в 18 лет. В последующие годы темп прироста уменьшался.

Масса минералов была неодинаковой в различных сегментах тела в различные возрастные периоды: у девочек 10-11 лет наибольшей она была в костях черепа, у мальчиков - в костях черепа и в верхних конечностях. В 11-13 лет и затем 16-18 лет у представителей обоего пола была наибольшей в позвоночнике. У девушек в 12 лет и затем в 15-16 лет - в верхних конечностях и костях таза. В 15-18 лет у обоих полов - в верхних и нижних конечностях.

Адекватные физические упражнения во время полового созревания благоприятно влияли на МПК в нагружаемых участках скелета. Тенденция к увеличению МПК у лиц женского пола стабилизировалась к 14-летнему возрасту, тогда как у лиц мужского пола количество минералов продолжало повышаться до 17 лет.

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздравсоцразвития РФ»
г.Курган, Россия

КОЛИЧЕСТВО КАЛЬЦИЯ, УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ ЖИТЕЛЯМИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время не вызывает сомнения, что истоки остеопороза взрослых лежат в детском возрасте (А.А. Свешников, 2012 г.).

Детский и подростковый возраст привлекает внимание потому, что у детей процессы роста сочетаются с положительным балансом массы костной ткани. Накопление кальция в костях скелета является необходимым условием для увеличения (роста) костей. Так, с 5 до 16 лет костная минеральная плотность костей (МПК) скелета возрастает в 3 раза, а с 10 до 16 лет - на 34,6-39,7%. К 18 годам во многих участках скелета минеральная костная плотность приближается к пиковой костной массе (Репина И.В., Свешников А.А., 2011 г.)

Среди факторов риска развития остеопороза у детей - недостаточное потребление кальция (Свешников А.А., 2010 г.). Оно отрицательно сказывается на линейном росте, а позже - сопровождается низкой МПК.

Во многих регионах дети ежедневно получают не более 1/2 суточной потребности кальция. При употреблении кальция с пищей ниже 1000 мг в день у 93% детей обнаружена низкая МПК в позвоночнике, а у 84% детей - в области проксимального отдела бедренной кости.

При нормальной величине потребления кальция в возрасте 13-17 лет ежегодный прирост минералов у юношей составлял 0,048 г/см^2, у девушек - 0,038 г/см^2, но темпы прироста минералов варьировали в зависимости от области скелета. У девушек в 14 лет максимальная величина МПК отмечена только в шейке бедренной кости, а в позвоночнике и всем теле достигала стабильных значений соответственно в 16 и 17 лет. У юношей прирост минералов во всей проксимальной трети бедренной кости становился одинаковым в 16 лет, а в позвоночнике и всем теле - в 18 лет. В последующие годы темп прироста уменьшался.

Масса минералов была неодинаковой в различных сегментах тела в различные возрастные периоды: у девочек 10-11 лет наибольшей она была в костях черепа, у мальчиков - в костях черепа и в верхних конечностях. В 11-13 лет и затем 16-18 лет у представителей обоего пола была наибольшей в позвоночнике. У девушек в 12 лет и затем в 15-16 лет - в верхних конечностях и костях таза. В 15-18 лет у обоих полов - в верхних и нижних конечностях.

Наши наблюдения проведены на 1500 школьниках, 200 студентах и 100 преподавателях пединститута. Им один раз в месяц на протяжении шести месяцев давали анкеты, в которых были перечислены пищевые продукты и содержание кальция в 100 граммах. Затем эти результаты обрабатывали.

Среднесуточное употребление кальция мальчиками и мужчинами (за 6 месяцев) составило 487 мг/сутки в возрасте 8-11 лет, 497 мг/в сутки в возрасте 12-15 лет, 532 мг/сутки в возрасте 16-20 лет, 430 мг/сутки в возрасте 21-55 лет, 602 мг/сутки в возрасте 56-74 лет и 670 мг/сутки в возрасте 75-90 лет.

Среднесуточное употребление кальция девочками и женщинами (за 6 месяцев) составило 355 мг/сутки в возрасте 8-11 лет, 417 мг/в сутки в возрасте 12-15 лет, 422 мг/сутки в возрасте 16-20 лет, 388 мг/сутки в возрасте 21-55 лет, 640 мг/сутки в возрасте 56-74 лет и 690 мг/сутки в возрасте 75-90 лет.

Эти материалы объясняют причину того, почему в нашей стране у 40-60% школьников и студентов снижена МПК скелета. Такая негативная особенность питания современных россиян больше выражена у лиц женского пола - дефицит употребления с пищей кальция у женщин составляет 60%, у мужчин - 52%, а среди подростков употребление кальция снижено вплоть до нуля из-за отказа даже от молока и курению и употреблению пива.

В итоге: в возрасте старше 50 лет даже у 65% населения была низкая минеральная плотность или остеопороз. Это несомненно отражается на качестве их жизни (Д.Е. Шилин, 2009 г.).

Меры профилактики остеопороза прежде всего должны включать обеспечение детей адекватным питанием, контролем за двигательной активностью, борьбу с курением, формирование потребности в здоровом образе жизни и снижение хронических болезней.

Шарлаева Е.А., Воробьева Е.Н., Соколова Г.Г., Федоренко В.И., Казызаева А.С., Бубликов Д.С.

ФГБОУ «Алтайский государственный университет»
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»
г.Барнаул, Россия

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖИТЕЛЕЙ Г. БАРНАУЛА

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают особое место среди других патологий. Они приводят к ранней инвалидности, развитию хронической сердечной недостаточности, а самое главное являются одной из основных причин смертности населения. С каждым годом частота и тяжесть этих болезней неуклонно нарастают. В настоящее время выявлен целый ряд факторов риска развития ССЗ: курение, повышенное артериальное давление,

гиперхолестеринемия и др. Борясь с ними, можно снизить вероятность развития патологических процессов в организме.

Цель исследования. Оценка риска развития ССЗ у жителей г.Барнаула. Было обследовано 500 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст обследованных - 43,3±0,57 лет). Для оценки риска учитывали пол, возраст, уровень систолического артериального давления (САД), уровень общего холестерина (ОХС) и статус курения пациентов. Суммарный коронарный риск высчитывали по таблице 10-летнего фатального риска SCORE. Для оценки связи риска осложнений ССЗ с рассматриваемыми показателями рассчитывали коэффициенты корреляции.

Среди обследованных было 302 женщины (средний возраст - 42,5±0,69 лет) и 198 мужчин (средний возраст - 44,6±0,98 лет). САД у женщин в среднем было равно 122,6±1,05 мм.рт.ст., у мужчин данный показатель был статистически значимо выше и составлял 132,9±1,2 мм.рт.ст.. По уровню ОХС статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (5,3±0,08 ммоль/л и 5,2±0,06 ммоль/л соответственно). Кроме того, 12% обследованных женщин были отнесены в группу курящих, среди мужчин курили 62% обследованных. На основании полученных результатов был рассчитан процент суммарного коронарного риска. Оказалось, что у мужчин риск развития ССЗ гораздо выше, чем у женщин (2,89±0,28% - у мужчин; 0,45±0,06% - у женщин). В соответствии с полученными значениями обследованные мужчины были отнесены к категории лиц с умеренным риском (1-4%), а женщины - к категории с низким риском (<1%) развития ССЗ.

Оценка риска развития ССЗ у мужчин и женщин различных возрастных групп показала, что с возрастом процент коронарного риска существенно повышается (у мужчин риск повышается от 0,6 до 9,6%; у женщин от 0 до 4,6% в возрастных группах от 20-29-лет до 70 лет и старше). У женщин до 59 лет риск развития заболеваний определен, как низкий (< 1%), возрастная группа 60-69 лет отнесена к категории умеренного риска (2,7±0,5%) и только женщины 70 лет и старше имели высокий риск развития ССЗ. У мужчин вероятность развития ССЗ высока и в более молодом возрасте. Мужчины от 20 до 49 лет были отнесены к группе пациентов с низким риском развития ССЗ (< 1%); возрастная группа 50-59 лет - это мужчины с умеренным риском (4,3±0,3%). Самый высокий процент коронарного риска определен в группах обследованных мужчин 60-69 лет и 70 лет и старше (8,5±1,6% и 9,6±1,6% соответственно), что позволило отнести их к категории лиц с высоким риском развития ССЗ (> 5%). Зависимость величины риска осложнений ССЗ от пола обследуемых ($r=0,4$; $p<0,05$) и их возраста ($r=0,5$; $p<0,05$) была подтверждена и в ходе корреляционного анализа.

Курение также влияет на процент суммарного коронарного риска ($r=0,3$; $p<0,05$). У курящих пациентов риск развития осложнений ССЗ почти в три раза выше, чем у некурящих (1,0±0,1% и 2,9±0,4% соответственно). При этом сохранялась зависимость от пола пациентов (процент коронарного риска у курящих женщин - 0,7±0,3%; у мужчин - 3,8±0,5%).

Таким образом, вероятность развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений усиливается по мере увеличения числа и выраженности факторов риска. Так как часть факторов риска являются модифицируемыми, очень важно своевременное выявление соответствующих пациентов для проведения целенаправленной ранней профилактики развития болезней системы кровообращения.

Шишкова Ю.Н., Сундукова Е.Л.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России Кафедра педиатрии и неонатологии
г.Кемерово
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр»
Детская поликлиника N 6
г.Новокузнецк, Россия

СТРУКТУРА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТОВ С НАРУШЕНИЕМ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА

Актуальность. На сегодня доказано, что гиперурикемия является независимым фактором

риска развития хронической болезни почек. По данным литературы, во взрослой популяции заболевания, сопряженные с дисметаболизмом пуринового обмена (гиперурикемия, уратная нефропатия, подагра), регистрируются в 5-12% случаев. В детской и подростковой популяции, по данным Ю.И. Ровда (2003), гиперурикемия встречается в 9-13% случаев, а частота уратной нефропатии среди всей почечной патологии, по результатам Т.Г. Кетовой (1988), Г.А. Маковецкой (1991), Г.В. Фоминых (2006), независимо от массы тела составляет 9,9-26%.

Цель исследования. Изучить частоту диагностики и структуру мочевогосиндрома у детей и подростков с гиперурикемией.

Материалы и методы исследованиия. Группу исследования составили 558 детей и подростков (средний возраст 12,1±2,4 лет) с гиперурикемией, которую диагностировали при уровне мочевой кислоты крови у девочек > 300 мкмоль/л, у мальчиков > 310 мкмоль/л. Экскреция солей мочевой кислоты в суточной моче более 4,0 ммоль/л расценивалась как уратурия, экскреция оксалатов более 0,2 ммоль/л/сутки - как вторичная оксалатурия. Лейкоцитурия диагностировалась у мальчиков при уровне лейкоцитов в моче более 2000 в 1 мл, у девочек - более 4000 в 1 мл; гематурия - при уровне эритроцитов в моче в пр. Нечипоренко независимо от пола более 1000 в 1 мл; микропротеинурия - при суточной экскреции белка более 150 мг. Достоверная бактериурия диагностировалась при содержании бактериальных тел E. coli более 100 тыс./мл, Proteus vulgaris - более 50 тыс./мл. Полученные результаты исследования были обработаны непараметрическими методами описательной статистики.

Полученные результаты. Из 558 обследованных (уровень мочевой кислоты: (Me 383,0 (345; 430), min 310/max 821 мкмоль/л) у 72,2% (n=403) был выявлен мочевой синдром, в структуре которого доминировала кристаллурия - 85,6% (n=345), представленная у 44,9% (n=155) гиперурикозурией (Me 5,0 (4,32; 5,9), min 4,0/max 13,1 ммоль/л/сут), у 75,9% (n=262) - вторичной оксалатурией (Me 0,3 (0,24; 0,4), min 0,18/max 2,23 ммоль/л/сут) и у 34,5% (n=119) - сочетанной уратно-оксалатной кристаллурией. Микрогематурия была диагностирована у 54,8% (n=221): Me 2000 (1500; 5500), min 1250/max 465000 в 1 мл; лейкоцитурия - у 46,9% (n=189): Me 6000 (3500; 11000), min 2250/max 138000 в 1 мл. Суточная микропротеинурия выявлялась у 22,6% (n=91): Me 0,23 (0,19; 0,34), min 0,15/max 0,34 г, достоверная бактериурия - у 6,7% (n=27). Гипоизостенурия как один из маркеров тубулоинтерстициального поражения почек регистрировалась у 19,3% (n=78) обследуемых (колебания удельного веса 1001-1012) в то время как гиперстенурия - у 12,7% (n=51) (колебания удельного веса 1029-1040).

Выводы.

В структуре мочевого синдрома у детей и подростков с гиперурикемией доминирующие позиции занимает кристаллурия (85,6%), в структуре которой преобладает вторичная оксалатурия (75,9%).

Юровская Г.И., Челышева Г.М.

МБУЗ Центральная городская больница Калтанский ГО
г.Калтан
Кафедра микробиологии ГОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВа
г.Новокузнецк, Россия

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В настоящее время наблюдается увеличение числа гнойно-воспалительных заболеваний дыхательной системы с участием условно-патогенной микрофлоры. Большое значение в патогенезе таких инфекций имеют микробные ассоциации, удельный вес которых, по литературным данным, увеличивается до 80% при затяжных и хронических течениях заболеваний. Как правило, ассоцианты в силу своих биологических свойств усиливают патогенные свойства друг друга, что утяжеляет течение инфекции. Рациональная антибиотикотерапия в этих случаях возможна только при правильном установлении этиологической роли микроорганизмов, входящих в ассоциации.

Цель исследования. Обобщение результатов изучения микробного пейзажа мокроты и

оценке удельного веса монокультур и микробных ассоциаций у пациентов с неспецифическими заболеваниями органов дыхания. Исследования проводились на базе МБУЗ ЦГБ Калтанского ГО. За период 2009-2011 гг. проведено 3195 исследований мокроты у стационарных и амбулаторных больных с различными заболеваниями органов дыхания. В исследуемую группу вошли 639 пациентов из них: 425 мужчин и 214 женщин в возрасте от 18 до 87 лет, средний возраст составил 57,6±1,5 года. Посев мокроты осуществлялся полуколичественным методом Линдсея в аэробных условиях, согласно приказу Минздрава СССР от 22.04.1985 N 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».

Из исследованных проб мокроты было изолировано 5769 штаммов культур. Ретроспективный анализ данных показал, что в 38,1% проб микрофлора была представлена одним этиологически значимым видом (2192 культуры), а 61,9% - выделены в виде различных микробных ассоциаций (3577 культур). Чаще ассоциации встречались у лиц старше 55 лет (67,4%) при хроническом течении процесса, что обусловлено снижением реактивности организма. В монокультуре выделялись бета-гемолитические стрептококки (32-35 %): у лиц молодого возраста и до 40 лет в (59,2±1,5% случаев), у больных старше 50 лет этиологическая роль этого возбудителя снижалась (41,8±1,7% случаев). На втором месте - Str.pneumoniae (20,3%), далее - Candida albicans (7,4%), причем с возрастом инфицирование грибами увеличивалось от 1,5±0,6% (19-20 лет) до 14±1,2% (старше 50 лет), H.influenzae (5%), Staphylococcus spp. (5%), Enterococcus spp. (4,7%), микроорганизмы семейства Enterobacteriaeceae (3%). В микробных ассоциациях также превалировал гемолитический стрептококк, в сочетании с которым выделялся Candida albicans (20,5%), H.influenzae (14,2%), микроорганизмы семейства Enterobacteriaeceae (8%), Str. pneumoniae (6,3%), Staph.aureus (6%) и Enterococcus spp. (4,6%). Довольно часто встречались следующие ассоциации культур: Candida albicans + микроорганизмы семейства Enterobacteriaeceae (6,6%); микроорганизмы семейства Enterobacteriaeceae + НГОБы (4,2%); реже: микроорганизмы семейства Enterobacteriaeceae + Staph.aureus (2,3%); Staph.aureus + Str.pneumoniae (1%); Str. pneumoniae + H.influenzae (0,5%). Кроме того, практически в каждой пробе мокроты у всех обследованных присутствовали непатогенные Neisseria spp., Str.viridans, этиологическая роль которых не была доказана.

Таким образом, в развитии хронических гнойно-воспалительных процессов дыхательной системы преобладающую роль, особенно у пожилых людей, играли микробные ассоциации. Ведущее место в этиологии неспецифических заболеваний органов дыхания занимала грамположительная аэробная микрофлора, выделенная как в монокультуре, так и в ассоциациях.

Блинова И.Ю., Макшанова Г.П., Снигирева Г.Я.

Областная больница ФКУ ИК N 5 ГУФСИН России по Кемеровской области
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г.Кемерово, Россия

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Известно, что многие дерматозы сопровождаются формированием психических расстройств, причем степень выраженности психических нарушений может коррелировать с тяжестью заболевания, частотой рецидивов и его локализацией.

Цель исследования. Изучение тревожно-депрессивных расстройств и качества жизни (КЖ) у пациентов с экземой и атопическим дерматитом, и их взаимосвязи с клиническими проявлениями заболевания и друг с другом.

Материал и методы. Было обследовано 33 пациента, находившихся на лечении в областной больнице для осужденных учреждения ИК - 5, из которых 20 чел. (70,2%) страдали различными формами экземы, а 12 человек (29,8%) - атопическим дерматитом. Возраст обследованных больных колебался от 30 до 50 лет (средний - 40,00±2,03 года), а средняя

продолжительность заболевания составила 12,04±3,26 года.

