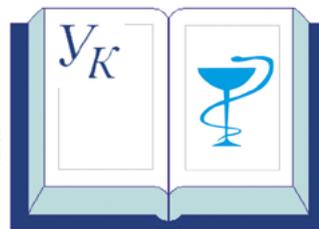


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО



Университетская Клиника

ТОМ 11, № 2, 2015

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главные редакторы: В.Н. Казаков, Б.А. Богданов

В.Л. Коваленко (*ответственный секретарь*)

О.Н. Долгошапко **Д.Ю. Кустов**

Н.С. Дубровская **С.И. Максютенко**

В.В. Иващенко **В.П. Танцюра**

Г.А. Игнатенко **А.В. Чайка**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Г.А. Бондаренко

И.П. Вакуленко

А.Г. Джоджуа

В.А. Клемин

Н.В. Момот

С.В. Налетов

К.П. Павлюченко

А.С. Прилуцкий

Т.В. Проценко

К.Г. Селезнев

Т.П. Тананакина (Луганск)

О.А. Трунова

Университетская клиника

Периодичность:

4 раза в год

Свидетельство
о государственной
регистрации
серия КВ № 9237
от 7 ноября 2004 г.

Издатель журнала:

Учебно-научно-лечебный
комплекс «Университетская
клиника» Донецкого
национального медицинского
университета им. М. Горького,

Рекомендовано к изданию
Ученым советом Донецкого
национального медицинского
университета им. М. Горького
протокол № 4
от 30.06.2015 г.

Дизайн, верстка

А.Ф. Денисенко

Подписано в печать 23.05.2016
Формат 60x84/8.
Гарнитура Cambria.
Усл. печ. л. 6,9
Печать офсетная. Бумага Tecnis.
Заказ № 20-5 Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии
ФЛП Кириенко С.Г. с оригинал
макета заказчика.
Свидетельство о государственной
регистрации физического
лица-предпринимателя № 40160
серия АА02 от 05.12.2014 г. ДНР,
83014, г. Донецк, пр. Дзержинского,
55/105.

Адрес редакции

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16,

Телефон: 050-178-0-777



Материалы

*Международной научно-практической
конференции*

**«Медицина военного
времени.
Донбасс 2014–2015»**

г. Донецк
29–30 октября 2015 г.

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

А.А. Баландин, Е.К. Шраменко, В.С. Костенко
ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

7

A. Balandin, K. Shramenko, V. Kostenko
ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL CARE AND MEDICINE DURING DISASTERS WARFARE

О.И. Бассов
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ НАТО

10

O.I. Bassov
MEDICAL MAINTENANCE OF ARMED FORCES OF THE NATO

А.М. Кардаш, Н.В. Момот, А.И. Листратенко, К.А. Кардаш, В.А. Бондарь, И.Г. Гохфельд
ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С БОЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА. ДОНБАСС 2014–2015 гг.

14

A.M. Kardash, N.V. Momot, A.I. Listratenko, K.A. Kardash, V.A. Bondar, I.G. Gokhfeld
THE ARRANGEMENT of the NEUROSURGICAL CARE PROVISION to the HEAD WOUNDED VICTIMS in the COURSE OF FIGHTING in DONBASS in 2014–2015

В.А. Пеннер, Ж.В. Голованева, В.К. Коновалов, О.С. Харченко
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА ЛУГАНСКА ПО ВРЕМЯ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

20

V.A. Penner, G.V. Golovanjova, V.K. Konovalov, O.S. Harchenko
EXPERIENCE IN PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE TO THE POPULATION OF THE LUGANSK CITY AT THE TIME OF ACTIVE HOSTILITIES

М.В. Сухинин
К ВОПРОСУ ОБ УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

22

M.V. Suhinin
TO THE QUESTION OF HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN HEALTH SYSTEM

Е.В. Чугуй
ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ПЕРИОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ДОНБАССЕ (2014–2015)

25

E.V. Chuguy
ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR THE CHILDREN WITH GUNSHOT INJURIES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM DURING THE HOSTILITIES IN THE DONBAS (2014–2015)

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Т.В. Джоджуа, Э.Б. Яковлева, И.Т. Говоруха
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ HELLP СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

29

T.V. Jojua, E.B. Yakovleva, I.T. Govorukha
DIAGNOSTICS AND INTENSIVE CARE IN PREGNANCY HELLP SYNDROME IN PERINATAL CENTER

Ю.Г. Друпп, В.Л. Подоляка, С.Н. Тутов, Д.В. Подоляка, Г.В. Былым, М.И. Клецова
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

31

Drupp, V. Podolyaka, S. Tutov, D. Podolyaka, G. Bilim, M. Klecova
CONDUCT OF PREGNANT WITH THE THREAT OF TERMINATING PREGNANCY ON A BACKGROUND THE NEURODISTROFIA PROCESS OF SEXUAL INTERNALS

О.В. Носкова, А.В. Чурилов, В.В. Свиридова, Е.В. Литвинова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В КОНТЕКСТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

32

O.V. Noskova, A.V. Churilov, V.V. Sviridova, E.V. Litynova
FEATURES OF THE CURRENT OF DISTURBING STATES AT PREGNANT WOMEN IN THE CONTEXT OF MILITARY OPERATIONS

Д.В. Подоляка, Ю.Г. Друпп, С.Н. Тутов, В.Л. Подоляка, Т.В. Миминошвили, Г.В. Былым
ВЛИЯНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗА И ЯИЧНИКОВ

36

D. Podolyaka, Y. Drupp, S. Tutov, V. Podolyaka, T. Mimosovili, G. Bilim
INFLUENCE OF VIRAL-BACTERIAL INFECTION ON THE FUNCTIONAL STATE OF HYPOPHYSIS AND OVARIES

В.В. Свиридова, А.В. Чурилов, М.И. Клецова, В.С. Костенко, Е.С. Трифонова
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

38

V.V. Sviridov, A.V. Churilov, M.I. Kletsova, E.S. Trifonov.
THE OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPENDAGES DURING WARTIME

НЕЙРОХИРУРГИЯ, НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

В.Ю. Борисов, А.А. Щадько, Е.Г. Гуренко, С.М. Лепшина
СЛУЧАЙ ХОНДРОСАРКОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА СО СТЕНОЗИРОВАНИЕМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

40

V.U. Borisov, A.A. Shchadko, E.G. Gurenko, S.M. Lepshina
BACKBONE HONDROSARCOMA CASE WITH A STENOZIS OF VERTEBRAL CHANNEL

Г.А. Городник, В.И. Черный, И.А. Андропова, К.В. Назаренко, М.А. Андропова
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

42

G. Gorodnik, V. Cherny, I. Andronova, K. Nazarenko, A. Andronova
INTENSIVE CARE FOR SEVERE INJURIES TO THE SKULL AND BRAIN OF VARIOUS ORIGINS IN A REFERRAL CENTER

Ю.Я. Крюк, В.Н. Ельский, С.Е. Золотухин, Г.К. Кривобок, Ю.И. Стрельченко, А.В. Нечепорчук
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ТУРНИКЕТНОЙ ТОКСЕМИИ

47

Y.Y. Kruk, V.N. Jelski, S.E. Zolotukhin, G.K. Krivobok, I.I. Strelchenko, A.V. Necheporchuk
IMMUNOLOGICAL DISORDERS AT ASSOCIATED TRAUMATIC BRAIN INJURY AND TOURNIQUET TOXEMIA

А.А. Гринцова, Е.Г. Ладария, И.А. Боева, В.В. Дмитриенко, А.Ф. Денисенко
ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ХОЗЛ

52

Gryntsova A.A., Ladariya E.G., Boeva I.A., Dmitrienko V.V., Denisenko A.F.
HYPERBARIC OXYGENATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PROFESSIONAL COPD

А.Н. Колесников, С.О. Чернуцкий, Е.А. Дружинская, А.С. Бутко, В.Н. Стасюк, С.А. Дубов, М.М. Симаков, Т.В. Андреева, В.В. Соколовская
ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВОЙ ТРАВМЕ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

55

A.N. Kolesnikov, S.O. Chernutsky, E.A. Druzhinskaya, A.S. Butko, V.N. Stasiuk, S.A. Dubov, M.M. Simakov, T.V. Andreeva, V.V. Sokolovskaya.
EMERGENCY ANESTHESIA CARE AT MASS INJURY WAR TIME

А.А. Лыков, Е.С. Поважная, И.В. Терещенко, И.В. Пеклун, И.В. Зубенко, Л.А. Лыкова
МЕТОДИКИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ПОЛУЧЕННОЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

58

A. Lykov, E. Povazhnaya, I. Tereschenko, I. Peklun, I. Zubenko, L. Lykova
THE METHODS OF PHYSIOTHERAPY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL INJURY CAUSED BY THE MILITARY ACTIVITIES

Н.Н. Смирнова, Г.А. Городник, Е.В. Онищенко
МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ И ПРЕ-ЕМПТИВНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

60

G.A. Gorodnik, N.N. Smirnova, E.V. Onishchenko
MULTIMODAL AND PRE-EMPTIVE ANESTHESIA IN OPTIMIZATION OF PERIOPERATIVE ANALGESIA

ПЕДИАТРИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

А.В. Дубовая, Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова, В.Г. Конов, Н.А. Тонких
ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА, ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

64

G.V. Dubova, Ye.V. Pshenichnaya, Ye.V. Bordyugova, V.G. Konov, N.A. Tonkyh
PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IN CHILDREN IN MILITARY CONFLICTS, WAYS OF ITS CORRECTION

Г.Л. Линчевский, О.К. Головки
О ПУТЯХ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

69

G.L. Linchevsky, O.K. Golovko
ABOUT WAYS TO OPTIMIZE EMERGENCY CARE OF NEWBORNS AT THE PRESENT STAGE

Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, Н.А. Тонких, В.Г. Конов, Н.В. Катрич
КАРДИАЛГИЯ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ ДОНБАССА

71

Ye.V. Pshenichnaya, Ye.V. Bordyugova, G.V. Dubova, N.A. Tonkyh, V.G. Konov, N.V. Katrich
CHILDREN'S CARDIALGIA IN TODAY'S REALITIES OF DONBASS

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

В.А. Абрамов, Е.М. Денисов, О.Н. Голоденко
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ В ДОНБАССЕ

76

V.A. Abramov, E.M. Denisov, O.N. Golodenko
THE FEATURE OF MENTAL HEALTH AND PERSONALITY RESOURCES IN INDIVIDUALS AFFECTED WITH CHRONIC STRESS ASSOCIATED WITH MILITARY ACTIONS IN THE DONBASS

И.А. Бабюк, Г.М. Фирсова, И.И. Сперанский, Д.В. Соболев, Е.А. Рахитянская
РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С МИННО-ВЗРЫВНЫМИ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

79

I.A. Babyuk, G.M. Firsov, I.I. Speranski, D.V. Sobolev, E.A. Rakityanskaya
ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MINE-EXPLOSIVE AND GUNSHOT WOUNDS

В.В. Волобуев, С.В. Титиевский, В.Н. Черепков, В.С. Воеводина, А.В. Кравчук, А.М. Пушкарук
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

82

V.V. Volobuyev, S.V. Titievsky, V.N. Cherepkov, V.S. Voyevodina, A.V. Kravchuk, A.M. Pushkaruk
PSYCHONEUROTIC CONSEQUENCES OF WAR AND EXTREME CONDITIONS OF LIFE IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Е.М. Денисов, В.А. Абрамов, Д.В. Плотников
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У СТУДЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

84

E.M. Denisov, V.A. Abramov, D.V. Plotnikov
ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AMONG STUDENTS IN THE ZONE OF MILITARY CONFLICT

С.В. Титиевский, В.С. Воеводина, В.Н. Черепков, Е.А. Ткаченко, И.М. Гостюк, В.В. Волобуев, М.Б. Доценко
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

87

S.V. Titievsky, V.S. Voyevodina, V.N. Cherepkov, Y.A. Tkachenko, I.M. Gostyuk, V.V. Volobuyev, M.B. Dotsenko
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AMONG INPATIENTS DURING WARFARE IN THE DONBASS

О.А. Проценко, Ал.С. Горбенко
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

91

O.A. Protsenko, Al.S. Gorbenko
FEATURES OF THE MENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT DERMATOSES

ПЕДАГОГИКА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

А.И. Дядык, А.Э. Багрий, М.В. Хоменко, В.Г. Яковенко
ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ ТЕРАПЕВТАМ

93

A.I. Dyadyk, A.E. Bagriy, M.V. Khomenko, V.G. Yakovenko
PULMONARY HYPERTENSION SYNDROME: EDUCATIONAL QUESTIONS IN POSTGRADUATE STUDENTS TRAINING

М.П. Лимаренко, Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, Н.А. Тонких
ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ ФИПО

95

N. Tonkykh
INNOVATIVE TEACHING MEDICAL INTERNS ON DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND NEONATOLOGY FIFE

А.А. Лыков, Е.С. Поважная, И.В. Зубенко, И.В. Пеклун, И.В. Терещенко, Л.П. Томачинская
ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ЦИКЛА «ФИЗИОТЕРАПИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

97

A. Lykov, E. Povazhnaya, I. Zubenko, I. Peklun, I. Tereschenko, L. Tomachinskaya
ABOUT RELEVANCE OF THE STUDY OF «PHYSIOTHERAPY AND PHYSICAL REHABILITATION» CYCLE AT THE PRESENT STAGE

Э.А. Майлян
ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОГО (КЛИНИЧЕСКОГО) МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ — НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