Выраженность клинических проявлений заболевания оценивалась с помощью шкалы SCORAD. Для оценки глубины депрессии использовалась шкала Цунга, для определения тревоги была использована шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина (STAI).

В ходе исследования принимались во внимание результаты оценки тревоги как состояния. Влияние заболевания на качество жизни больного оценивалось с помощью тестирования по опроснику «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ).

При статистической обработке данных проводилось вычисление относительных величин, выраженное в процентах. Для сравнения количественных признаков использовался метод Стьюдента; для оценки качественных признаков рассчитывался критерий хи-квадрат с использованием программы «Биостатистика» для Windows ver. 4.03. Достоверными считались различия, если значение p было < 0,05.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что значения индекса тяжести, уровни КЖ, депрессии и тревоги у пациентов с экземой и атопическим дерматитом достоверно не различались, поэтому дальнейшее исследование по этим показателям проводилось в общей группе обследованных. При этом среднее значение индекса SCORAD составило 43,00±2,15, а ДИКЖ - 14,80±1,30.

Депрессивное состояние разной степени выраженности было выявлено у 39 человек (83%) исследуемых: у 14 человек (36%) из них была легкая, у 20 человек (51%) - умеренная и у 5 человек (13%) - тяжелая степень нарушений. Уровень тревоги был выше нормы у 100% обследованных: у 2 человек (4%) - определялась низкая, у 15 человек (32%) - умеренная и у 30 человек (64%) - высокая тревожность.

Дальнейшее исследование возможной взаимосвязи уровня депрессии и тревоги с возрастными характеристиками и особенностями течения заболевания не выявило достоверной зависимости степени тяжести тревожно-депрессивных нарушений от длительности исследуемых заболеваний и возраста больных. Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь выраженности депрессии от степени тяжести кожного процесса, в отношении тревоги определялась сходная недостоверная тенденция.

При параллельном исследовании зависимости уровня ДИКЖ от тех же характеристик не определялось достоверной зависимости качества жизни пациентов от степени тяжести экземы и атопического дерматита, длительности заболевания и возраста пациентов.

В процессе исследования также было установлено, что при высоких уровнях как депрессии, так и тревоги КЖ пациентов было достоверно ниже, чем при более легких формах соответственно.

Выводы.

1. Таким образом, можно предположить, что снижение качества жизни пациентов с дерматозами обусловлено в первую очередь не клиническими проявлениями заболевания, а психическими нарушениями, развивающимися при наличии кожной патологии.

2. В связи с этим возникает необходимость включения в лечебную программу для больных с кожной патологией помимо специфической терапии антидепрессантов и транквилизаторов.

Блинова И.Ю., Макшанова Г.П., Снигирева Г.Я.

Областная больница ФКУ ИК N 5 ГУФСИН России по Кемеровской области
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России
г. Кемерово, Россия

КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОСУЖДЕННЫХ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА БАЗЕ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ФКУ ИК-5

Среди кожных заболеваний наиболее частыми являются такие хронические дерматозы, как атопический дерматит, экзема, псориаз. Заболеваемость среди населения разных стран атопическим дерматитом составляет не менее 5-10%, псориазом - до 3%, а на долю экземы приходится 30-40% всех кожных заболеваний.

При хронических дерматозах в 3 раза чаще, чем при других заболеваниях, возникают

различные психологические проблемы, особенно у лиц молодого возраста. Кроме того, хронические дерматозы часто сопровождаются психосоматическими расстройствами и характеризуются значительным снижением качества жизни больных. Многие авторы отмечают, что недооценка психологических факторов при хронических дерматозах снижает эффективность лечения (Аравийская Е.А., Красносельских Т.В., Соколовский Е.В., 1998 г.; Rook A. at al., 1979 г.; Orfunos C.E., Garbe K., 1995 г.). Лечение подобных расстройств традиционными дерматологическими методами неэффективно и требует комплексного подхода.

Цель исследования. Определение выраженности, структуры стрессорных расстройств у больных и разработка методов коррекции при комплексном лечении хронических дерматозов.

Материал и методы исследования. Обследовано 37 больных атопическим дерматитом, истинной экземой - 8, псориазом - 15, гипергидрозом - 38 человек на базе областной больницы и медицинской части ФКУ ИК N 5.

Были сформированы группы больных хроническими дерматозами, получавших обычную терапию без коррекции стрессорных расстройств, и группы больных, в терапию которых входили системная поведенческая психотерапия и седативная терапия.

Применялись такие клинические методики исследования, как определение SCORAD-индекса, ДИШС, PASI-индекса, весовая проба (с психоэмоциональной нагрузкой).

Психологические методики исследования: MMPI, шкала Спилбергера-Ханина, АСС, индекс жизненных стилей, TAS, шкала депрессии Зунге, дерматологический индекс качества жизни. Исследование состояния вегетативной нервной системы: вызванный кожный вегетативный потенциал.

Результаты и обсуждение: данные клинического исследования свидетельствуют о среднетяжелом течении дерматозов.

Выявлены психологические особенности, наиболее характерные для больных хроническими дерматозами: эмоциональная лабильность, сверхчувствительность, ипохондрическая и психастеническая фиксации, склонность к депрессивным реакциям, повышенная ситуационная, личностная тревожность, повышенный уровень депрессии, снижение качества жизни, напряжение защитных психологических механизмов отрицания и рационализации, астенические реакции - характерны для 63% - 93% пациентов.

У 76 - 92% больных хроническими дерматозами выявлены вегетативные расстройства: повышенная эрготропная (симпатическая) и трофотропная (парасимпатическая) активность вегетативных центров в состоянии покоя, избыточное вегетативное обеспечение деятельности, нарушение вегетативных рефлексов, данные расстройства носят неспецифический характер и отражают нарушение течения процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма.

Полученные результаты исследования больных, страдающих хроническими дерматозами, свидетельствуют, что до 90% пациентов нуждаются в комплексном лечении, включающем коррекцию выявляемых стрессорных расстройств.

Выводы.

Анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов SCORAD, PASI, ДИШС, ДИКЖ, весовой пробы больных атопическим дерматитом, экземой, псориазом, гипергидрозом, в процессе лечения свидетельствует о достоверно большей эффективности комплексного лечения ($p<0,05$). Поэтому все чаще в комплексной терапии хронических дерматозов используются психофармакологические средства - «дневные» транквилизаторы (грандаксин, фенибут), антидепрессант триттико (тразодон). Данный факт подтверждается достоверно более быстрым (уже через 7 дней) улучшением психологического состояния, качества жизни, нормализацией состояния вегетативной нервной системы больных, а также достоверно более ранним (на 5-10 дней) улучшением клинических показателей.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятина А.Н., Никонова И.К.
ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН
г.Новосибирск, Россия

СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА В ОРГАНАХ МЫШЕЙ BALB/c

Цель исследования. Изучение содержания основных компонентов внеклеточного матрикса в органах мышей самцов линии Balb/c.

Материалы и методы исследования. Оценивали содержание основных компонентов внеклеточного матрикса (коллагена по содержанию гидроксипролина и протеогликанов по его структурным компонентам) в печени, легких и селезенке 2 месячных мышей самцов линии Balb/c (масса тела 20-22 г). Животные были получены из питомника НИИ иммунологии СО РАМН (Новосибирск, Россия). Органы выделяли после дислокации позвонков в шейном отделе под эфирным наркозом, взвешивали и подвергали глубокой заморозке для последующего анализа.

Оценивали содержание гидроксипролина по методу Edwards and O'Brien (1980), сульфатированных гликозаминогликанов по методу de Jong et al. (1989), уроновых кислот - по Bitter и Muir (1962), белка - по Bradford (1976).

При сравнении содержания изучаемых метаболитов в тканях разных органов использовали тест Вилкоксона.

Настоящая работа является фрагментом исследования по теме «Изучение патологической анатомии, клеточных и молекулярно-биологических механизмов патогенеза хронического гранулематозного туберкулезного воспаления» ФГБУ «НЦКЭМ» СО РАМН.

Результаты исследования. Содержание гидроксипролина было максимальным в легких, меньше всего в печени, а селезенка по этому показателю занимала промежуточное положение. Анализ структуры протеогликанов показал, что содержание сульфатированных гликозаминогликанов, белка, уроновых кислот и галактозы в печени было меньше, чем в легких и селезенке.

Большое содержание в легких гидроксипролина, отражающего содержание коллагена, связано со структурной функцией коллагена в органе, выполняющем специфическую функцию газообмена. Меньше всего протеогликанов содержалось в печени, о чем свидетельствует относительно низкое содержание его структурных компонентов по сравнению с их концентрацией в селезенке и легких.

Таким образом, содержание коллагена и протеогликанов, по всей видимости, детерминировано регенераторным потенциалом и структурно-функциональной характеристикой органов (печень, легкие и селезенка).

Ким Л.Б., Жиляков И.В.
ФГБУ «Научный центр клинической и экспериментальной медицины» СО РАМН, г.Новосибирск
ЗАО «Курорт Белокуриха», санаторий Катунь, г.Белокуриха, Россия

ВЛИЯНИЕ РАДОНСОДЕРЖАЩЕЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ И ФИБРОНЕКТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВЫХ КРЫС И КРЫС С ВОСПАЛЕНИЕМ

Цель исследования. Изучить содержание основных компонентов внеклеточного матрикса в сыворотке крови у здоровых крыс и крыс с индуцированным генерализованным воспалением при помещении их в водопроводную (ВВ) и радонсодержащую минеральную воду (РМВ) курорта «Белокуриха».

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на крысах-самцах Вистар со средней массой тела 250-260 г., полученных из питомника НИИ цитологии и генетики СО РАН (г.Новосибирск). Условия содержания, уход за животными и выведение их из эксперимента осуществляли в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (Приложение к приказу МЗ СССР от 12.08.1977 г. N 755).

В 1 серии эксперимента изучали влияние в ВВ и РМВ на содержание фибронектина

(ФН) и гликозаминогликанов (ГАГ) в сыворотке крови у здоровых крыс, во 2 серии - крыс с индуцированным генерализованным воспалением.

Все животные были подразделены на 6 групп. I-я группа - 5 интактных крыс (группа контроля; II-я - 14 крыс помещали в ВВ, III-я - 14 крыс - в РМВ (группа опыта). У крыс IV-й, V-й и VI-й групп воспроизводили воспаление путем внутривенного введения двуокиси кремния (SiO_2) в виде взвеси из расчета 35 мкг/кг массы тела крысы в 0,8 мл 0,85% водного раствора NaCl. IV-я группа крыс с SiO_2-индуцированным воспалением не подвергалась действию воды (группа сравнения, n=15).

Здоровых крыс II и III групп и крыс с воспалением (V-я и VI-я группы) делили на 3 подгруппы по 4-5 животных и помещали в ВВ или РМВ, температура обеих вод колебалась в пределах 25-27°С. Крыс 1-й подгруппы помещали ежедневно по 20 мин в течение 3-х суток, 2-й - 10-и суток, а 3-й - 20-и суток в ВВ или РМВ.

Результаты исследования. В 1 серии эксперимента показана различная динамика изменений содержания ГАГ и ФН. Увеличение содержания ГАГ и снижение ФН в сыворотке крови на 3-и сутки в обеих группах животных есть отражение стресс-реакции животных на помещение их воду, механическое и температурное воздействие ВВ и РМВ. Более выраженное изменение в группе с РМВ по сравнению с ВВ можно рассматривать как проявление физиологического явления, именуемого бальнеореакцией. На 10-е и 20-е сутки воздействия концентрация ГАГ стабилизировалась на высоких значениях, в содержании ФН наметилась тенденция к увеличению. Результаты свидетельствуют о высокой реактивности ВМ в ответ на дозированное действие бальнеопроцедур, которая проявлялась стимуляцией метаболизма протеогликанов и фибронектина, лежащей в основе регенераторно-репаративных процессов.

Во 2 серии эксперимента показано, что помещение крыс с воспалением в РМВ сопровождалось уменьшением концентрации ГАГ в сыворотке крови на 3-и и 20-е сутки, а также - увеличение содержания ФН на 3 и 10 сутки. Эти данные позволяют говорить, что действие РМВ у животных с воспалением связано со снижением интенсивности деградации протеогликанов и активации репаративных процессов во ВМ. Не исключено, что именно этот механизм обеспечивает многие позитивные эффекты лечения пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата на курорте Белокуриха.

Радустов В.Ю., Ефремов А.В.

ГБОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России Новосибирский государственный медицинский университет г.Новосибирск, Россия

ДИНАМИКА ИЗМЕНИНИЙ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОСТКОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРИОД У КРЫС С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОМ

По данным различных авторов, среди полиорганной травмы синдром длительного сдавления (СДС) встречается в 15-20% случаев (Нечаев Э.А., 1992; Лебедева Р.Н. и соавт., 1995). В настоящее время в исследованиях по проблеме СДС активно разрабатываются вопросы развития эндотоксикоза, патогенеза полиорганной недостаточности. В патогенезе синдрома длительного сдавления роль фагоцитирующих клеток - нейтрофильных гранулоцитов, резидентных макрофагов печени, легких, селезенки и других органов исследованы недостаточно.

Цель исследования. Выявление роли функционального состояния лейкоцитов в развитии окислительного стресса у крыс с синдромом длительного сдавления на фоне предварительной стимуляции липополисахаридом.

Известно, что липополисахарид грамотрицательных бактерий индуцирует секрецию моноцитами, макрофагами и нейтрофилами провоспалительных цитокинов, действие которых проявляется типичными признаками интоксикации в виде лихорадки, нарушения гемодинамики, гемостаза, а в последующем дисфункцией и недостаточностью со стороны внутренних органов: сердца, легких, почек, печени и др.

В работе использовались самцы крыс линии Вистар, предварительно стимулированных липополисахаридом.

Для изучения реакции организма на травму использовали экспериментальную модель

травматического шока, возникающего при сдавлении мягких тканей конечностей. Кровь забиралась на 1, 3, 7, 14 и 21-е сутки декомпрессионного периода. Проводилась оценка исходной и зимозан-индуцированной окислительно-метаболической функции нейтрофилов крови методом хемилюминисцентного анализа. Определялась опсоническая активность сыворотки крови.

Динамика индекса стимуляции у крыс в посткомпрессионном периоде СДС, предварительно стимулированных липолисахаридом носила волнообразный характер. На 1-е сутки декомпрессии СДС индекс стимуляции достоверно снижался по сравнению с контролем (на 38%). Однако на 3-и сутки эксперимента отмечалось восстановление этого показателя до контрольного уровня. На 7-е сутки декомпрессии отмечалось новое существенное снижения значения индекса стимуляции на 34%. На 14-е сутки было выявлено повторное восстановление показателя индекса стимуляции. И, наконец, на 21-е сутки декомпрессионного периода отмечалось новое снижение значения индекса стимуляции на 31% по сравнению с исходным уровнем. На протяжении всего посткомпрессионного периода опсоническая активность крови была достоверно выше контрольного значения. На 1-е сутки повышение составило 76%, на 3-и - 2,1 раза, на 7-е сутки - 60%, на 14-е сутки - 2,1 раза и на 21-е сутки - 2,1 раза.

Таким образом, подобная реакция может наблюдаться при сепсисе, в частности колисепсисе, учитывая природу вводимого липополисахарида. Однако, повышенная генерация активных кислородных радикалов лейкоцитами, более высокий показатель индекса стимуляции может говорить о мобилизации лейкоцитов, что может оказать существенное влияние на состояние микрогемо- и лимфоциркуляции, гемостаз и, следовательно, носить компенсаторно-приспособительных характер.

Козлов А.В., Левченко Т.В., Комаров К.М.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра хирургии ФПК и ППВ г.Новосибирск,
Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОАРХИТЕКТОНИКИ ПРИ АНГИОСОМАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МЕСТА ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ

Проведены исследования на 60 препаратах верхней конечности у 30-ти взрослых обоего пола, из них женщин 5, мужчин 25. Длина тела составила 169,6±6,4 см, масса тела 66,4±2,7 кг.

Исследовали тип кровотока нерва на различных уровнях, наличие и вариабельность расположения сосудистой ножки кровоснабжаемых аутотрансплантатов, ее длину. Определяли возможность проведения направленной реваскуляризации различными лоскутами с автономным кровотоком. В соответствии с целью и задачами работы в ходе топографо-анатомического исследования использовали комплекс методик: инъекцию артериального русла метиленовым синим; макропрепарирование и прецизионное препарирование (микропрепарирование) с использованием средств оптического увеличения; моделирование на трупах различных вариантов формирования лоскутов с автономным кровотоком для реваскуляризации возможных повреждений нервов.

С целью выявления особенностей кровотока кисти была проведена ангиография с тугим наполнением у 9-ти препаратов верхней конечности.

Мы поделили верхнюю конечность на зоны кисти, предплечья и плеча, а также выделили зоны с наибольшим перемещением внутренних структур при осуществлении движений, в которых перемещение нервов максимально (зона лучезапястного и локтевого сустава).

Система кровообращения верхней конечности имеет значительную степень компенсаторных возможностей. Зоны кровообращения имеют от 2 до 4 источников кровообращения. Это позволяет, выявив потенциальные артериальные зоны, использовать последние для проведения направленной

дополнительной реваскуляризации области шва. Мы учитывали ангиосомальное строение сегментов. Выключение из кровообращения данной области артерии ни в коем случае не должно ухудшать кровообращение донорской зоны, оно должно перекрываться другими источниками кровотока.