99

E.A. Maylyan
FORMATION MEDICAL (CLINICAL) THINKING IN STUDENTS — AN INTEGRAL PART OF THE PREPARATION OF FUTURE DOCTOR

Е.Н. Налетова, Е.М. Денисова, Н.Н. Канана, Н.В. Сергиенко, Г.И. Баешко
ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ — КУРСАНТОВ И ИНТЕРНОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

100

E.N. Naletova, E.M. Denisova, N.N. Kanana, N.V. Sergienko, G.I. Baeshko
THE PROBLEMS OF DISTANCE LEARNING DOCTORS AND INTERNS IN WARTIME

А.С. Прилуцкий
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

102

A.S. Prilutskiy
INDIVIDUALIZATION OF MEDICAL EDUCATION — A NECESSARY CONDITION FOR THE PREPARATION OF THE FUTURE DOCTOR

А.И. Дядык, А.Э. Багрий, М.В. Хоменко, В.Г. Яковенко
ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ ТЕРАПЕВТАМ

103

A.I. Dyadyk, A.E. Bagriy, M.V. Khomenko, V.G. Yakovenko
METABOLIC SYNDROME CLINICAL ASSESSMENT, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACHES IN POSTGRADUATE STUDENTS TRAINING

И.В. Чайковская, Т.И. Прокофьева, Е.К. Трофимец, И.П. Шелякова, М.Ю. Павленко
НАШИ РЕАЛИИ И ВОЗМОЖНОСТИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

105

I.V. Tchaikovskaya, T.I. Prokofieva, E.K. Trofimits, I.P. Shelyakova, M.Y. Pavlenko
OUR REALITIES AND OPPORTUNITIES IN THE TRAINING OF DOCTORS UNDER DENTAL PROFILE OF THE DISTANCE LEARNING TECHNOLOGIES

МЕДИЦИНА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ (Тезисы)

Абрамов В.А., Голоденко О.Н.
ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ ДИСПОЗИЦИОННОЙ НАДЕЖДЫ, КАК ФАКТОРА АДАПТИВНОГО МЕХАНИЗМА, У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

108

<i>Богданов С.Б., Порханов В.А., Бабичев Р.Г., Поляков А.В., Иващенко Ю.В., Марченко Д.Н., Семенченко А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ПОЛНОСЛОЙНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ	108	<i>Лесниченко Д.А.</i> СТРУКТУРА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ ПО ТЕМЕ «ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ»	116
<i>Вегнер Д.В., Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Сидоренко Ю.А., Шаталов С.А.</i> ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ	109	<i>Мельник В.А., Мельник А.В.</i> ИММУНОПРОФИЛАКТИКА: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ	117
<i>Военный И.В., Коровка С.С., Захарчук А.Н., Гриценко О.О.</i> АНАЛИЗ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БОЕВОЙ НЕЙРОТРАВМЕ	110	<i>Михайличенко В.Ю., Древетняк А.А., Гавриленко С.П.</i> ПОВРЕЖДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСЛЕДСТВИЕ НАХОЖДЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА (клиническое наблюдение)	118
<i>Голоденко О.Н., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА	110	<i>Песчанский Р.Е., Колкин Я.Г., Хацко В.В., Нестеров Н.А., Войтюк В.Н., Бердников М.А.</i> СОЧЕТАННАЯ МИННО-ВЗРЫВНАЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	119
<i>Дубровская Н.С., Мельник А.В., Кустов Д.Ю., Федорова А.В., Шрамко И.А., Лисанова С.В., Валигун Я.С., Вертепная Е.Т., Поповиченко Л.Л.</i> О НЕКОТОРЫХ ИТОГАХ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ УНЛК «УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА» ДОННМУ ЗА ПЕРИОД 2014–2015 гг.	111	<i>Пацкань И.И., Карпенко М.А., Скоробогатый Р.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ БЫТА И СТУДЕНЧЕСКОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЩЕЖИТИЯХ ДОННМУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	120
<i>Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Хачатрян А.А., Крупка А.А.</i> ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ	112	<i>Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф.</i> ТРУДНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПЕРИОД АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ – ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА-ВОЛОНТЕРА	121
<i>Кардаш А.М., Ващенко А.В.</i> ВЛИЯНИЕ ОТКРЫТИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ В СИНУСАХ МОЗГА НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	112	<i>Хацко В.В., Шаталов А.Д., Хачатрян А.А., Бен Амара Брахми Ноамен, Фоминов В.М.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	122
<i>Колесникова А.Г., Остренко В.В.</i> СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ И ВАКЦИН В АРМЕЙСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ И РАЙОНАХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ	113	<i>Чернецкий В.Ю., Уманский К.С., Приколота В.Д., Лобко А.А.</i> ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ И ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ	122
<i>Корж Е.В.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	113	<i>Шаталов С.А., Кузьменко А.Е., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., Песчанский Р.Е., Нестеров Н.А.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	123
<i>Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	114	<i>Шаталов А.Д., Хацко В.В., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Пархоменко А.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН	124
<i>Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., С.В., Войтюк В.Н.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ	115		
<i>Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., Песчанский Р.Е., Нестеров Н.А.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	115		