Для этого мы выделили основные артериальные ангиосомы, использование которых возможно для реваскуляризации. На уровне плеча это a. collateralis radial posterior, a. collateralis ulnaris superior, a. collateralis ulnaris inferior, cutaneous posterior brachial artery.

Области локтевого сустава: a. recurrens ulnaris (r. anterior et posterior), a. recurrens interossea, rete articulare cubiti.

При исследовании определили, что фасциальный лоскут на основе задней радиальной коллатеральной артерии (PRCA - posterior radial collateral artery) выходит через латеральную межмышечную перегородку и обеспечивает кровообращение многочисленными малыми перфорантами. Длина сосудистой ножки составила 6±1,58 см. Сосудистая ножка определена в 100% исследований. При инъекционном исследовании фасциальные размеры лоскута составили 12,5±1,87 см на 15±3,31 см. Среднее значение площади лоскута 187,5 см^2. Венозный дренаж осуществляется через комитантные вены. Данный вид аутотрансплантата позволяет провести реваскуляризацию лучевого нерва в зоне «спирального» канала при отсечении в дистальной части и при сохранении проточного варианта в средней трети плеча. Учитывая анастомозы артерии с a. recurrens radialis (выявили в 50% случаев), возможно удлинение лоскута для реваскуляризации в области локтевого сустава. В 40% случаев выявили a. collateralis media (возможно использование для реваскуляризации в области средней трети плеча), т.е. данный вид сосудистой пластики позволяет провести реваскуляризацию лучевого нерва на всем протяжении.

Еще одним видом фасциального аутотрансплантата является лоскут бассейна posterior brachial cutaneous artery. Длина сосудистой ножки составила 7±1,43 см. Фасциальные размеры лоскута составили 7,16±0,76 см на 15,5±1,87 см, площадь около 110 см2 Его использование показано в зоне канала лучевого нерва. Для проведения реваскуляризации срединного и локтевого нерва в области плеча определены лоскуты бассейна a. collateralis ulnaris superior, a. collateralis ulnaris inferior, a. recurrens ulnaris.

Длина сосудистой ножки данных видов аутотрансплантатов составила 4±1,6 см. Фасциальные размеры лоскута составили 6,12±0,66 см на 12,5±1,56 см, площадь около 76,5 см^2.

Исследование показало наличие множества безымянных артерий бассейна a. brachii, a. recurrens interossea, rete articulare cubiti, использование которых позволяет провести реваскуляризацию нервов при скользящей способности последнего в зоне повреждения 1-2,3 см. Для замещения дефектов мышц и мягких тканей и дополнительной реваскуляризации в области плеча возможно применение лоскутов бассейна a. thoracica lateralis, a. thoracodorsalis. Данные виды аутотрансплантатов описаны во многих руководствах. Внимание следует обращать на возможное отсутствие a. thoracica lateralis в 10-20% случаев.

Расположение сосудов отходящих от лучевой артерии, из которых возможно формирование фасциальных лоскутов с автономным кровотоком на различных уровнях предплечья, разное. В проксимальном отделе предплечья от лучевой артерии под плечелучевой мышцей, кроме лучевой возвратной ветви (определили в 50%), отходят еще от 7 до 13 ветвей небольшого диаметра (не более 0,3 мм), которые снабжают кровью окружающие мышцы и кожу над ними. Большая часть из них проходит над фасциальными влагалищами, покрывающими медиальный край плечелучевой мышцы и латеральный край лучевого сгибателя кисти, образуя артериальные фасциальные сети, использование последних возможно для реваскуляризации. В средней трети предплечья определили 5-8 кожных ветвей диаметром 0,1-0,3 мм, которые в пределах лучевой борозды прободают собственную и поверхностную фасции, направляясь в подкожную клетчатку к лучевому и локтевому краю предплечья, и ни одного крупного магистрального сосуда, снабжающего кровью этот отдел кожи предплечья не имеется. В 19% случаев мы определили ветку, на основе которой возможно формирование лоскута с автономным кровотоком для проведения реваскуляризации. Это категория лоскутов «0» типа аксиальности.

В дистальной трети предплечья от лучевой артерии определили 5-10 ветвей, снабжающих кровью окружающие ткани. В 16% случаев мы определили две ветки, на основе которых возможно формирование лоскута с автономным кровотоком для проведения реваскуляризации . А также мы определили в 100% ветку к области тенара (r. carpeus palmaris a. radialis), позволяющую сформировать фасциальный аутотрансплантат.

При исследовании локтевой артерии выявили 6-12 ветвей пригодных для формирования фасциальных аутотрансплантатов. Для проксимальной трети предплечья это a. recurrens ulnaris, a. mediana (определена в 3%), r. carpeus a. ulnaris, r. carpeus dorsalis a. ulnaris (восходящая ветвь). Длина сосудистой ножки данных видов аутотрансплантатов составила 5±1,8 см. Фасциальные размеры лоскутов составили 1,22±0,55 см на 5,5±1,56 см, площадь около 6,6 см^2.

Таким образом, преимущественным для реваскуляризации в области предплечья является применение лоскутов с «0» типом аксиальности, а также лоскутов с постоянной сосудистой анатомией r. carpeus a. ulnaris, r. carpeus dorsalis a. ulnaris, r. carpeus palmaris a. radialis.

Вопросы проведения реваскуляризации в области кисти освящены в кандидатской диссертации «Лечение больных с дефектами мягких тканей пальцев и кисти». Основной аспект - использование лоскутов для реваскуляризации определено зональностью, площадью, и обязательным условием является использование данных об объемном кровообращении, а именно бережное отношение к доминирующему кровотоку пальцев кисти.

Обобщая все вышеперечисленное, следует сделать вывод о значительной изменчивости сосудистой анатомии применительно к реваскуляризации и необходимости знания всех возможных вариантов (табл. 1).

Таблица 1

Варианты использования лоскутов с автономным кровотоком при реваскуляризации зоны повреждения

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible] a. collateralis radialis posterior, a. collateralis ulnaris superior, a. collateralis ulnaris inferior, cutaneous posterior brachial artery
[illegible]	A. thoracica lateralis, a. thoracodorsalis
[illegible]	A. recurrens ulnaris (r.anterior et posterior), a. recurrens interossea, rete articulare cubiti
[illegible]	[illegible], r. carpeus a. ulnaris, r. carpeus dorsalis a. ulnaris, r. carpeus palmaris a. radialis.
[illegible]	A. digitales palmares propriae, a. metacarpeae dorsales, [illegible]

Таким образом, анатомо-топографические исследования показали возможность проведения направленной реваскуляризации зоны повреждения различными вариантами аутотрансплантатов с автономным кровотоком.

Козлов А.В., Медведев С.Б., Ратью Т.С.

Кафедра хирургии ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета Институт вычислительных технологий СО РАН, г.Новосибирск
Лаборатория им. Бернулли Московского государственного университета, г.Москва, Россия
Section de Mathematiques and Bernoulli Center, Ecole Polytechnique Federale de Lausanne, Switzerland

БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СКОЛЬЖЕНИЯ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Одним из существенных моментов современной концепции лечения больных с повреждениями периферических нервов является сохранение механизма скольжения нерва.

При выполнении направленной реваскуляризации, обертывании зоны повреждения нерва после шва различными видами лоскутов с автономным кровотоком, мы должны учитывать степень подвижности, различия в биомеханике нерва в определенных зонах для сохранения механизмов его скольжения. Однако следует отметить, что длина сосудистой ножки лоскута должна позволять выполнение поступательных движений нерва без нарушения кровотока по последней. Данный технический аспект крайне важен.

Цель исследования. Разработать математическую модель скольжения нервов верхней конечности

Для вычисления величины скольжения нервов D вследствие растяжения при сгибании и разгибании в локтевом суставе в определенной точке будем рассматривать механическая модель сустава в виде цилиндрического шарнира с двумя характерными радиусами r и R. Меньший радиус r соответствует радиусу блока плечевой кости или блоковой вырезки локтевой кости. Больший радиус R есть внешний радиус локтевой кости. Все конкретные значения r и R определялись по рентгенографии.

Для любого угла μ сгиба локтевого сустава длина срединного нерва равна сумме трех длин

$$S=A+B+C(\mu),$$

где A - длина нерва вдоль плечевой кости (проксимальная точка отсчета - акромиально-ключичное сочленение, дистальная - внутренний мыщелок плечевой кости), B - длина вдоль локтевой кости (дистальная точка - шиловидный отросток локтевой кости, проксимальная - внутренний мыщелок плечевой кости). C(μ) - длина вдоль окружности локтевого сустава (рис. 1), которая зависит от величины угла μ. Длины A и B в процессе сгибания и разгибания не меняются. Для длины участка нерва, лежащего на локтевом суставе, можно написать приближенное выражение, используя радиус сустава r и угол сгиба в локтевом суставе μ. В максимально согнутом положении угол сгиба μ равен минимальному углу α, который имеет приближенное значение $\alpha=30^\circ$. Длина C для минимального угла равна нулю $C(\alpha)=0$. В распрямленном положении угол μ равен максимальному углу $\beta=180^\circ$.

Для сгиба с произвольным углом μ из допустимого интервала $\alpha\le\mu\le\beta$ выражение для C(μ) принимает вид:

$$C(\mu) = p\ r\ (\mu-\alpha)/180^\circ.$$

В выпрямленном положении угол $\mu=\beta=180^\circ$ и длина C имеет максимальное значение $C(\beta)$, для которого можно написать выражение

$$C(\beta)=p\ r\ (180^\circ-30^\circ)/180^\circ = 5pr/6.$$

Теперь вычислим относительное смещение точек срединного нерва в результате распрямления. Обозначим через X расстояние от запястья до заданной точки на нерве в максимально согнутом положении. Расстояние от запястья до этой точки в выпрямленном (растянутом) положении обозначим через Y. Поскольку нерв можно считать упругой пружиной с закрепленными концами, то величины X и Y связаны соотношением:

$$Y/X=(A+B+C(\beta))/(A+B).$$

Таким образом, абсолютное смещение фиксированной точки в результате выпрямления относительно неподвижного канала равно:

$$D=Y-X=X\ C(\beta)/(A+B)=5prX/(A+B)/6. \quad (1)$$

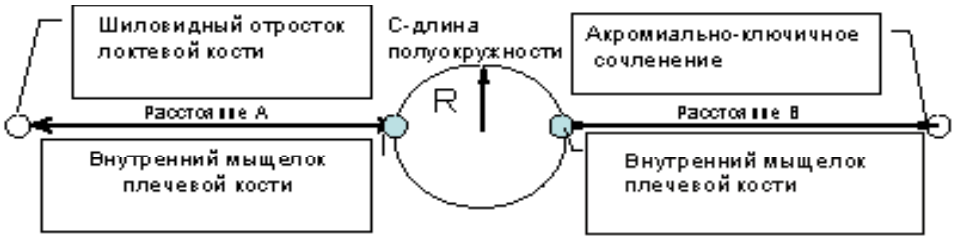


Рисунок 1. Математическая модель измерения подвижности нерва при изменении положения в суставе

Из формулы (1) следует, что относительное смещение D линейно растет при удалении от запястья и достигает максимального значения 5prB/(A+B)/6 в области локтевого сустава. Аналогичная зависимость имеет место для относительного смещения вдоль плечевой кости. При этом точкой отсчета для величин X и Y будет плечевой сустав (акромиально-ключичное сочленение).

Пример: радиус локтевого сустава равен r=2 см, длины костей считаем одинаковыми A=B=31 см. Производим измерение перемещения D срединного нерва на расстоянии X=15 см от лучезапястного сустава в максимально согнутом положении. Таким образом, по формуле (1) имеем D=5p/6x2x15/62 ≈ 1,27 см. Это совпадает с показателями анатомического исследования. В дистальной, средней трети предплечья подвижность срединного нерва составляет 0,46±0,15-1,46±0,15 см.

Для лучевого нерва модель несколько изменяется, поскольку общая длина нерва S=A+C образуется из двух отрезков. Длина A первого отрезка отсчитывается от плечевого до локтевого сустава. При этом наличие спирального канала влияет только на общую длину. Длина второго отрезка C совпадает с аналогичной величиной для срединного нерва. Для вычисления относительного сдвига D можно использовать общую формулу (1) для B=0

$$D=Y-X=X\ C(\beta)/A = 5prX/A/6,$$

где расстояния X и Y отсчитываются от плечевого сустава.

Для вычисления растяжения локтевого нерва в результате сгибания разгибания нужно учесть, что нерв проходит по внешнему радиусу локтевого сустава, поэтому длина локтевого нерва минимальна в распрямленном положении и максимальна в максимально согнутом положении.

Общая длина локтевого нерва задается аналогично в виде суммы трех длин

$$S=A+B+L(\mu),$$

где для произвольного угла сгиба μ длина L(μ) вдоль локтевого сустава дается формулой

$$L(\mu)=pR(360-\mu)/180.$$

Используя эту формулу, получаем, что минимальное значение L достигается для угла β и равно L(β)=pR. Максимальное значение L достигается для угла α и равно L(α)=11pR/6. Обозначим через X расстояние от запястья до заданной точки на нерве в максимально разогнутом положении. Тогда, аналогично, получим формулу для смещения в этой точке

$$D=Y-X=X\ (L\ (\alpha)-L(\beta))/(A+B+L(\beta))=5pRX/(A+B+pR)/6. \quad (2)$$

Для грубой оценки величин смещения нервом можно считать, что радиусы r и R совпадают. Чтобы получить среднее значение, достаточно механическим способом измерить диаметр локтевого сустава. Для получения более точных результатов при использовании полученных формул необходимо принимать во внимание анатомическую форму локтевого сустава. При вычислении смещения локтевого нерва нужно учесть, что внешний радиус R локтевого сустава имеет большее значение по сравнению со значением для внутреннего радиуса r, поскольку расположение в локтевом канале увеличивает внешний радиус. Наиболее простой способ получения точных значений r и R состоит в использовании рентгенографии.

Проведя сопоставление данных анатомического исследования и предложенной математической моделью, значимых различий мы не выявили.

Козлов А.В., Иваненко А.А., Иваненко В.А.
ООО Клиника «Золотое Сечение»
г. Новосибирск, Россия

НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИИ «МАЛЫХ ПРОСТРАНСТВ»

Чрезвычайно актуальной на сегодняшний день является проблема оказания качественной, а главное доступной услуги в подразделе высокотехнологичной медицинской помощи. Мы часто не задумываемся над теми объемами капиталовложений, людских ресурсов и технологий, необходимых для оказания медицинской услуги, тем более высокотехнологичной. Построены и функционируют, только после получения определенных значительных финансовых вливаний, огромные медицинские центры. Порой они даже стоят пустые… Цель нашей научно клинической работы создание комплекса оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях хирургии «малых пространств». «Хирургия малых пространств» это хирургия площадей от 200

до 300 метров квадратных, где расположены все структурные элементы, как обслуживания, так и операционные и т.д. Мы хотели доказать что и небольшие предприятия, но с правильно построенным инновационным алгоритмом оказания медицинской помощи могут работать как высокотехнологичные.

Цель исследования. Разработать научно-клинический комплекс оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в условиях хирургии «малых пространств»

Проведен анализ лечения 175 больных микрохирургического профиля. Все пациенты оперированы в отдаленные сроки после травмы 3-6 месяцев. Из них 70 пациентов с тяжелыми, сочетанными повреждениями на уровне предплечья и плеча соответственно с сопутствующими повреждениями магистральных артерий; 80 пациентов с дефектами мягких тканей и сопутствующими повреждениями костных структур и сухожилий, 25 пациентов с сочетанными повреждениями сухожилий сгибателей пальцев и кисти.

Для решения проблемы в условиях «хирургии малых пространств» был сформированы следующие принципы оказания высокоспециализированной медицинской помощи:

- В клинике осуществляется только забор анализов (кроме экстренных), выполнение осуществляется по договорам.
- Пациент госпитализируется в день операции.
- Аутсорсинг кормления больных, услуг прачечной.
- Использование только одноразового расходного материала.
- Штат всего 4 человека: хирург специальности хирургия, травматология, пластическая хирургия; анестезиолог, операционная сестра, анестезиологическая сестра, санитарка.
- Совмещение работы персоналом (дежурства, работа старшей сестры, главной сестры и т.д.).
- Применение современных малоинвазивных, эндоскопических технологий.
- Реабилитация начинается в операционной.
- Сроки госпитализации 1-2 дня.
- Пациент переводится на реабилитацию в санаторий.
- Сопровождение пациента до выздоровления.

Бесперебойное электроснабжение обеспечивали дублированием 2 подстанций, которые переключаются в автоматическом режиме и при прекращении сетевого питания запуском аппарата бесперебойного питания Digital Energy UPS System. Поставка кислорода, вакуума и сжатого воздуха обеспечивали аппаратом STAXEL 3,5, дублирование кислорода баллоном наркозного аппарата Fabius plus «Dreger».

При операциях на верхних конечностях длительностью до 2-3 часов проводили аксиллярная блокаду плечевого сплетения, а более 3 часов - длительную, высокую аксиллярную блокаду с проведением катетера к плечевому сплетению.

При необходимости забора трансплантата из других областей применяли местную анестезию или внутривенный наркоз.

В группе пациентов длительность оперативного вмешательства колебалась от 2 до 5 часов, что определяется сложностью операции, необходимостью применения оптического увеличения, микрохирургической техники на этапах формирования лоскутов и при восстановлении магистрального кровотока сегментов.