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

УДК 616-08-039.35+614.8]:355.01

А.А. Баландин, Е.К. Шраменко, В.С. Костенко

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Донецк*

Реферат. В статье изложены современные требования к организации экстренной медицинской помощи пострадавшим и созданию службы медицины катастроф; приведена ее структура в Донецкой Народной Республике. Изложены особенности травматизма в период проведения боевых действий в регионе. Представлен анализ некоторых показателей работы Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, медицина катастроф, «боевая» политравма, хирургическая помощь, летальность

Проблема обеспечения безопасности жизнедеятельности человека в современном мире является чрезвычайно актуальной. Научно-технический прогресс, урбанизация влекут за собой определенные негативные тенденции. В настоящее время наблюдается рост числа природных и особенно техногенных катастроф. Аварии, катастрофы, различные чрезвычайные происшествия встречаются почти ежедневно. Ежегодно в мире, вследствие аварий, катастроф и единичных несчастных случаев гибнет более 2 миллионов человек и около 200 миллионов — получают различные травмы. В настоящее время, в условиях, возникающих на планете вооруженных конфликтов и локальных войн, продолжается совершенствование вопросов оказания этапной помощи раненым. Особенности оказания помощи раненым в локальных войнах впервые проявились во время боевых действий американских войск в Корее (1950–1953) и, особенно, во Вьетнаме (1964–1973). Проблемы безопасности являются также актуальными и для территории Донецкой Народной Республики (ДНР), где происходят боевые действия, а также имеется значительное количество взрывопожароопасных, химических и радиационно-опасных промышленных объектов, угольных шахт и др. Известно, что при оказании экстренной медицинской помощи фактор времени играет решающую роль [1, 2, 4, 5, 6]. Если медицинская помощь пострадавшим оказывается в течение первого часа — из них умирает 30 %, а если к концу третьего часа — умирает до 60 %; при отравлениях же это время исчисляется минутами. Ретроспективный анализ показал, что особенностями войны в Афганистане (1979–1989) стали неблагоприятные климатогеографические

условия горно-пустынной местности, усложнение вертолетной эвакуации раненых вследствие применения противником переносных зенитно-ракетных комплексов, большое количество ранений минно-взрывного характера (до 30 % санитарных потерь хирургического профиля), высокая частота развития опасных инфекционных заболеваний (у 5–8 % раненых) [9]. Согласно данным мировой статистики, из всех умерших вследствие несчастных случаев и катастроф можно было бы спасти до 30 % пострадавших [3, 6]. Вышеуказанные статистические показатели являются результатом того, что части пострадавших медицинская помощь на месте происшествия оказывается некачественно или не в полном объеме, с опозданием по времени или вообще не оказывается. Это является следствием недостатков в организации спасательных работ, а также недостаточной подготовки к оказанию экстренной медицинской помощи всех участников спасательных работ (медицинских работников, спасателей и населения в целом) [6, 7, 8]. Предупредить катастрофы и войны полностью невозможно, однако решить вопросы уменьшения санитарных потерь, путем оптимизации работы службы экстренной медицинской помощи, повышения готовности лечебных учреждений, спасателей, населения к оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим — можно и должно. Для решения этих задач с 1973 года в мире создано новое направление в медицине — медицина катастроф (МК). Основными задачами ее является разработка научных и практических вопросов по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим при различных чрезвычайных ситуациях на основании современных достижений медицинской науки и практики. Следовательно, можно говорить о МК как об одной из составляющих общей системы обеспечения безопасности жизнедеятельности человека в современных условиях. Организация службы МК возлагается на Министерство здравоохранения (МЗ).