При микрохирургических этапах операций применяли микроскоп, использовали микрохирургический инструментарий.

Заживление первичным натяжением достигнуто у всех пациентов. Отдаленные исследования проводили по следующим критериям: объем активных движений в градусах, степень восстановления чувствительности и трудоспособности. А также исследование степени восстановления мышечной ткани и чувствительности по системе принятой для оценки микрохирургических операций. При комплексной оценке отдаленных результатов лечения у 160 пациентов результат оценен как «хорошо».

Таким образом, «250 метров квадратных клиники» при высоком качестве организации лечебного процесса, профилактике послеоперационных осложнений, преемственности ведения больного позволяют проводить высокотехнологичные оперативные вмешательства, работать по стандартам «малых пространств» как 40 коечное отделения общей хирургии. Штаты и затраты на обслуживание и ведение больных различаются в 5-6 раз.

Козлов А.В., Афанасьев Л.М., Власова И.В., Левченко Т.В.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Цель исследования. Показать возможность использования показателей оптической плотности костной ткани, магистрального кровотока, холодовой толерантности сегментов; дуплексного сканирования мягких тканей, гистологического исследования зоны шва нерва при диагностике повреждений периферических нервов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ обследования 140 больных с повреждениями периферических нервов. Исследование гемодинамики и дуплексное сканирование мягких тканей проводили на ультразвуковой системе «ACUSON 128 XP\10C (США)» линейным датчиком 7мГц. Анализ показателей кровотока магистральных артерий пальцев у больных с повреждением периферических нервов, свидетельствует о снижении показателей магистрального кровотока максимальной скорости кровотока в систолу - Vmax=0,15±0,02 м/сек, средней максимальной скорости кровотока - TAMX=0,06±0,01 м/сек и объемной скорости кровотока - ОСК=0,53±0,48мл/мин ($p \leq 0,05$). Что является следствием быстро развивающихся дистрофических процессов, вызывающих дегенеративные изменения сосудов, расстройства периферического кровообращения и нарушение кровотока в поврежденном нервном стволе, что в конечном итоге, неблагоприятно влияют на регенерацию нерва. Исследование оптической плотности (n=67) проводили на аппарате Quich Scan (USA). Мы выявили достоверное снижение оптической плотности костных структур (до 63,9 у.е.) по отношению к здоровой конечности ($p \leq 0,05$). Холодовая толерантность, которая характеризуется временем восстановления исходной температуры кожных покровов, значительно отличалась от неповрежденной конечности. Время восстановления исходной температуры было удлинено на 35-40% ($p \leq 0,05$). Это характеризует снижение компенсаторных возможностей, свидетельствует о нарушении кровообращения дистально расположенных сегментов. Гистологическому исследованию подвергался биопсийный материал, который обрабатывали по общепринятой методике с заливкой в коллоксилин. Мы выполнили 21 исследование замороженных срезов, которые выполняли на уровне шва нерва и выявили, что повреждение нерва приводит к локальному нарушению кровообращения, визуальная оценка степени состоятельности нервных волокон не соответствует гистологической картине. Во всех исследованиях мы наблюдали разрастания грубоволокнистой соединительной ткани в виде тяжей, явления фиброза и склероза.

Таким образом, исследование показателей оптической плотности костной ткани, магистрального кровотока, холодовой толерантности сегментов; дуплексное сканирование мягких тканей, гистологическое исследование зоны шва нерва показало возможность их использования для диагностики повреждений периферических нервов.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ

Акбарова М.А., Умаров О.М., Хошимов В.Г.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Информационная недостаточность - важнейшая проблема сегодняшней медицинской практики и одна из причин разрыва между колоссальными достижениями медицинской науки и качеством практической медицинской помощи. Интернет является не только многофункциональным и мощным средством глобальной связи, но и уникальным и многофункциональным накопителем информации. Доказано, что в некоторых случаях диагноз, поставленный в результате рассмотрения многочисленных данных, накопленных в Интернете о конкретной болезни, уже сейчас способен конкурировать с диагнозами и терапевтическими указаниями специалистов. Таким образом, сочетание оперативности получения информации с современными достижениями медицинской науки успешно конкурирует с традиционными источниками информации, такими как книги, журналы, статьи и т.д.

Да, можно получить информацию, но какую? и какой ценой? не только в финансовом, но и во временном отношении. Наш опыт показывает: чтобы Интернет стал эффективным и полезным помощником, советчиком или учителем, необходимо наличие технических, финансовых, квалификационных и интеллектуальных ресурсов.

Первые две обеспечиваются руководителем учреждения, а две другие - самими сотрудниками. Остановимся на последних. Работа в сети требует наличия определенных практических навыков и умений, которые работник должен иметь. Существует множество способов их приобретения, от самостоятельного освоения до обучения на специальных курсах. Функционирует также Университет Информационных Технологий (http://www.intuit.ru), где можно дистанционно повысить свою квалификацию. То есть этот фактор преодолим и зависит от желания, способностей и возможностей работника. А вот интеллектуальный ресурс - это более важная сторона вопроса. Здесь имеется в виду, что пользователь сети Интернет должен знать, что ему нужно и что ему искать, либо по ключевым словам, либо по содержанию, либо по другим данным. В целях эффективного использования полезной информации Интернет в области медицинских знаний и клинического опыта, особенно по оказанию экстренной медицинской помощи в неотложных ситуациях, в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины ко всем пользовательским станциям (42 компьютера) его локальной сети EXTERNET подключен Интернет, который работает круглосуточно. Доступ к сети осуществляется с помощью индивидуальных паролей, полученных врачами и другими сотрудниками филиала по представлению заведующих отделениями и с разрешения курирующих заместителей директора. Данная процедура предусматривает закрепление за каждым работником конкретных направлений поиска, соответствующих его профессиональной деятельности и служебным обязанностям. Учет адреса, время посещения сайтов Интернета и объем полученной информации осуществляется автоматическим трафиком, который еженедельно доводится до сведения руководителя. Полученная информация отражена в его отчетах и презентациях перед специалистами отделений в виде найденного им нового материала. При установлении полезности и уникальности информации принимается решение о включении ее в компьютерную базу данных отделения. Этот вклад врача будет учитываться при установлении надбавки к его заработной плате.

Подобная практика позволяет повысить не только финансовую, временную и содержательную эффективность получаемой информации, но и способствует профессиональному росту сотрудников, улучшить качество лечебно-диагностических процедур и персональную ответственность работника, имеющего доступ к сети Интернет. Сотрудниками ФФРНЦЭМ за более чем 1 год работы в сети было сделано 3081440 обращений на различные сайты, что по времени составило более 3000 часов, получено более 40 Gb полезной информации. Почти во всех подразделениях филиала создана электронная библиотека со структурированной информацией, относящейся к закрепленным за ним направлениям и нозологиям. Следует отметить, что нами по Интернет-технологиям накоплена информация не только в виде текста, но и мультимедийная. Множатся аудио- и видеоматериалы по

функциональной диагностике. В результате почти во всех структурных подразделениях филиала накоплены огромное количество информации по медицинским знаниям и данным, которое, как утверждают сами сотрудники, позволяет им самостоятельно повышать квалификацию, не выезжая за пределы города, значительно экономя время и финансовые ресурсы.

В заключении можно отметить, что использование интернет-технологий в ФФРНЦЭМ позволило расширить не только его коммуникационные возможности, но и его информационные базы в электронных версиях. Имеющиеся в Интернете многочисленные медицинские форумы, где врач может общаться, обмениваться мнениями, сообщать о сложных больных своим зарубежным коллегам, а значит, и получать от них интеллектуальную поддержку, выносит Интернет на качественно новую ступень в экстренной медицине как источник оперативной информации и коммуникации. Устанавливаемые при этом многочисленные связи и «мосты» врачей центра со своими зарубежными коллегами позволяют интегрироваться в мировую медицину.

Владзимирский А.В., Мозговой В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г.Донецк, Украина

ЭЛЕКТРОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ - ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ СФЕРЫ ФТИЗИАТРИИ

Электронный менеджмент (ЭМ) направлен на реализацию и достижение заданий системного менеджмента. Основная идея ЭМ заключается в полном гибком сопровождении управленческих процессов информационными технологиями. Предпосылки к развитию ЭМ в учреждениях здравоохранения появились в научных публикациях еще в конце 1980-х гг., при этом речь шла не просто об обмене документами в электронном виде, но именно об автоматизации организации и управленческих производственных процессов. Принципы ЭМ в здравоохранении:

1. ЭМ базируется на общем использовании защищенных компьютерно-телекоммуникационных платформ, которые позволяют автоматизировать функции управления. Медицинские информационные и телемедицинские системы, отдельные продукты eHealth и mHealth, системы менеджмента знаниями, персоналом, электронным документооборотом и т.д. входят в состав защищенных платформ, которые позволяют автоматизировать функции управления в здравоохранении.

2. Управленческие решения базируются на оперативном анализе постоянно пополняемой в результате мониторинга информации; мониторинг и анализ выполняются автоматизировано.

3. ИТ-технологии обеспечивают автоматизацию производственных процессов, а не только обмен документами.

4. Электронный документооборот в здравоохранении базируется на методике контроля документа с расширением арсенала средств для обеспечения информационной безопасности.

5. ЭМ направлен на достижение следующих целей:

- оптимизировать производственные процессы путем модернизации трудовой деятельности, учета рабочего времени, контроля документов;
- реализовать поддержку управленческих решений на основе текущей аналитической обработки постоянного потока информации;
- оптимизировать экономическую деятельность;
- улучшить логистическую управляемость системы здравоохранения;
- повысить клиническую результативность.

В настоящее время концепция ЭМ наиболее развита в следующих сферх здравоохранения:

- управление организацией предоставления медико-санитарной помощи пациентам с диабетом, инфекционными заболеваниями;
- управление работой специализированных и многопрофильных стационаров, медицинских вузов;
- управление медикаментозной терапией;
- управление организацией клинических испытаний.

Всемирная организация здравоохранения в 2010 году сообщила об определенных успехах в борьбе с туберкулезом, но в последнее время все более широкое распространение получает

туберкулез, вызываемый лекарственно-устойчивыми штаммами - в мире ежегодно регистрируется до 510000 случаев мультирезистентного туберкулеза (МТ). Проблема МТ является одной из ключевых не только в сфере фтизиатрии, но и здравоохранения в целом, при этом низкая эффективность клинических, социальных и финансовых результатов оказания медико-санитарной помощи обусловлена дефектами и недостатками организации. Таким образом, должна быть разработана модель организации медико-санитарной помощи на основе современных методов управления, к которым в первую очередь относится электронный менеджмент; данная модель должна быть сфокусирована на решение задач организации оптимальной лечебно-диагностической и превентивной работы, взаимодействия уровней медико-санитарной помощи, потоков пациентов, кадровой работы; ЭМ медико-санитарной помощи пациентам с мультирезистентным туберкулезом базируется на управленческих функциях телемедицины; для разработки модели принципы и методы ЭМ должны быть изучены и адаптированы к особенностям фтизиатрии.

Дубровин А.А.

Городское Управление здравоохранением Администрации г.Абакана
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава г.Новокузнецк, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТУПА НАСЕЛЕНИЯ К ИНФОРМАЦИОННЫМ РЕСУРСАМ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.АБАКАНА ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

В г.Абакане с 2007 года проводится внедрение комплексной медицинской информационной системы (КМИС) г.Петрозаводск. Одним из реализуемых модулей КМИС, является Электронная регистратура, которая, согласно требованиям программы модернизации на 2011-2012 гг., а теперь уже и 2013 годы, должна не только обеспечивать доступность медицинской помощи населению и решить проблему живых очередей, но и структурировать работу врача. С ростом популярности записи на прием к врачу, посредством Электронной регистратуры, возросла нагрузка на Интернет - каналы и серверное оборудование ЛПУ.

Еще сложнее ситуация обстоит с небольшими ЛПУ, в которых нет возможности организовать на своей территории полноценные серверные комнаты, поставить мощное серверное оборудование. Объем обрабатываемых ими данных может быть сопоставим с крупным учреждением. А по нагрузке на сервера извне - со стороны населения, даже превосходит крупные ЛПУ. Такую ситуацию в г.Абакане можно наблюдать с МБУЗ Абаканская детская стоматологическая поликлиника. Нагрузка на сервер в день публикации расписания доходила до 1500 обращений в час.

К тому же сегодня в ЛПУ, помимо того что врачу требуется постоянный доступ в глобальную компьютерную сеть, есть еще около десятка различных программ, работающих через Интернет практически единовременно. Это бухгалтерские и экономические программы (сдача отчетности и перечислении зарплаты) и различные мониторинги, а также проведение медицинских конференций и вебинаров. Поддержание отказоустойчивого и стабильного рабочего канала связи было проблематично, поэтому возник вопрос по возможности увеличения канала связи.

На текущий момент скорость доступа в Интернет у ЛПУ составляет 2-3 мбит/сек. Стоимость услуг провайдера на 2 Мбит составляет 2000 рублей ежемесячно (1 Мбит за 1000 рублей). Чтобы обеспечить работу самого ЛПУ и возможность доступа к Электронной регистратуре населения, требуется скорость не менее 10 мбит/сек, соответственно, не менее 10 000 рублей ежемесячно, следовательно, 120000 рублей в год. Однако спрогнозировать, что увеличенная скорость полностью обеспечит работоспособность нельзя, поскольку ежегодно растет количество программ, где отчетность сдается только в электронном виде посредством Интернета. Итак, необходимо решить задачу: обеспечить бесперебойную стабильную связь для работы сотрудников ЛПУ, реализовать возможность записи населения к врачу через электронную регистратуру с минимальными затратами для учреждений.

На сегодняшний день существуют несколько вариантов решения подобной задачи:

- первое - изыскание средств на увеличение канала связи,
- второе - размещение собственного серверного оборудования у провайдера с возможностью пользования его каналами связи,

- третье - аренда «облака» провайдера, то есть размещение виртуальных серверов на оборудовании провайдера. Как видим, любое из предложенных решений невозможно в текущей ситуации, поскольку затраты на реализацию достаточно высоки, а также не удовлетворяют требованиям защиты информации и персонифицированных данных согласно ФЗ-152.

Для решения автором была предложена и реализована в муниципальном здравоохранении оригинальная схема обеспечения доступа по технологии co-location. Но в отличие от традиционной технологии co-location, когда сервера заказчика находятся в Центре обработки данных (ЦОДе) фирмы - провайдера (облаке), в данном случае сервера остаются территориально в ЛПУ, а провайдер организовывает доступ посредством собственного защищенного VLAN канала, что, по сути, является локальной внутренней сетью фирмы - провайдера. Данное решение подразумевает только плату за аренду оборудования на организацию сети до лечебного учреждения, а у некоторых провайдеров данная услуга предоставляется бесплатно, стоимость входит в оплату Интернет - доступа.

Данная схема была апробирована для организации доступа к сервису электронной регистратуры КМИС двух лечебных учреждений (стоматологий) на базе серверов IBM Blade S и МБУЗ «Клинический родильный дом» как более обеспеченного полноценными серверными мощностями. Сервера Электронной регистратуры реализованы на основе технологии виртуализации посредством программного обеспечения VMware Sphere.

Доступ был организован по оптоволоконному каналу VLAN провайдером, скорость которого составляет 100 мбит. Затраты ЛПУ составили 500 рублей дополнительно к сумме оплаты за предоставление доступа в Интернет.

В результате практически решены проблемы с возникновением коллизий и сбоем оборудования, а затраты на реализацию максимально минимизированы. В перспективе запланирована организация резервных VLAN каналов различных фирм - провайдеров для более надежной и отказоустойчивой системы.

Карабаев М.К., Махмудов Н.И., Хашимов Х.Г., Акбарова М.А.

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

ФОРМАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ ПРИ РАЗРАБОТКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

В последнее время информационные системы (ИС) имеют широкое применение во многих отраслях промышленности, а также в медицине.

ИС в медицинской службе обеспечивают все основные этапы прохождения пациента:

- запись на прием в регистратуре,
- заполнение заключения по результатам исследования,
- фиксирование результатов анализов в лаборатории,
- ведение истории болезни в стационаре,
- карты амбулаторного приема в приемно-диагностическом отделении и т. д.

ИС включает в себя локальную или корпоративную сеть с интра- и экстра-нет -доступами, базы данных, размещенные на сервере системы, которая является ядром комплекса, в ней аккумулируются и хранятся результаты работы всех АРМов. Все данные могут быть использованы в работе ИС любыми пользователями в объемах, определенных администратором системы, в том числе для набора автоматизированных рабочих мест (АРМов) нескольких типов.

Процесс внедрения информационной технологии проходит через определенные этапы разработки структурных и программных компонентов.

Наряду со всеми достоинствами применения вычислительной техники и внедрения информационной системы, имеется ряд трудностей, связанных с разработкой унифицированного каталога медицинской информации и формализацией профессиональной деятельности врача.

Унифицировать и формализовать медицинскую информацию необходимо для обеспечения

интероперабельности и синхронности программных систем, работающих с медицинскими документами, и экспертных программ для интеллектуально-информационной поддержки деятельности врача на основе метабазы.

В своей деятельности, в практической сфере врач всегда использует определенные медицинские термины, их комбинации и признаки: синдром, симптомокомплекс, диагноз, лекарственные препараты, операции и т.п. только для фиксации статистических и динамических медицинских данных о пациентах. Эти данные являются мертвыми, так как содержание медицинских данных о пациенте не унифицировано. Для разработки медицинской информационной системы требуется унификация и формализация данных, определение реляционных отношений унифицированных единиц и их комбинаций.

В процессе унификации медицинских терминов и формализации медицинских процессов производятся следующие процедуры:

I. Разработка неформального описания модели (словесное описание существенных для рассматриваемой задачи характеристик изучаемых объектов и связей между ними):

- всевозможная медицинская информация: признаки, синдром, симптомокомплекс, диагноз, лекарственные препараты, операции и т.п. трансформируется в унифицированный общий каталог симптомов и медицинских терминов;
- используя унифицированный каталог симптомов, формируется следующая схема реляционных отношений метабазы.

1. Определить форму запроса, определить форму получения информации.
2. Провести процедуру нормализации трансформации текстовой или бесструктурной формы информации в нормализованную форму для формирования унифицированной инфологической части данных БД.
3. Классификация компонентов информации в форме род => вид => индивид, при этом каждый уровень также имеет подгруппу или домен.
4. Каждый уровень должен иметь отношение в форме зависимости от вышестоящего уровня.
5. Определить объекты (сущности), атрибуты, принимаемые значения.
6. Установить возможные варианты связи между объектами.
7. Определить первичные и внешние ключи.
8. Устранить избыточность информации.
9. Устранить потенциальную противоречивость.
10. Устранить аномалии включения.
11. Аномалии удаления.
12. Провести процедуру нормализации.
13. Установить зависимость: полная, функциональная и многозначная.
14. Формировать пятую нормальной формы информацию.

II. Составление формализованного описания на некотором языке кодирования (с использованием математических соотношений и текстов);

III. Реализация формализованного описания в виде программы на некотором языке программирования.

Поэтапная реализация вышеизложенного дает возможность использовать медицинскую информационную систему, в которой происходит не только фиксация и архивация медицинских данных о пациенте, но и информационно-интеллектуальная поддержка со стороны метабазы и программного обеспечения. Во время работы с электронной историей болезни или в поисковой системе врач может получать из нее информационно-интеллектуальную поддержку от эксперта по диагностике и тактике лечения.

Таким образом, унификация и формализация медицинских данных дает программисту возможность разработки программы на уровне реляционных отношений, на основании которого будет разработана метабаза медицинской информационной системы.

Фарбирович В.Я., Кузнецова Н.Н., Шамин М.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России Кафедра факультетской хирургии и урологии
г.Кемерово, Россия

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ИНФОРМАТИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ВРАЧА УРОЛОГА

Дальнейшее существование и динамическое развитие нашей страны в современном мире напрямую связано с модернизацией и технологическим обновлением всей производственной сферы, в том числе и в медицине, так как она была и остается одной из приоритетных задач развития общества.

Ключевым звеном для выхода России на новый технологический уровень в сфере здравоохранения является внедрение новейших медицинских и информационных технологий, а также современных методов профилактики и лечения заболеваний, в первую очередь тех, которые являются наиболее распространенными причинами потери здоровья и смертности.

Согласно результатам диспансеризации в России за 2009 год, более половины россиян нуждаются в амбулаторном лечении, причем заболевания органов мочеполовой системы занимают третье место в общей структуре заболеваемости. Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями мочеполовой системы в РФ с 2002 по 2009 гг. увеличилось более чем на 25%.

Сочетание этих данных и кадрового дефицита амбулаторных урологов, который в городе Кемерово составляет 85%, определяет необходимость поиска новых форм оказания специализированной медицинской помощи.

Нами было решено применить телекоммуникационную технологию SkypeTM для проведения приема уролога в городской поликлинике N 10 г.Кемерово.

Цель исследования. Анализ первого опыта использования современных информационных технологий для повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи амбулаторного врача уролога

Материалы и методы исследования. В структурных подразделениях МУЗ ГКБ N 1 им. М.Н. Горбуновой оборудованы кабинеты для on-line консультирования, в которых врач первичного амбулаторного звена может связаться в врачом-урологом консультативного центра для согласования объема обследования и времени консультации специалиста используя SkypeTM. В дальнейшем пациент может общаться с врачом урологом в удобное время, из любого места, имеющего свободный доступ в Интернет.

Дважды проведено анкетирование пациентов до (n=120) и через 7 месяцев (n=157) после введения новой формы работы врача-уролога.

Анализ структуры консультаций за период с ноября 2011 году по апрель 2012 показал, что доля on-line консультаций выросла более чем на 10%. Если в ноябре 2011 году доля on-line консультаций составляла менее 5%, то апреле 2012 составила более 17%.

За анализируемый период уровень информированности о предоставляемой услуге «on-line консультирования» вырос на 25%. Доступность урологического приема с точки зрения пациентов в течение 1-2 дней достигла 20%, в течение 1-2 недель 75%.

Анализ структуры обращаемости по заболеваниям показал, что на долю ИМПС приходится около 40% (39 пациентов), доля аномалий развития составила 17,3% (17), МКБ 15,3% (15), варикоцеле 13,3% (13), фимоз 11,2% (11) и на долю травм пришлось чуть более 3%.

Выводы.

Эта форма работы позволяет разработать стандарты подходов к лечению и ведению документации, проводить динамический мониторинг процесса лечения и дает возможность консультации с коллегами. С точки зрения пациентов к преимуществам этой формы работы относится экономия времени, прямой контакт «врач-пациент» и доступная форма предоставляемой информации. В результате повышается качество и доступность специализированной медицинской помощи. Дальнейшее внедрение современных информационных технологий в работу амбулаторной сети представляется перспективным.

Хошимов В.Г., Акбарова М.А., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
г.Фергана, Республика Узбекистан

АЛГОРИТМЫ И КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

На исход внутрибрюшного оперативного вмешательства большое влияние оказывают послеоперационные осложнения. Своевременное распознавание и лечение осложнений, возникающих в ранний период после внутрибрюшных оперативных вмешательств, является одной из повседневных и в то же время самых ответственных задач, решаемых хирургом.

Одним из эффективных путей, позволяющих оптимизировать процесс распознавания послеоперационных осложнений, сделать его менее зависимым от клинического опыта врача, является использование компьютерных диагностических систем на основе разработанных опытными специалистами алгоритмов в виде блоков-схем, представляющих собой логическую последовательность действий врача в процессе принятия диагностических и тактических решений в наиболее типичных и наиболее часто встречающихся ситуациях. С этой целью в созданной и проходящей опытное клиническое испытание на базе Ферганского филиала РНЦЭМП комплексной медицинской информационной системе «ExterNET» разработана специальная программа-приложение, обеспечивающее применение различных диагностических алгоритмов.

Решение поставленной задачи осуществлено в несколько этапов:

1. формализация и структурирование вносимой информации о пациенте,
2. создание универсальной программы для использования диагностических алгоритмов,
3. внесение диагностических алгоритмов в программу.

Результатом работ на первом этапе явились:

1. создание формализованных электронных шаблонов протоколирования всех медицинских (врачебных и сестринских) записей,
2. структурирование по разделам всех лабораторных и инструментальных обследований.

На втором этапе создана универсальная компьютерная программа для использования всевозможных диагностических алгоритмов.

На третьем этапе в созданную программу внесены одобренные лечебным советом центра, известные и используемые в медицинской практике диагностические алгоритмы раннего выявления послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

Приводим краткое описание принципа использования диагностических алгоритмов на основе компьютерной технологии МИС «EXTTRNET».

Основным условием применения разработанной технологии является использование врачом электронных шаблонов при оформлении своего осмотра. В этом случае все врачебные записи имеют строго определенную структуру и содержат только формализованную медицинскую информацию. При протоколировании врачебной записи в послеоперационном периоде информация автоматически проходит программную обработку через принятый диагностический алгоритм.

К примеру, принимаемые значения из параметров о состоянии больного, жалобах, объективных параметрах, местном статусе и т.д. автоматически попадают в соответствующие ячейки программного алгоритма. Аналогичным образом информация из записей медсестры (температура, выделения из дренажей, и другие объективные параметры), результаты инструментальных и лабораторных обследований (они при внесении формализуются программой) автоматически проходят компьютерную обработку. Затем после запроса врача программой автоматически выдается информация, насколько показатели больного соответствуют наличию того или иного осложнения в послеоперационном периоде. Тут же программно подготовлена информация из утвержденных лечебно-диагностических стандартов по врачебной тактике, какие действия необходимо предпринять при наличии какого либо из послеоперационных осложнений. Запрос информации врач может осуществлять в любое время, программа после каждого внесения новой информации о пациенте в электронную историю болезни автоматически осуществляет повторную обработку данных. Предлагаемая информация помогает врачу правильно ориентироваться в

динамике послеоперационного периода, выявить ранние признаки осложнений, подсказывает, на какие параметры дополнительно следует обратить внимание, какие дополнительные обследования следует провести, какую коррекцию внести в лечение. Информация несет рекомендательный характер, принятие окончательного решения все же остается за врачом.

С нашей точки зрения, формализованный подход к диагностике послеоперационных внутрибрюшных осложнений с применением компьютерных диагностических алгоритмов предусматривает ответы на главные вопросы: есть у больного осложнение или оно отсутствует, а более конкретно - нуждается ли больной в повторной операции или необходимо консервативное лечение.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Аббосхонов Г.Х. 44, 45, 50
Абдуллаев Д.Д. 119, 120, 124, 129,132
Абдусатторов А.А. 44, 45, 50
Авдеев А.С. 252
Агаджанян В.В. 5, 74, 89
Агаларян А.Х. 141, 174
Агафонова Н.В. 57, 58, 59, 60, 121, 249
Акбаров И.М. 151
Акбарова М.А. ..... 48, 63, 108, 363, 366, ... 369
Акбарова М.Н. 108
Акимцева Е.А. 227, 293
Алексеев А.М. 192
Алексеев В.Б. 70
Алексеева А.Г. 58, 59
Алимова Я.Ю. 268
Алымова Н.В. 215
Альтшулер Е.М. 142
Аминов И.Х. 143
Амирджанова В.Н. 109, 111, 112
Анегова Ю.С. 240
Анешина И.И. 228, 229
Аракелян В.Г. 46
Ардашев И.П. 69
Арефьева Е.Г. 230
Арслонов М.А. 63
Артамонова Г.В. 295
Артемьева Т.Б. 231
Артиков Д.Н. 151
Архипова Е.И. 233
Асин Б.А. 112
Астапенков Д.С. 8
Афанасьев Л.М. 64, 65, 126, 127, 359
Ахмадалиев Б.К. 319
Ахмедов В.А. 297, 298
Ахмедова Р.Т. 43
Ашуров И.С. 132

Б

Бабичева О.С. 234
Баздырев Е.Д. 235
Байгозина Е.А. 235
Байракова Ю.В. 235
Баковский В.Б. 66
Баран О.И. 262, 264
Баранов А.И. . 144, 176, 178, 179, 192
Баранова Е.Н. 236, 315
Баранцевич Е.Р. 317
Барашов А.Ю. 113
Барбараш О.Л. .. 235, 237, 238, 243, ... 258, 274, 314, 318, 329
Батанина И.А. 255
Батискин С.А. 145
Баубеков М.Б. 67
Бачурина Т.В. 17
Бегимбетова Н.Б. 68, 145
Бедарева Т.Ю. 302
Безбородова Н.В. 153, 245
Безденежных Н.А. 235
Беккер А.А. 200, 259
Беленькова Ю.А. 238
Белоконева К.П. 239
Белых В.И.185, 186, 187, 240, 293, 311
Белых П.В. 240
Беляев М.К. 145, 147, 148, 149
Беляев С.А. 152,153, 154, 161, 189, 194
Бережной С.Г. 33
Берман А.М. 172
Берсенев А.Е. 150, 197
Беспалова О.В. 240
Бирюкова М.С. 191
Бичан Н.А. 239
Блинова И.Ю. 343, 344
Богданов А.В. 41
Богданов С.В. 75, 92
Бозоров Ш.Т. 151
Бойко А.В. 152, 153, 189
Бойко Е.А. 233, 241, 277
Бондаренко А.В. 22, 51, 155
Бондаренко Н.А. 135
Боровик И.В. 243
Бородкина Д.А. 244
Борщ М.В. 315
Бочаров С.Н. 34
Бочарова Ю.С. 34
Бочкова Т.А. 248
Брежнев Е.В. 82
Брусенцова Т.С. .. 153, 154, 161, 189,194, ... 245
Брусина Е.Б. 162

Бубликов Д.С. 246, 255, 340
Буевич Е.И. 227
Булдаков В.Ф. 214
Бялик Е.И. 110, 111

В

Вавин Г.В. 17, 229, 323
Валуева Т.Н. 246
Ван Вай Чен 272
Ван Л.В. 272
Ванеева Л.С. 219
Вардикова Г.Н. 109, 110, 111
Варфоломеева Е.П. 310
Варюшкина Е.В. 249, 286, 287
Васенина Е.Д. 272
Васильева Н.Д. 248, 280
Вахрушев А.К. 310
Ващенкова Т.А. 66, 76
Веретельникова И.Ю. 69
Вети Х.А. 324
Визило А.Д. 250
Визило Т.Л. .. 48, 249, 250, 251, 299, 301, ...316, 332, 338
Владзимирский А.В. 364
Власенко А.Е. 9
Власов С.В. 35, 36, 69
Власова В.В. 290
Власова Е.М. 70
Власова И.В. .... 35, 48, 64, 69, 154, 251, ...338, 359
Войтенко А.Н. 155
Волкова Е.С. 240
Вологин Э.В. 34
Володин В.В. 156, 158
Волчкова О.М. 257
Воробьев Р.И. 252, 253, 254
Воробьева Е.Н. 246, 255, 340
Воробьева О.А. 254
Вострокнутов И.В. 158

Г

Гаврилов А.В. 214
Гаврилов И.В. 135
Галиева Г.Ю. 302, 331
Галятин Д.О. 141
Галятина Е.А. 203, 214
Ганюкова Н.Г. 257
Гафаров В.В. 273
Гафуров А.К. 45
Гвоздева А.В. 256
Герасименко К.И. 153, 154, 161,189, 194
Гервазиев В.Б. 160
Гиесов С.И. 169
Гилев Я.Х. 71, 93
Гилева А.М. 229
Глазовская Л.С. 162
Глебов П.Г. 125, 133
Глебова И.В. 302, 331
Глущенко А.В. 33
Гнедь М.А. 142
Гоипов Р.И. 119
Головкин С.И. 66, 76
Головко В.И. 161, 194, 199
Гольмгрейн Л.П. 257
Горбунова Е.В. 258
Горелкина В.И. 299
Горобченко В.М. 199, 259
Горшкова Т.В. 258
Гофуров А.К. 50
Грибанов Н.И. 73
Грибачева И.А. 123, 260, 266, 335
Григорьев Ю.А. ... 11, 261, 262, 263, 264
Груздева О.В. 329
Грязнов К.А. 195
Гульняшкина Н.А. 19
Гусельникова Т.Л. 12

Д

Давыдов Д.А. 265
Дадабаев Х.Р. 104
Дадажонов Ф.А. 151
Данцигер Д.Г. 38, 274
Демидов С.Г. 75, 92
Денисов А.А. 82
Дергилев А.П. 123, 260, 266
Дехканов К.М. 78, 104, 169
Довгаль Д.А. 74, 89
Докучаева И.В. 13
Долгих В.Т. 235, 267
Доржеев В.В. 87
Дубровин А.А. 365
Дуда Е.Е. 306
Дударева А.А. 161
Дунаева М.П. 268

Е

Евменова Т.Д. 182
Евсюков А.В. 35, 75, 92
Егорова О.Н. 269
Екимовских А.В. 38

Ельцова Е.Г. 257
Емельянова О.Н. 270
Епифанов В.Г. 267
Епифанцев А.Г. 135
Ефанова О.С. 271
Ефимова Т.В. 162, 246
Ефремов А.В. 352
Ефремова С.В. 37, 49

Ж

Жевлакова Ю.А. 163
Жестикова М.Г. 272
Жилина Н.М. 9
Жиляков И.В. 351
Журавлева И.А. 66, 76

З

Завадовская В.Д. 175
Завырылина И.Н. 243
Завьялов А.Е. 217
Загоруйко Е.Н. 273
Заикин С.И. ..... 164, 165, 166, 202, 203, ... 212, 213
Зайцева Е.О. 215
Замиралов К.А. 47
Замойская О.Н. 325
Запольнов Г.П. 82
Затеева Т.Н. 228, 229
Захаров И.С. 191
Захарова Ю.В. 305
Зверева Т.Н. 237, 274
Зиганшин А.М. 166, 167
Зиганшина Э.А. 166, 167
Зобнин А.В. 75, 77, 92
Золоев Д.Г. 145
Зубенко Л.А. 20
Зулинский С.И. 240
Зыков М.В. 238

И

Иванов А.В. 14, 168
Иванов Д.В. 111
Иванов О.О. 274, 303
Ивонина Н.А. 275
Иваненко А.А. 357
Иваненко В.А. 357
Игишева Л.Н. 256
Игнатьева Т.Ф. 277
Исаев Е.А. 65
Исаков А.А. 50
Исакова Н.В. 270
Исмаилов Ж.Т. 78, 84, 104, 169, 206
Исоков Х.А. 151
Исроилов З.Г. 119, 124, 129
Ишуткин И.В. 58, 59, 121