МК должна решать следующие задачи:

- оказание пострадавшим в экстремальных ситуациях экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах (выездная консультативная помощь);
- участие в организации проведения комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидеми-

ческих мероприятий в районах, где произошла чрезвычайная ситуация (ЧС);

- координация работы, направленной на обеспечение готовности лечебных учреждений, системы связи, оповещения медицинских и специальных формирований и лечебно-профилактических учреждений к действиям в экстремальных ситуациях;
- обеспечение безопасности (сохранение) персонала, который принимает участие в ликвидации последствий ЧС;
- сбор, анализ, учет и предоставление информации о медико-санитарных потерях при ЧС;
- создание и рациональное использование резерва материально-технических средств для оказания помощи пострадавшим;
- участие в подготовке медицинского персонала и работников других служб, которые оказывают экстренную помощь при ЧС;
- проведение научно-исследовательской работы, связанной с усовершенствованием форм и методов оказания экстренной медицинской помощи во время ЧС;
- участие в международном сотрудничестве по проблемам медицины катастроф.

Основными принципами организации службы медицины катастроф являются:

1. приоритетный характер — государственный; служба создается на базе функционирующих лечебно-профилактических учреждений системы МЗ и других ведомств, клиник научно-исследовательских институтов;

2. централизация и децентрализация управления: централизация обеспечивается единым управлением службой по вертикали; децентрализация предусматривает возможность принятия решения каждым звеном службы и автономного выполнения своих задач при ЧС;

3. территориальный принцип создания с учетом особенностей каждой территории (район, город, область, регион);

4. универсальность подготовки и использования сил и средств службы при различных ЧС (транспортных, химических, радиационных и т.д.);

5. двухэтапная система организации медицинской помощи при ЧС (очаг — лечебное учреждение);

6. возрастание роли 1-го этапа: именно здесь имеется резерв снижения летальности и исходов лечения пострадавших;

7. медицинская сортировка — один из основополагающих принципов оказания помощи;

8. универсальность, мобильность, оперативность и постоянная готовность службы.

Материалы и методы. Республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф («РЦЭМП и МК ДНР»), созданный в 2014 году, является учреждением здравоохранения, основная задача которого — обеспечение организации и оказания экстренной медицинской помощи на территории ДНР. «РЦЭМП и МК ДНР» МЗ ДНР обеспечивает:

- оказание экстренной (скорой) медицинской помощи на догоспитальном этапе гражданам в состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и заболеваниях) и пострадавшим при ЧС;

- предоставление экстренной выездной специализированной консультативной медицинской помощи;

- координацию действий бригад экстренной (скорой) медицинской помощи и учреждений здравоохранения по оказанию экстренной медицинской помощи;

- участие в приеме — передаче информации о чрезвычайных ситуациях (ЧС), участие в ликвидации последствий ЧС.

В составе «РЦЭМП и МК ДНР» имеется оперативно — диспетчерская служба, которая обеспечивает круглосуточный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП) на место происшествия, оперативное управление их работой. Дежурный персонал оперативно-диспетчерской службы имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями «РЦЭМП и МК ДНР», станциями, подстанциями, выездными бригадами, учреждениями здравоохранения, а также прямую связь с оперативными службами городов. На каждой станции, подстанции, пункте постоянного и временного базирования СМП имеется свой диспетчерский отдел по приему вызовов от населения и передачи их бригадам СМП. «Единая диспетчерская» службы экстренной медицинской помощи находится на стадии разработки.

«РЦЭМП и МК ДНР» с начала боевых действий объединяет 6 станций скорой медицинской помощи, которые являются обособленными структурными подразделениями, расположенными в городах Донецке, Макеевке, Горловке, Енакиеве, Торезе, Новоазовске; 35 подстанций и 23 пункта временного и постоянного базирования. Экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе на территории ДНР должны оказывать 190 бригад, из которых 22 специализированные, 89,5 — врачебные, 78,5 — фельдшерские. Однако на сегодняшний день на линию выходят в среднем 150 бригад ежедневно. Кроме того, в состав «РЦЭМП и МК ДНР» входят: отдел выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи №1 (ВКСЭМП №1) и № 2 (ВАГКСЭМП и ИТ — выездные акушерско-гинекологические бригады). «РЦЭМП и МК ДНР» является республиканским информационным узлом в системе медицины катастроф ДНР. При возникновении ЧС, информация о ней поступает в оперативно-диспетчерскую службу «РЦЭМП и МК ДНР», откуда производится оповещение по схеме соответствующих служб и сотрудников. Для оказания экстренной медицинской помощи и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, при необходимости, выдвигаются 42 штатные мобильные бригады постоянной готовности (бригады 1-й очереди скорой медицинской помощи). В ходе рабочей смены на дежурстве в постоянной готовности находятся 14 бригад санитарной авиации по 9 специальностям. В случае возникновения внештатной ситуации формируется 11 специализированных бригад второй очереди. В настоящее время в «РЦЭМП и МК ДНР», укомплектованность штатных должностей медицинскими работниками остается низкой, в связи с особенностью работы и оттоком сотрудников на неподконтрольную территорию. Укомплектованность врачебных должностей физическими лицами составляет — 41 %, что связано с военными действиями на территории ДНР и массовой миграцией населения, в том числе и медицинских кадров. Укомплектованность

штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами также снизилась по сравнению с предыдущим периодом (по тем же причинам) и составляет 76,4 %. Обеспеченность материально-техническими ресурсами «РЦЭМП и МК ДНР»: на балансе «РЦЭМП и МК ДНР» находится 347 санитарных автомобиля. Из них — 91 автомобилей типа «В» и 17 — типа «С» –реанимобиля. В связи с проведением военных действий было изъято 30 автомобилей, 25 — остались на территории Украины, ремонту подлежит 43 автомобиля (17,4 %), списанию 92 (25,3 %). Таким образом, число работающих санитарных автомобилей сократилось до 173 и обеспеченность составляет — 0,75 на 10 тыс. населения, что ниже нормы (1 автомобиль на 10 тыс. населения). Следует отметить достаточно высокий уровень обеспеченности бригад медицинским оборудованием для экстренной диагностики и оказания медицинской помощи. Бригады обеспечены на 100 % — электрокардиографами, на 89 % — дефибрилляторами, на 100 % —дыхательной аппаратурой. Служба снабжена медикаментами и предметами медицинского назначения в полном объеме за счет заключенных договоров. Экстренная медицинская помощь оказывается в полном объеме, в соответствии с разработанными клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения ДНР.

Результаты и обсуждение. С начала боевых действий в нашем регионе бригадами СМП было выполнено 485969 выездов. Всего бригадами СМП обслужено 4022 пострадавших в результате боевых действий, из них 989 женщин, 107 детей; госпитализировано 3215 человек. В структуре минно-взрывных травм преобладали сочетанные — 61 %, изолированные травмы головы составляют — 9 %; туловища — 12,1 %; верхних конечностей — 6,4 %; нижних конечностей — 11,5 %.

Своевременность прибытия бригад СМП до 10 минут (по городу) составила — 79,9 %, до 20 минут (в сельской местности) — 78,1 %, что ниже аналогичных показателей за прошлый год (в городе — 86,1 %, в селе — 84,1 %). Это связано с ведением активных боевых действий на территории ДНР, проверками на блокпостах, уменьшением количества фактически функционирующих бригад на линии, с не укомплектованностью кадрами. Своевременность прибытия бригад на вызов также зависит от оперативности приема-передачи бригаде скорой медицинской помощи вызова. Для оперативности передачи информации бригадам скорой помощи с начала сентября используется покрытие республиканской сотовой связи «Феникс». В структуре вызовов по причинам преобладают внезапные заболевания — 74,9 %; на втором месте — травмы и несчастные случаи — 8,8 %; по сравнению с предыдущим периодом их количество увеличилось (7,5 %) за счет взрывных, осколочных, огнестрельных травм. Консультантами специализированной экстренной медицинской помощи за период активных боевых действий осуществлено 932 выезда к пациентам по вызову лечебно-профилактических учреждений ДНР, из них: проведено 214 оператив-

ных вмешательств, транспортировано в лечебные учреждения третьего уровня 332 пациента. Несмотря на сложные политические и финансовые условия, «РЦЭМП и МК ДНР» обеспечивает бесперебойную работу экстренной медицинской помощи в военное время.

Выводы. Создание единого медицинского пространства, единой вертикали управления и финансирования позволило устранить зависимость от административной принадлежности к территории, повысить оперативность управления, рационально использовать ресурс службы в современных условиях.

A. Balandin, K. Shramenko, V. Kostenko

ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL CARE AND MEDICINE DURING DISASTERS WARFARE

Abstract. *The article outlines the issues of modern requirements to the organization of emergency medical assistance to victims and the establishment of Disaster Medicine Service and its structure is shown in the Donetsk People's Republic. Presented frequency and structure injuries during the fighting in the region. The analysis of some indicators of the Republican center of emergency medical care and disaster medicine is presented.*

Keywords: *emergency medical care, disaster medicine, "combat" polytrauma, surgical care, mortality*