К

Кабанова М.А. 278, 279
Казанцева Е.О. 199, 200, 201
Казачек Я.В. 235
Казызаева А.С. 255, 340
Калаева Г.Ю. 280, 281, 337
Калентьева С.В. 278, 279
Калин Н.Г. 134
Каличенко Н.А. 235
Каличкина Е.В. 234
Калюжная Н.С. 215
Камбаров Б.С. 169
Кан С.Л. 38, 172
Капитонова М.А. 240
Карабаев М.К. 366
Каретникова В.Н. 238
Карсаева В.В. 191
Качан Ю.В. 297
Каширин С.Д. 199
Кашталап В.В. 238, 282, 314
Квиткова Л.В. 244, 329
Килочек Т.К. 66
Ким К.А. 283
Ким Л.Б. 284, 351
Кирсанов Т.В. 172
Кислова А.С. 285
Китиев И.Б-Г. 125
Кладова Н.Е. 245
Клочкова-Абельянс С.А. 179
Ключевский В.В. 79, 80
Коблов А.Г. 254
Кобякова О.В. 286, 287
Коваленко А.В. 326
Коваль О.А. 145
Ковешникова Н.И. 229
Кожевников В.А. 199, 200
Кожевников В.В. 81, 90
Козлов А.В. 160
Козлов Ан.В. 353, 355, 357, 359
Колесников А.О. 287
Колесников О.П. 39, 40, 170
Колмыкова Е.В. 306
Колобова О.И. 160
Коломацкий В.В. 109, 111

Колтанюк Д.Г. 93
Комаров А.М. 353
Комарова Р.И. 290
Комисарова С.Д. 272
Комиссаров К.В. 288
Кондратьева М.П. 321
Кондратьева Н.А. 20
Кондрацкая О.В. 310
Кондрикова Н.В. 318
Конев Е.В. 58, 59
Конев С.В. 57, 58, 59, 60
Конради А.О. 317
Коняева Н.Д. 290
Кордубайлова Н.И. 171, 210
Корнеева И.А. 291
Короткевич Н.А. 272
Корпачева О.В. 47
Корчагина Я.А. 292
Косарев В.А. 172
Косовских А.А. 38, 172
Костюченко Г.И. 185, 186, 187, 311
Котова О.А. 336
Котовщикова Е.Ф. ..... 185, 186, 187, 227, ... 293, 311
Кохно В.Н. 40, 195
Кочергина А.М. 294
Кравцов С.А. 25, 41
Краснов К.А. 143
Краснов О.А. 143
Краснова М.В. 236, 315
Краснова Р.Ф. 12
Кротов К.Ю. 173
КрупянкоЕ.В. 318
Крылов Ю.М. 174
Крючков Д.В. 295
Кубецкий Ю.Е. 125, 128, 133
Кувшинов Д.Ю. 287, 296
Кузнецов А.Д. 174
Кузнецов С.Ю. 51
Кузнецова В.В. 14, 297, 298
Кузнецова Н.Н. 368
Кузьменко О.В. 299
Кука И.В. 158
Куксинский В.А. 42
Кулавский Е.В. 166, 167
Куликова Л.А. 334
Кульчицкая Н.Г. 256
Кумзеров П.Н. 79, 80
Кунгуров М.Н. 299
Кунгурова Н.А. 299
Куприенко О.А. 82
Кураматов Ш.Ю. 43
Кущ О.В. 295

Л

Ланшаков В.А. 83
Лаптева Н.Л. 301, 332
Лебедева Л.Г. 302
Леванова Л.А. 305
Левченко К.Ф. 287
Левченко Т.В. 353, 359
Лейсле А.К. 175
Лепилов А.В. 81
Лехнер А.В. 131
Лещишин И.Я. 217
Лещишин Я.М. 176, 178, 179
Липина М.М. 109, 111
Лихачев А.Г. 150
Логвиненко И.И. 273
Логунов А.Л. 111, 112
Локтин Е.М. 40
Лукач В.Н. 33
Лукашев К.В. 274, 303
Лукашевич Е.В. 293
Лысков Г.К. 188
Любарский М.С. 214
Лямина Л.Г. 182
Ляпин А.П. 134

М

Макаров Д.Н. 183
Макаров М.А. 109, 110, 111, 112
Макаров С.А. 109, 110, 111, 112, 258
Максимова А.А. 15
Макушин В.Д. 96
Макшанова Г.П. 343, 344
Малин М.В. 196
Малиновский С.В. 16
Мальцев Е.А. 86
Мальцева Н.В. 198
Малютина Н.Н. 70
Мамадалиев А.Г. 319
Маманабиев Ю.Т. 183
Мамонтова Н.Н. 153, 154
Мамчур С.Е. 258
Маркин А.В. 304
Марковская А.А. 305
Мартыненко Т.И. 304
Мартынова И.Я. 228
Марцияш А.А. 306

Махмудов Н.И. 84, 108, 183, 366, 369
Махмудов Х.А. 44, 45, 50
Медведев С.Б. 355
Мелконян Д.Л. 46
Мельникова Г.И. 228
Мендиякова Е.В. 307
Меньшиков А.А. 51
Мизюркина О.А. 326
Миллер Ю.В. 259
Мильчакова К.П. 291
Милюков А.Ю. 57, 71, 85, 93
Милютина Н.Н. 70
Миненков В.А. 272
Минин В.С. 245
Минин С.Г. 189
Мирзаматов Н.И. 120, 124
Мироманов А.М. 86, 87, 101
Миронова О.Б. 101
Митичкина Т.В. 308
Митюков А.Е. 131
Мовчан Е.А. 284
Могучая О.В. 129, 134
Мозговой В.В. 364
Мозгунова А.Б. 240
Мордвинцева Е.Р. 309
Москвитин П.Н. 263, 264
Мотин Ю.Г. 81
Мочалов С.В. 147, 148, 149
Мугатасимов И.Г. 144

Н

Неделина С.Г. 153, 245
Неймарк А.И. 155
Нестеров Ю.Н. 81, 317
Нигомаев В.Г. 307
Николаев А.С. 126, 127
Николаева Е.А. 309
Никонова И.К. 351
Никонова Т.А. 69, 88
Нимаев В.В. 214
Нишонбоева С.М. 319
Новикова Л.М. 259
Новокшонов А.В. 125, 126, 127, 128, 133
Норузаков Т.Т. 43
Норузоков Т.Т. 283

О

Обухов С.Ю. 74, 89
Овсепян Дж.А. 46
Одинцева О.В. 307
Олимов Ш.Т. 45
Омонкулов З.К. 169
Онищенко Е.Г. 310
Орлов С.Н. 49
Орлова Е.Н. 191
Осецкий И.Г. ... 154, 161, 188, 189, 193, ... 194, 245
Осипов А.А. 81, 90
Осокина А.В. 294
Останин А.А. 335

П

Павлов В.П. 109, 111, 112
Павлова Е.Н. 153, 154
Пазина Т.А. 17
Пальянов С.В. 47
Пеганов А.И. 135
Пеганова М.А. 135
Первов Е.А. 166, 212, 213
Первова Н.Г. 336
Перегудова И.Г. 185, 186, 187, 293, 311
Пересторонина М.В. 47
Перминов А.А. 175
Петриков А.С. 185, 186, 187, 311
Петров К.Б. 313, 325
Петров М.В. 312
Петрова Н.Г. 173
Петухова О.В. 23
Печерина Е.К. 321
Печерина Т.Б. 314
Пиневич О.С. 331
Плащинский А.А. 91
Плотникова Е.Ю. 236, 315
Погорелов Ю.Г. 307
Подолужный В.И. 143, 269
Позднякова О.А. 310
Полищук М.В. 316
Полтавцева О.В. 317
Полукаров А.Н. 9
Полукарова Е.А. 19, 250
Полухин Д.Г. ..... 153, 154, 161, 188, 189, ... 193, 194, 245
Полянцева Л.А. 302, 331
Помешкина С.А. 243, 318
Попова Т.А. 336
Попова Т.Ф. 123

Потемкина Е.Г. 129
Поткина Т.Н. 196
Привалова Ж.Ю. 321
Пронских А.А. 71, 75, 77, 92, 113
Пронских Ал.А. 75
Пронских И.В. 48, 154, 251
Пулатова Г.М. 48
Путятина А.Н. 351
Пьянкова Е.Э. 336

Р

Радивилко К.С. 16
Радустов В.Ю. 352
Раздорская М.В. 155
Раззаков В.В. 124, 129, 132
Раимжанов А.А. 319
Ратью Т.С. 355
Раудина С.Н. 320
Рахмонов Р.Я. 283
Репецкая А.Е. 290
Ровда Т.С. 321
Ровенских Д.Н. 207, 208
Рогальников Н.Н. 93
Рогожникова Н.В. 322
Романова М.П. 258
Романова Т.В. 38
Роскидайло А.А. 112
Рубан Е.Э. 17, 323
Рудаев В.И. 95, 190
Руденкова О.В. 135
Румянцев А.А. 200
Рыбалко Е.И. 272
Рытик Л.Л. 324

С

Сабаев А.В. 20
Саввина Н.В. 15
Сайдалиев С.С. 119, 120, 129
Сайдахмедов И.О. 48
Саламанов В.И. 150
Салугина С.О. 111
Санкина Е.А. 313, 325
Сартаков Г.Г. 207, 208
Сафронов Н.Ф. 35, 36, 69
Сафронова А.Б. 307
Сафронова М.Н. 326
Сахаровская Т.К. 191
Свешников А.А. ... 21, 68, 96, 97, 98, 99, ... 100, 145, 327, 328, 338, 339
Себелев К.И. 129
Седнев С.И. 189
Семенихин В.А. 307, 320
Семенихина В.М. 163
Семенова Е.М. 66
Сергиенко И.С. 12
Серебренников В.В. 144, 192
Серозудинов К.В. 176
Силантьева Е.В. 228
Силонова А.А. 324, 329
Синица Н.С. 74, 89
Сирожитдинов У.К. 183
Ситников П.Г. 38
Скакалина В.Н. 299
Скопинцев Д.А. 25, 41
Сметанин С.М. 79
Смирнов А.К. .... 152, 153, 154, 161, 188, ... 189, 193, 194, 245
Смирнова Т.В. 330
Снигирев Ю.В. 299
Снигирева Г.Я. 343, 344
Соболева С.В. 11
Совалкин В.И. 235
Соколов К.В. 172
Соколова Г.Г. 255, 340
Соколова О.В. 37
Соловенко С.С. 144
Соловьев А.О. 37, 49
Соловьев И.Н. 79, 80
Соловьева Л.А. 195
Соловьева Н.В. 286, 287
Сороковиков В.А. 34
Старцева И.В. 229
Старых В.С. 105, 130, 196
Стенникова Ю.А. 60
Стерехов Е.В. 141
Ступак В.В. 131, 335
Субботин А.В. 331
Сулейменов Б.Ш. 67
Сундукова Е.Л. 341
Суржикова Г.С. 179
Сухарева С.О. 40

Т

Таджибаева Г.М. 48
Талицкая Е.А. 236, 315
Тапвалдиев Н.А. 63
Тараскина Е.Б. 299
Тараско А.Д. 150, 197, 198
Тарасова И.Н. 227
Тен К.Ю. 90, 199, 201

Тен Ю.В. 81, 90, 199, 200, 201, 259
Тепляков А.Т. 317
Терехова Н.А. 164, 165, 202, 203
Тимофеев В.В. 22
Тлеубаев Ж.А. 71, 93
Тлеубаева Н.В. 154
Тожиев М.Т. 119, 120, 124, 129, 132
Толкач Н.М. 278, 279
Торгунаков А.П. 204, 205
Трофимова Г.Г. 291
Трубицын М.В. 101
Трубицына М.В. 301, 332

У

Угушев Е.В. 333
Ударцев Е.Ю. 101, 103
Умаров О.М. 50, 363
Уринбаев Б.К. 119
Уринбоев Б.К. 119, 124, 132
Усков С.А. 101
Усманов Б.С. 78, 84, 104, 169, 206
Усманов С.Б. 78, 84, 104, 169, 206
Усманов Х.А. 44
Усов С.А. 207, 208
Устьянцева И.М. ... 23, 88, 163, 265, 309, ... 337
Уткин Е.В. 210
Ушаков А.В. 175

Ф

Фарбирович В.Я. 368
Фатеева Э.В. 231
Федоренко В.И. 340
Федоров А.С. 105
Федоров М.Ю. 125
Федорченко С.С. 75, 92
Федосеева И.Ф. 291, 302, 331
Филатов В.В. 211
Филимонов С.Н. 334
Флейшман А.Н. 334
Флягин Т.С. 40
Фомичев В.А. 39, 40, 170
Фонин В.В. 123, 260, 266, 335
Фролов П.А. 164, 165, 166, 212, 213
Фукалова Т.Н. 246

Х

Хазиев А.Т. 154, 245
Хайрединова О.П. 336
Харькова Е.Н. 301, 332
Хасанова И.Г. 210
Хашимов Х.Г. 366
Хвостова С.А. 106, 107
Ходич Т.Г. 135
Хомиджанов И.Б. 84
Хомиджонов И.Б. 206
Хохлова О.И. 23, 88, 163, 280, 281, 337
Хошимов В.Г. 363, 369
Хусанов А.Э. 132

Ц

Цегельников М.М. 64
Цеймах Е.А. 51
Цицкунов А.В. 165, 203
Цюрюпа В.Н. 338

Ч

Часовников К.В. 24
Челнакова Л.А. 338, 339
Челышева Г.М. 216, 242
Череватенко К.В. 214
Черкасова Е.А. 241
Черных Е.Р. 335
Чернявский А.М. 271
Чеченин А.Г. 250, 322
Чеченин Г.И. 9
Чижикова Т.В. 135
Чуркин М.В. 143
Чурляев Ю.А. 38, 172, 274, 303

Ш

Шабанов С.В. 131
Шакола С.К. 79
Шамин М.В. 368
Шамрай М.А. 236, 315
Шапран В.Т. 144
Шарлаева Е.А. 255, 340
Шаталин А.В. 25, 41
Шахворост Н.П. 272
Шерина А.Ю. 299
Шерман С.В. 214
Шишкова Ю.Н. 341
Шкурупий В.А. 351
Шлегель Е.Г. 302
Шляпников М.Е. 215
Шойхет Я.Н. 185, 186, 187, 304, 311
Шумаков Е.А. 199
Шурыгина Т.Т. 240

Щ

Щедренок В.В. 129, 134

Э

Эминов Б.Ж. 183
Эфендиев В.У. 271
Эшонова А.А. 283

Ю

Юлдашев А.Х. 63, 108
Юровская Г.И. 216, 342
Юрченко Л.А. 302, 331

Я

Якименко К.Г. 217
Яковлева Н.В. 218, 219, 249
Якушин О.А. 125, 128, 133
Янина Н.А. 134

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ 3

Агаджанян В.В.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 5

Астапенков Д.С.
ЗОЛОТАЯ КАФЕДРА РОССИИ 8

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И., Полукаров А.Н.
РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВО СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ г.НОВОКУЗНЕЦКА) 9

Григорьев Ю.А., Соболева С.В.
ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ БИОТЕРРОРИЗМУ В США И ЕВРОПЕ 11

Гусельникова Т.Л., Краснова Р.Ф., Сергиенко И.С.
СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 12

Докучаева И.В.
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 13

Иванов А.В.
ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 14

Кузнецова В.В.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДПЕРСОНАЛА В ВОПРОСАХ МАРКЕТИНГА 14

Максимова А.А., Саввина Н.В.
ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) 15

Малиновский С.В., Радивилко К.С.
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В КУЗБАССЕ 16

Пазина Т.А., Вавин Г.В., Рубан Е.Э., Бачурина Т.В.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА 17

Полукарова Е.А., Гульняшкина Н.А.
КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 19

Содержание

Сабаев А.В., Кондратьева Н.А., Зубенко Л.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ГОРОДА ОМСКА ЗА 2001-2010 ГГ. 20

Свешников А.А.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 21

Тимофеев В.В., Бондаренко А.В.
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА 22

Устьянцева И.М., Петухова О.В., Хохлова О.И.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ 23

Часовников К.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА НА ЗАПАДНО-СИБИРСКОМ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ КОМБИНАТЕ 24

Шаталин А.В., Кравцов С.А., Скопинцев Д.А.
ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОТ СРОКОВ ИХ ПЕРЕВОДА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР 25

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ 31

Бережной С.Г., Лукач В.Н., Глущенко А.В.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОУРОВНЕВОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ С СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ 33

Бочаров С.Н., Сороковиков В.А., Бочарова Ю.С., Вологин Э.В.
ТРАНСФУЗИОННАЯ ЗАЩИТА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ 34

Власов С.В., Сафронов Н.Ф., Власова И.В., Евсюков А.В.
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ 35

Власов С.В., Сафронов Н.Ф.
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕКСАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА 36

Ефремова С.В., Соловьев А.О., Соколова О.В.
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ 37

Кан С.Л., Чурляев Ю.А., Косовских А.А., Екимовских А.В., Ситников П.Г., Данцигер Д.Г., Романова Т.В.
СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМАХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 38

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ 39

Колесников О.П., Фомичев В.А.
ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ 40

Кохно В.Н., Локтин Е.М., Сухарева С.О., Флягин Т.С.
ПРОЛОНГИРОВАННАЯ БЛОКАДА СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 40

Кравцов С.А., Шаталин А.В., Скопинцев Д.А., Богданов А.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 41

Куксинский В.А.
РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ 42

Кураматов Ш.Ю., Норузаков Т.Т., Ахмедова Р.Т.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ 43

Махмудов Х.А., Усманов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Абдусатторов А.А., Гофуров А.К.
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОВОДНИКОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 44

Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Абдусатторов А.А., Гафуров А.К., Олимов Ш.Т.
ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ С РЕФОРТАНОМ N ПЛЮС У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 45

Мелконян Д.Л., Овсепян Дж.А., Аракелян В.Г.
ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ 46

Пересторонина М.В., Корпачева О.В., Пальянов С.В., Замиралов К.А.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО И ГАЗОВОГО СОСТАВА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА 47

Пронских И.В., Власова И.В., Визило Т.Л.
ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ И МИОПАТИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ 48

Сайдахмедов И.О., Акбарова М.А., Пулатова Г.М., Таджибаева Г.М.
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АЛЛЕРГИИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 48

Соловьев А.О., Орлов С.Н., Ефремова С.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ЭЛАСТОМЕРНЫХ ПОМП В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ 49

Умаров О.М., Махмудов Х.А., Исаков А.А., Абдусатторов А.А., Аббосхонов Г.Х., Гофуров А.К.
ИНТРАКОРОТИДНОЕ ВВЕДЕНИЕ НИМОДИПИНА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ 50

Содержание

Меньшиков А.А., Цеймах Е.А., Бондаренко А.В., Кузнецов С.Ю.
ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДВС-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 51

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 55

Агафонова Н.В., Конев С.В., Милюков А.Ю.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 57

Агафонова Н.В., Конев Е.В., Ишуткин И.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.
МРТ ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 0,2 ТЛ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОГО ТОМОГРАФА 58

Агафонова Н.В., Конев Е.В., Ишуткин И.В., Конев С.В., Алексеева А.Г.
РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 59

Агафонова Н.В., Стенникова Ю.А., Конев С.В.
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 60

Акбарова М.А., Арслонов М.А., Тапвалдиев Н.А., Юлдашев А.Х.
МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ С ТРАВМАМИ ТАЗА 63

Афанасьев Л.М., Цегельников М.М., Власова И.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСВЕЖИМИ СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НА УРОВНЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ 64

Афанасьев Л.М., Исаев Е.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА 65

Баковский В.Б., Головкин С.И., Журавлева И.А., Семенова Е.М., Ващенкова Т.А., Килочек Т.К.
ОБОСНОВАНИЕ РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ 66

Баубеков М.Б., Сулейменов Б.Ш.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 67

Бегимбетова Н.Б., Свешников А.А.
МИНЕРАЛЬНАЯ МАССА КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ И УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ 68

Веретельникова И.Ю., Ардашев И.П.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ «КОСТМА» И «КОЛЛАПАН» ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

ПОЗВОНОЧНИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 69

Власов С.В., Никонова Т.А., Власова И.В., Сафронов Н.Ф.
ВЛИЯНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ И РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА 69

Власова Е.М., Алексеев В.Б., Малютина Н.Н.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У РАБОТНИЦ ТЕКСТИЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА 70

Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Тлеубаев Ж.А.
ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ 71

Грибанов Н.И.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ И ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ 73

Довгаль Д.А., Агаджанян В.В., Синица Н.С., Обухов С.Ю.
ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ 74

Евсюков А.В., Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов С.Г., Зобнин А.В., Федорченко С.С., Пронских Ал.А.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 75

Журавлева И.А., Головкин С.И., Ващенкова Т.А.
ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 76

Зобнин А.В., Пронских А.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ КОКСАРТРОЗА 77

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Дехканов К.М., Усманов С.Б.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ 78

Ключевский В.В., Соловьев И.Н., Сметанин С.М., Шакола С.К., Кумзеров П.Н.
ВЫБОР МЕТОДА ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБОЛИЗАЦИИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ 79

Ключевский В.В., Соловьев И.Н., Кумзеров П.Н.
АНГИОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ АО - ГАРАНТИЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА 80

Кожевников В.В., Осипов А.А., Тен Ю.В., Мотин Ю.Г., Лепилов А.В., Нестеров Ю.Н.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ КАПСУЛЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА 81

Куприенко О.А., Денисов А.А., Запольнов Г.П., Брежнев Е.В.
ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДОМ БЕСКОНТАКТНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ 82

Содержание

Ланшаков В.А.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ И МАССИВНЫХ РАЗРЫВОВ СУХОЖИЛИЙ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА 83

Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Хомиджанов И.Б., Усманов С.Б.
ЧАСТОТА АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 84

Милюков А.Ю.
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ 85

Мироманов А.М., Мальцев Е.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ 86

Мироманов А.М., Доржеев В.В.
ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 87

Никонова Т.А., Устьянцева И.М., Хохлова О.И.
ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ 88

Обухов С.Ю., Агаджанян В.В., Синица Н.С., Довгаль Д.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ 89

Осипов А.А., Кожевников В.В., Тен К.Ю., Тен Ю.В.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ НАССА 90

Плащинский А.А.
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ TEN 91

Пронских А.А., Богданов С.В., Демидов С.Г., Зобнин А.В., Евсюков А.В., Федорченко С.С.
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА 92

Рогальников Н.Н., Милюков А.Ю., Гилев Я.Х., Тлеубаев Ж.А., Колтанюк Д.Г.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИТРАВМОЙ 93

Рудаев В.И.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВТЭ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 95

Свешников А.А., Макушин В.Д.
РЕПАРАТИВНОЕ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ МЕЖСЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО ДАННЫМ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТАМ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ 96

Свешников А.А.
ИСТОРИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В РОССИИ 97

Свешников А.А.
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ
И ДИСТРАКЦИОННЫХ РЕГЕНЕРАТОВ ПРИ УРАВНИВАНИИ ДЛИНЫ ВРОЖДЕННО
УКОРОЧЕННОЙ ГОЛЕНИ 98

Свешников А.А.
ОПЯТЬ НАЧАЛ ПРОСМАТРИВАТЬСЯ «СЛЕСАРНЫЙ» ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 99

Свешников А.А.
РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА В ОСТЕОЛОГИИ 100

Трубицын М.В., Миронова О.Б., Усков С.А., Мироманов А.М.
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ TNFA (G-308A) И ИЛ-4 (С 589Т) У БОЛЬНЫХ
С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ 101

Ударцев Е.Ю.
ВНУТРИКОСТНОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ: ЗНАЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ
НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ
СУСТАВОВ 101

Ударцев Е.Ю.
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КРУЗАРТРОЗА 103

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дехканов К.М., Дадабаев Х.Р., Усманов С.Б.
ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 104

Федоров А.С., Старых В.С.
НОВАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ «ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ»
АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ 105

Хвостова С.А.
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
НА АКТИВНОСТЬ РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ 106

Хвостова С.А.
ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ТРАВМАХ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 107

Юлдашев А.Х., Акбарова М.А., Махмудов Н.И., Акбарова М.Н.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ 108

Липина М.М., Макаров М.А., Амирджанова В.Н., Макаров С.А., Павлов В.П.,
Коломацкий В.В., Вардикова Г.Н.
АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ КОЛЕННОГО
СУСТАВА ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СИНОВЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 109

Макаров С.А., Макаров М.А., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н.
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА 110

Макаров М.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Павлов В.П., Бялик Е.И., Коломацкий В.В.,
Липина М.М.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

У БОЛЬНЫХ РЗ 111

Иванов Д.В., Макаров С.А., Макаров М.А., Павлов В.П., Бялик Е.И., Вардикова Г.Н., Салугина С.О., Амирджанова В.Н.
РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (ТЭТС) У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ЮРА) 111

Павлов В.П., Асин Б.А., Макаров С.А., Логунов А.Л., Роскидайло А.А., Макаров М.А., Амирджанова В.Н.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ СИНОВЭКТОМИИ И ДЕБРИДМЕНТА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РА 112

Барашов А.Ю., Пронских А.А.
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРЕ II УРОВНЯ 113

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОХИРУРГИИ 117

Абдуллаев Д.Д., Гоипов Р.И., Тожиев М.Т., Сайдалиев С.С., Уринбоев Б.К.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДВУСТОРОННИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 119

Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Исроилов З.Г., Уринбаев Б.К.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ ЭПИ- И СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ . 119

Абдуллаев Д.Д., Сайдалиев С.С., Тожиев М.Т., Мирзаматов Н.И.
ЛЕГКАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ 120

Агафонова Н.В., Ишуткин И.В.
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 121

Грибачева И.А., Фонин В.В., Дергилев А.П., Попова Т.Ф.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 123

Исроилов З.Г., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Уринбоев Б.К., Мирзаматов Н.И.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....
124

Исроилов З.Г., Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Уринбоев Б.К., Мирзаматов Н.И.
СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ 124

Китиев И.Б-Г., Новокшонов А.В., Якушин О.А., Федоров М.Ю., Глебов П.Г., Кубецкий Ю.Е.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 125

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА 126

Николаев А.С., Новокшонов А.В., Афанасьев Л.М.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА 127

Новокшонов А.В., Якушин О.А., Кубецкий Ю.Е.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ 128

Потемкина Е.Г., Щедренок В.В., Себелев К.И., Могучая О.В.
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ 129

Сайдалиев С.С., Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Исроилов З.Г., Раззаков В.В.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 129

Старых В.С.
МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБШИРНОЙ ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ 130

Ступак В.В., Митюков А.Е., Лехнер А.В., Шабанов С.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА С КИСТОЗНО-СОЛИДНЫМ КОМПОНЕНТОМ 131

Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Хусанов А.Э.
КЛАПАННАЯ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ КРАНИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 132

Уринбоев Б.К., Ашуров И.С., Раззаков В.В.
РОЛЬ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ 132

Якушин О.А., Новокшонов А.В., Кубецкий Ю.Е., Глебов П.Г.
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ 133

Янина Н.А., Щедренок В.В., Ляпин А.П., Калин Н.Г., Могучая О.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 134

Пеганова М.А., Руденкова О.В., Епифанцев А.Г., Гаврилов И.В., Чижикова Т.В., Бондаренко Н.А., Пеганов А.И., Ходич Т.Г.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ КАВЕРНОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ) 135

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ 139

Агаларян А.Х., Стерехов Е.В., Галятин Д.О.
ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 141

Альтшулер Е.М., Гнедь М.А.
БАЛОННОЕ РАСТЯЖЕНИЕ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ

Содержание

АЛОПЕЦИЙ У ОБОЖЖЕННЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 142

Аминов И.Х., Подолужный В.И., Чуркин М.В., Краснов К.А., Краснов О.А.
ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ 143

Баранов А.И., Серебренников В.В., Мугатасимов И.Г., Шапран В.Т., Соловенко С.С.
5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ
ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ 144

Батискин С.А., Золоев Д.Г., Коваль О.А.
АМПУТАЦИИ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 145

Бегимбетова Н.Б., Свешников А.А.
МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
ПОСЛЕ ТРАВМ И УРАВНИВАНИЯ ДЛИНЫ КОНЕЧНОСТЕЙ 145

Беляев М.К.
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ 146

Беляев М.К., Мочалов С.В.
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ 147

Беляев М.К., Мочалов С.В.
ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
У ДЕТЕЙ 148

Беляев М.К., Мочалов С.В.
ЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТЕЙ 149

Берсенев А.Е., Лихачев А.Г., Тараско А.Д., Саламанов В.И.
ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ 150

Бозоров Ш.Т., Артиков Д.Н., Дадажонов Ф.А., Исоков Х.А.
ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ
ПРОСТАТЫ 151

Бозоров Ш.Т., Акбаров И.М., Дадажонов Ф.А., Исоков Х.А., Артиков Д.Н.
ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 151

Бойко А.В., Смирнов А.К., Беляев С.А.
СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬУ ДЕТЕЙ 152

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Беляев С.А., Полухин Д.Г., Павлова Е.Н.,
Герасименко К.И., Мамонтова Н.Н., Бойко А.В., Неделина С.Г., Безбородова Н.В.
ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ 153

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Герасименко К.И.,
Мамонтова Н.Н., Павлова Е.Н., Осецкий И.Г., Хазиев А.Т.
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФИБРИН-МОНОМЕРНЫХ КОМПЛЕКСОВ
ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 154

Власова И.В., Тлеубаева Н.В., Пронских И.В.
ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ 154

Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В., Раздорская М.В.
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА 155

Володин В.В.
РОЛЬ ПРОГРАММНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 156

Володин В.В.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 158

Вострокнутов И.В., Кука И.В.
ЛАПАРОСТОМА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА
КАК ПРИНЦИП ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА «DAMAGE CONTROL» 158

Гервазиев В.Б., Колобова О.И., Козлов А.В.
ДИСТАЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 160

Головко В.И., Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Дударева А.А., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Герасименко К.И., Осецкий И.Г.
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ 161

Ефимова Т.В., Глазовская Л.С., Брусина Е.Б.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 162

Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Устьянцева И.М., Семенихина В.М.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ CLOSTRIDIUM PERFRINGENS, У ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНОЙ 163

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А.
ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА 164

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 164

Заикин С.И., Фролов П.А., Терехова Н.А., Цицкунов А.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ 165

Заикин С.И., Фролов П.А., Первов Е.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТОЧАЩИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 166

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

Содержание

ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ 166

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Зиганшина Э.А.
АБДОМИНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 167

Иванов А.В.
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 168

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Дехканов К.М., Камбаров Б.С., Омонкулов З.К., Гиесов С.И., Усманов С.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОБРАБОТОК РАН ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАХ СТОПЫ 169

Колесников О.П., Фомичев В.А.
СТРЕСС - ОТВЕТ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ВЫСОКОЙ ТРАВМАТИЧНОСТИ НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНЫХ БЛОКАД 170

Кордубайлова Н.И.
ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА 171

Косарев В.А., Соколов К.В., Берман А.М.
ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КУЛЬТИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 172

Косовских А.А., Чурляев Ю.А., Кан С.Л., Кирсанов Т.В.
МИКРОГЕМОДИНАМИКА КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ 172

Кротов К.Ю., Петрова Н.Г.
СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 173

Кузнецов А.Д., Агаларян А.Х., Крылов Ю.М.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 174

Лейсле А.К., Перминов А.А., Ушаков А.В., Завадовская В.Д.
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ 175

Лещишин Я.М., Серозудинов К.В., Баранов А.И.
ВИЗУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ 176

Лещишин Я.М., Баранов А.И.
АУТОЛОГИЧНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ; СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИОХВ 178

Лещишин Я.М., Баранов А.И., Суржикова Г.С., Клочкова-Абельянс С.А.
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ МЕСТНОМ ВВЕДЕНИИ АУТОЛОГИЧНЫХ ЦИТОКИНОВ 179

Лямина Л.Г., Евменова Т.Д.
ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА 182

Макаров Д.Н.
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ 183

Маманабиев Ю.Т., Сирожитдинов У.К., Махмудов Н.И., Эминов Б.Ж.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 183

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.
О ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 185

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН 186

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ НА РЕЦИДИВ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН 187

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ, ПОЛА И ВОЗРАСТА НА РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН 187

Полухин Д.Г., Смирнов А.К., Осецкий И.Г., Лысков Г.К.
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ 188

Полухин Д.Г., Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Осецкий И.Г., Минин С.Г., Герасименко К.И., Беляев С.А., Бойко А.В., Седнев С.И.
ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ 189

Рудаев В.И.
ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЕ (КТ) МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 190

Сахаровская Т.К., Бирюкова М.С., Захаров И.С., Орлова Е.Н., Карсаева В.В.
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 191

Серебренников В.В., Баранов А.И., Алексеев А.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НЕОТЛОЖНУЮ ХИРУРГИЮ 192

Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Осецкий И.Г.
ОЖОГИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ 193

Смирнов А.К., Брусенцова Т.С., Головко В.И., Полухин Д.Г., Беляев С.А., Осецкий И.Г., Герасименко К.И.
ТАКТИКА ДЕТСКОГО ХИРУРГА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 194

Содержание

Соловьева Л.А., Грязнов К.А., Кохно В.Н.
ПЕРИОПЕРАТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 195

Старых В.С., Поткина Т.Н., Малин М.В.
НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ РАН 196

Тараско А.Д., Берсенев А.Е.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ СРЕДИ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА .. 197

Тараско А.Д., Мальцева Н.В.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА 198

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Головко В.И., Каширин С.Д., Тен К.Ю., Горобченко В.М.
ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ 199

Тен Ю.В., Шумаков Е.А., Тен К.Ю., Казанцева Е.О.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ 199

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Румянцев А.А., Казанцева Е.О., Беккер А.А.
СТРУКТУРА СОЛИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ 200

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Казанцева Е.О.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕНЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ 201

Терехова Н.А., Заикин С.И.
СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА: КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 202

Терехова Н.А., Заикин С.И., Галятина Е.А., Цицкунов А.В.
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ 203

Торгунаков А.П.
РЕШЕНИЕ СПОРНЫХ ВОПРОСОВ АППЕНДИЦИТА С ПОЗИЦИЙ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕОРИИ 204

Торгунаков А.П.
СТРЕСС-АППЕНДИЦИТ КАК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ 205

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Хомиджонов И.Б., Усманов С.Б.
ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 206

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.
РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ИСХОДАХ ОСТРОГО ИДЕОПАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА ГУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 207

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИДЕОПАТИЧЕСКИМ ТРОМБОЗОМ ГЛКБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 208

Уткин Е.В., Кордубайлова Н.И., Хасанова И.Г.
ОСОБЕННОСТИ ЯИЧНИКОВОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА 210

Филатов В.В.
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА И АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 211

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБА ПАНХРОМОКОЛОНОСКОПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИГОКАРМИНА И ВИДЕОЭНДОСКОПА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕБОЛЬШИХ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 212

Фролов П.А., Заикин С.И., Первов Е.А.
НОВЫЙ СПОСОБ ПАНХРОМОСКОПИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЛЯ РАННЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ .. 213

Череватенко К.В., Нимаев В.В., Любарский М.С.
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОДКОЖНЫХ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ ИНЪЕКЦИЙ 214

Шерман С.В., Булдаков В.Ф., Галятина Е.А., Гаврилов А.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ 214

Шляпников М.Е., Калюжная Н.С., Зайцева Е.О., Алымова Н.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТА У ПАЦИЕНТОК С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО 2 ТРИМЕСТРЕ 215

Юровская Г.И., Челышева Г.М.
МИКРОФЛОРА ВАГИНАЛЬНОГО СЕКРЕТА РАЗЛИЧНОГО КОНТИНГЕНТА ЖЕНЩИН 216

Якименко К.Г., Завьялов А.Е., Лещишин И.Я.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ТОЩЕЙ КИШКИ, АТРЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ, ЦМВ ИНФЕКЦИЕЙ 217

Яковлева Н.В.
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВН0-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГИДРОСАЛЬПИНКСАМИ 218

Яковлева Н.В., Ванеева Л.С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ГЕНЕЗА 219

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И ПЕДИАТРИИ 225

Акимцева Е.А., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Тарасова И.Н.
МОЛЕКУЛЫ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ, КАК МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, РЕТРОМБОЗОМ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ 227

Содержание

Анешина И.И., Мельникова Г.И., Затеева Т.Н., Силантьева Е.В., Мартынова И.Я.
ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА В ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА 228

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Старцева И.В., Гилева А.М., Ковешникова Н.И., Вавин Г.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛЮОРИМЕТРИИ 229

Анешина И.И., Затеева Т.Н., Вавин Г.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТ-ПОЛОСОК В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 229

Арефьева Е.Г.
МИГРЕНЬ. КЛИНИЧЕСКОЕ МНОГООБРАЗИЕ. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ 230

Артемьева Т.Б., Фатеева Э.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОГОВИЦЫ ГЛАЗ 231

Архипова Е.И., Бойко Е.А.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА 233

Бабичева О.С., Каличкина Е.В.
ЛЕЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ 234

Баздырев Е.Д., Байракова Ю.В., Каличенко Н.А., Безденежных Н.А., Казачек Я.В., Барбараш О.Л.
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ 235

Байгозина Е.А., Совалкин В.И., Долгих В.Т.
CD 14 КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ 235

Баранова Е.Н., Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Шамрай М.А., Талицкая Е.А.
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ 236

Барбараш О.Л., Зверева Т.Н.
ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 237

Беленькова Ю.А., Зыков М.В., Кашталап В.В., Каретникова В.Н., Барбараш О.Л.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ 238

Белоконева К.П., Бичан Н.А.
СОДЕРЖАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОСН) 239

Белых В.И., Беспалова О.В., Волкова Е.С., Шурыгина Т.Т., Белых П.В., Мозгунова А.Б.,

Зулинский С.И., Анегова Ю.С., Капитонова М.А.
ДИСКРЕТНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОМ 240

Бойко Е.А., Черкасова Е.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И В ОЦЕНКЕ РИСКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ 241

Боровик И.В., Помешкина С.А., Завырылина И.Н., Барбараш О.Л.
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 243

Бородкина Д.А., Квиткова Л.В.
ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ИМЕЮЩИХ НОРМАЛЬНЫЙ, ПОВЫШЕННЫЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ 244

Брусенцова Т.С., Смирнов А.К., Полухин Д.Г., Осецкий И.Г., Минин В.С., Неделина С.Г., Безбородова Н.В., Хазиев А.Т., Кладова Н.Е.
ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ 245

Бубликов Д.С., Воробьева Е.Н.
РИСК SCORE И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ЭНЗИМОВ 246

Валуева Т.Н., Ефимова Т.В., Фукалова Т.Н.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ И ЗНАЧИМОСТЬ УРОПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 246

Васильева Н.Д., Бочкова Т.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦА ЖИЗНИ 248

Визило Т.Л., Агафонова Н.В.
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 249

Визило Т.Л., Варюшкина Е.В., Яковлева Н.В.
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 249

Визило А.Д., Чеченин А.Г., Полукарова Е.А., Визило Т.Л.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ БОЛИ В СПИНЕ 250

Власова И.В., Визило Т.Л., Пронских И.В.
ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 251

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.
КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ 10-ЛЕТНЕГО ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА . 252

Воробьев Р.И.
ОСОБЕННОСТИ РИСКА SCORE В ПОЛОВЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 253

Содержание

Воробьев Р.И., Коблов А.Г.
КУРЕНИЕ И УРОВЕНЬ ФАТАЛЬНОГО РИСКА SCORE 254

Воробьева О.А.
ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ 254

Воробьева Е.Н., Батанина И.А., Бубликов Д.С., Казызаева А.С., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г.
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ 255

Гвоздева А.В., Игишева Л.Н., Кульчицкая Н.Г.
ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПО ДАННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 256

Гольмгрейн Л.П., Ганюкова Н.Г., Волчкова О.М., Ельцова Е.Г.
МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 257

Горбунова Е.В., Горшкова Т.В., Романова М.П., Мамчур С.Е., Макаров С.А., Барбараш О.Л.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА 258

Горобченко В.М., Тен Ю.В., Миллер Ю.В., Новикова Л.М., Беккер А.А.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 259

Грибачева И.А., Фонин В.В., Дергилев А.П.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 260

Григорьев Ю.А.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ БИОУГРОЗЫ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 261

Григорьев Ю.А., Баран О.И.
ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОГЕНОВ 262

Григорьев Ю.А., Москвитин П.Н.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АТАК 263

Григорьев Ю.А., Баран О.И., Москвитин П.Н.
ПОТРЕБНОСТИ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА И ВОЗМОЖНЫЕ СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ 264

Давыдов Д.А., Устьянцева И.М.
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ В ТУБУЛЯРНЫХ АДЕНОМАХ 265

Дергилев А.П., Грибачева И.А., Фонин В.В.
ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ 266

Долгих В.Т., Епифанов В.Г.
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ: ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ

КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ 267

Дунаева М.П., Алимова Я.Ю.
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ 268

Егорова О.Н., Подолужный В.И.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБИОТИКО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ К ФТОРХИНОЛОНАМ 269

Емельянова О.Н., Исакова Н.В.
К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ 270

Ефанова О.С., Чернявский А.М., Эфендиев В.У.
ДИНАМИКА ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ И МЕДИКАМЕНТОЗНОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 271

Жестикова М.Г., Миненков В.А., Шахворост Н.П., Рыбалко Е.И., Васенина Е.Д., Комисарова С.Д., Короткевич Н.А., Ван Вай Чен, Ван Л.В.
ПАТОЛОГИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ МИКРОАДЕНОМАХ ГИПОФИЗА 272

Загоруйко Е.Н., Гафаров В.В., Логвиненко И.И.
АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 273

Зверева Т.Н., Барбараш О.Л.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С АКТИВНОСТЬЮ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 274

Иванов О.О., Лукашев К.В., Чурляев Ю.А., Данцигер Д.Г.
ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПУЛЬСАТИВНОСТЬ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С КОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 274

Ивонина Н.А.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СНИЖЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА 275

Игнатьева Т.Ф., Бойко Е.А.
ГЕМАТОГЕННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ 277

Кабанова М.А., Толкач Н.М., Калентьева С.В.
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ МАТЕРИ 278

Кабанова М.А., Толкач Н.М., Калентьева С.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ 279

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Васильева Н.Д.
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 280

Калаева Г.Ю., Хохлова О.И.
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА СПИЛБЕРГЕРА-ХАНИНА У ПОДРОСТКОВ

Содержание

С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 281

Кашталап В.В.
ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ И ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 282

Ким К.А., Рахмонов Р.Я., Эшонова А.А., Норузоков Т.Т.
АРИТМИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 283

Ким Л.Б., Мовчан Е.А.
АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА И УРОВЕНЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ И ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 284

Кислова А.С.
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕПЕНИ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 285

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В., Соловьева Н.В.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 286

Кобякова О.В., Варюшкина Е.В., Соловьева Н.В.
ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 287

Колесников А.О., Кувшинов Д.Ю., Левченко К.Ф.
ОСТРЫЙ СТРЕСС И ПРОДУКЦИЯ NO У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА 287

Комиссаров К.В.
БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 288

Коняева Н.Д., Власова В.В. Комарова Р.И., Репецкая А.Е.
АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 290

Корнеева И.А., Федосеева И.Ф., Мильчакова К.П., Трофимова Г.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ФЛАМИНГО» 291

Корчагина Я.А.
ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ НУТРИЕНТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОПРОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 292

Котовщикова Е.Ф., Белых В.И., Перегудова И.Г., Лукашевич Е.В., Акимцева Е.А.
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ) У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА РАЗНЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СРАВНИТЕЛЬНЫМ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИМ ТЕСТИРОВАНИЕМ ГРУППЫ ЛИЦ С ДСТ И БЕЗ ДСТ 293

Кочергина А.М., Осокина А.В.
ПРОБЛЕМЫ «ЛИСТА ОЖИДАНИЯ»: ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 294

Крючков Д.В., Кущ О.В., Артамонова Г.В.
АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 295

Кувшинов Д.Ю.
КОРРЕЛЯЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
И ПАРАМЕТРОВ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА 296

Кузнецова В.В., Ахмедов В.А., Качан Ю.В.
ЭФФЕКТИВНАЯ УПРУГОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 297

Кузнецова В.В., Ахмедов В.А.
ЭЛАСТИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 298

Кузьменко О.В., Снигирев Ю.В., Горелкина В.И., Тараскина Е.Б., Скакалина В.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОФОРЕЗА ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 299

Кунгурова Н.А., Визило Т.Л., Кунгуров М.Н., Шерина А.Ю.
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
И КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 299

Лаптева Н.Л., Визило Т.Л., Трубицына М.В., Харькова Е.Н.
ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ 301

Лебедева Л.Г., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Полянцева Л.А., Глебова И.В.,
Бедарева Т.Ю., Юрченко Л.А., Шлегель Е.Г.
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ
ВНУТРЕННИХ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ 302

Лукашев К.В., Чурляев Ю.А., Иванов О.О.
ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ И ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ
ПРИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 303

Маркин А.В., Мартыненко Т.И., Шойхет Я.Н.
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
ПРОБЛЕМА 304

Марковская А.А., Захарова Ю.В., Леванова Л.А.
РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ АССОЦИАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ
МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 305

Марцияш А.А., Колмыкова Е.В., Дуда Е.Е.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ 306

Мендиякова Е.В., Семенихин В.А., Одинцева О.В., Сафронова А.Б., Погорелов Ю.Г.,
Нигомаев В.Г.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК
ПНЕВМОКОНИОЗА У ШАХТЕРОВ КУЗБАССА 307

Содержание

Митичкина Т.В.
ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ОСНОВЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНЕРГИЙ И СИНКИНЕЗИЙ ОРО-МАНДИБУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДРЕНАЖА 308

Мордвинцева Е.Р.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ 309

Николаева Е.А., Устьянцева И.М.
ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СРЫГИВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ 309

Онищенко Е.Г., Вахрушев А.К., Кондрацкая О.В., Варфоломеева Е.П., Позднякова О.А.
СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И МОНИТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА 310

Петриков А.С., Белых В.И., Шойхет Я.Н., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф., Перегудова И.Г.
ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ 311

Петров М.В.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ 312

Петров К.Б., Санкина Е.А.
КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОМ БУЛЬБАРНОМ СИНДРОМЕ 313

Печерина Т.Б., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.
РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ОЦЕНКЕ РАННЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 314

Плотникова Е.Ю., Борщ М.В., Краснова М.В., Баранова Е.Н., Шамрай М.А., Талицкая Е.А.
СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ 315

Полищук М.В., Визило Т.Л.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ 316

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т., Баранцевич Е.Р., Конради А.О.
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ 317

Помешкина С.А., Кондрикова Н.В, КрупянкоЕ.В., Барбараш О.Л.
ОЦЕНКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 318

Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Нишонбоева С.М., Мамадалиев А.Г.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 319

Раудина С.Н., Семенихин В.А.
НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШУМОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ У РАБОТНИКОВ

УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ 320

Ровда Т.С., Кондратьева М.П., Печерина Е.К., Привалова Ж.Ю.
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ 321

Рогожникова Н.В., Чеченин А.Г.
СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 322

Рубан Е.Э., Вавин Г.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК НОВОГО МАРКЕРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ТЯЖЕЛОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ ЛПУ 323

Рытик Л.Л., Вети Х.А., Силонова А.А.
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 324

Санкина Е.А., Замойская О.Н., Петров К.Б.
СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИ АКТУАЛЬНЫХ
МЫШЕЧНО-СУХОЖИЛЬНЫХ МЕРИДИАНОВ 325

Сафронова М.Н., Мизюркина О.А., Коваленко А.В.
КОМБИНИРОВАННАЯ НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА 326

Свешников А.А.
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА 327

Свешников А.А.
ПРОБЛЕМА ОСТЕОПОРОЗА В XXI ВЕКЕ 328

Силонова А.А., Квиткова Л.В., Груздева О.В., Барбараш О.Л.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПАРАМЕТРОВ СИСТОЛИЧЕСКОЙ
ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕГМЕНТА ST 329

Смирнова Т.В.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
САМООЦЕНКИ 330

Субботин А.В., Юрченко Л.А., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Пиневич О.С., Глебова И.В., Полянцева Л.А.
НОВЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЙ ВО СНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕО-ЭЭГ-МОНИТОРИНГА 331

Трубицына М.В., Визило Т.Л., Лаптева Н.Л., Харькова Е.Н.
РАССТРОЙСТВА РЕГУЛЯЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ
ВЕРТЕБРОГЕННОЙ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ 332

Угушев Е.В.
ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 333

Филимонов С.Н., Флейшман А.Н., Куликова Л.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛОЗАП» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ И ПРОФПАТОЛОГИЕЙ 334

Содержание

Фонин В.В., Грибачева И.А., Ступак В.В., Останин А.А., Черных Е.Р.
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ 335

Хайрединова О.П., Первова Н.Г., Котова О.А., Пьянкова Е.Э., Попова Т.А.
АНАЛИЗ РАННЕЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИЗНАКАМИ КОРОНАРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ, ТРАНСПОРТИРОВАННЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР 336

Хохлова О.И., Калаева Г.Ю., Устьянцева И.М.
КОСТНЫЕ МАРКЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ 337

Цюрюпа В.Н., Визило Т.Л., Власова И.В.
ИЗМЕНЕНИЯ АКУСТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 338

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ КАЛЬЦИЯ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА 338

Челнакова Л.А., Свешников А.А.
КОЛИЧЕСТВО КАЛЬЦИЯ, УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ ЖИТЕЛЯМИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 339

Шарлаева Е.А., Воробьева Е.Н., Соколова Г.Г., Федоренко В.И., Казызаева А.С., Бубликов Д.С.
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖИТЕЛЕЙ Г. БАРНАУЛА 340

Шишкова Ю.Н., Сундукова Е.Л.
СТРУКТУРА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТОВ С НАРУШЕНИЕМ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА 341

Юровская Г.И., Челышева Г.М.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 342

Блинова И.Ю., Макшанова Г.П., Снигирева Г.Я.
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 343

Блинова И.Ю., Макшанова Г.П., Снигирева Г.Я.
КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОСУЖДЕННЫХ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА БАЗЕ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ ФКУ ИК-5 344

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 349

Ким Л.Б., Шкурупий В.А., Путятина А.Н., Никонова И.К.
СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА В ОРГАНАХ МЫШЕЙ BALB/c 351

Ким Л.Б., Жиляков И.В.
ВЛИЯНИЕ РАДОНСОДЕРЖАЩЕЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ И ФИБРОНЕКТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВЫХ КРЫС И КРЫС С ВОСПАЛЕНИЕМ 351

Радустов В.Ю., Ефремов А.В.
ДИНАМИКА ИЗМЕНИНИЙ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОСТКОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРИОД У КРЫС С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОМ 352

Козлов А.В., Левченко Т.В., Комаров К.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМНО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОСОБЕННОСТЕЙ АНГИОАРХИТЕКТОНИКИ ПРИ АНГИОСОМАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МЕСТА ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ 353

Козлов А.В., Медведев С.Б., Ратько Т.С.
БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СКОЛЬЖЕНИЯ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 355

Козлов А.В., Иваненко А.А., Иваненко В.А.
НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИИ “МАЛЫХ ПРОСТРАНСТВ” 357

Козлов А.В., Афанасьев Л.М., Власова И.В., Левченко Т.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ 359

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ 361

Акбарова М.А., Умаров О.М., Хошимов В.Г.
ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 363

Владзимирский А.В., Мозговой В.В.
ЭЛЕКТРОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ - ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ СФЕРЫ ФТИЗИАТРИИ 364

Дубровин А.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТУПА НАСЕЛЕНИЯ К ИНФОРМАЦИОННЫМ РЕСУРСАМ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.АБАКАНА ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ 365

Карабаев М.К., Махмудов Н.И., Хашимов Х.Г., Акбарова М.А.
ФОРМАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ ПРИ РАЗРАБОТКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ 366

Содержание

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА:
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ XVI ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
6-7 СЕНТЯБРЯ 2012, 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 9 августа 2012 г. Бумага белая, мелованная.
Формат 84x108/16. Гарнитура «AG_Futura». Тираж 300.

ООО «ПРИМУЛА»
650065, г.Кемерово, пр. Ленинградский, 28а, 121
E-mail: primulaprint@mail.ru