ЛИТЕРАТУРА

1. Букін В.Є., Молдовський Б.М., Поталов С.О., Курочкін Ю.Ф., Ковальова О.В. Організація невідкладної медичної допомоги мешканцям Запоріжжя // Неотложная медицинская помощь.- Сб. ст., Харків. 2005. Вып. 8. - С. 28-31
2. Медицина катастроф: учебное пособие / под ред. В.М. Рябочкина, Г.И. Назаренко. - М.: ИНИ Лтд, 1996. - 261 с.
3. Нагорна А.М., Чепелевська Л.А., Пакін Ю.В., Грузева Т.С., Рингач Н.О. Значення невідкладних станів в формуванні показників смертності і захворюваності населення// Зб. наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. К. 2000. Кн. 1. - С. 47-51
4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях: учебник / Под ред. Н.Н. Винничука, В.В. Давыдова. СПб: СПХФА, 2003. - 187 с.
5. Пушкин А.А. Сочетанная травма. Ростов-на Дону, 1998.- 315 с.
6. Рольф Вайдль, Иоганес Ренч, Готтфрид Штерцель. Экстренная помощь на догоспитальном этапе // Практическое руководство. Перевод с немецкого В.И. Буткевича. К., 1998. - 271 с.
7. Рошнін Г.Г., Волошин В.О., Градун Ю.Г., Михайловський М.М., Набоченко О.З. Планування медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території при надзвичайних ситуаціях // Методичні рекомендації. К., 2000. - 102 с.
8. Хвисько Н.И., Рынденко В.Г., Бойко В.В., Зайцев А.Е., Завеля М.И., Рынденко С.В., Соханева И.Л., Костиков Ю.П. Оказание помощи пострадавшим с политравмой. Проблемы и суждения // В сборнике «Неотложная медицинская помощь». Харьков, 2002. Вып. 5. - С. 12-18
9. Хвисько Н.И., Рынденко В.Г., Бойко В.В., Зайцев А.Е. Некоторые аспекты оказания помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями // Проблемы військової охорони здоров'я. Зб. ст., К. - 2002, вип. 11. - С. 99-104

О.И. Бассов

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ НАТО*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк*

Реферат: Представлен анализ военно-медицинской доктрины Объединенных вооруженных сил Североатлантического блока, структура и особенности оказания медицинской помощи на театре военных действий.

Ключевые слова: медицинское обеспечение войск

Структура и задачи медицинской службы Объединенных вооруженных сил Североатлантического блока (ОВС НАТО) регламентированы Руководством НАТО по логистике (справочник по тыловому обеспечению НАТО, Брюссель 256, 2012) [1].

Согласно Руководства — «Эффективное и надежное военно-медицинское обеспечение направлено на сохранение боевых сил». Медицинской службой ОВС НАТО здоровье в оперативном контексте рассматривается не как состояния отсутствия травм или болезни, рассматривается, как способность выполнять боевые задачи без ограничений со стороны физических, психологических или социальных проблем. Таким образом, здоровье рассматривается как ключевая составляющая силы боевой мощи».

Комитет Начальников Штабов ОВС НАТО уделяет особое внимание улучшению медицинского обеспечения войск: увеличивается количество бронированной медицинской техники, существенно повышена мобильность медицинских частей и подразделений, улучшена техническая оснащенность полевых медицинских учреждений. В последние годы внедрена автоматизированная система учета и распределения медицинского имущества, запасы которого в среднем рассчитаны на 30 суток боевых действий, проведена унифицированная стандартизация медицинского оборудования для всех национальных систем здравоохранения и др.

Согласно принципам работы НАТО, национальные системы здравоохранения несут полную ответственность за предоставление медицинской помощи своим силам, выделенных в НАТО.

В боевых условиях медицинское обеспечение войск включает в себя: структуры командования и управления, системы лечения, эвакуации и медицинской логистики [1].

Сроки лечения. Согласно медицинской Доктрине в течение 1 часа, «золотой час», от момента ранения пострадавший должен быть доставлен в лечебное учреждение, где ему будет оказана медицинскую помощь в полном объеме и проведено соответствующее лечение до полного выздоровления. В тоже время, в условиях боевой обстановки, с учетом времени года, суток, погодных условий, характера местности, наличия средств эвакуации достичь этого показателя не всегда представляется возможным. Планируемый срок доставки раненого (с учетом выполнения мероприятий первой врачебной помощи) до этапа неотложных хирургических вмешательств (*damage control surgery*)

руководящими документами по медицинскому обеспечению воинских контингентов НАТО решено увеличивать от 2-х до 4-х часов времени доставки раненого до этапа специализированной хирургической помощи (наличие компьютерного томографа, возможностей экстракорпоральной детоксикации, современных лабораторных методов исследования и т.д.) [1].

При организации медицинского обеспечения принимается во внимание маневренность и скоротечность ведения боевых действий, отрыв соединений и частей от главных сил в ходе операции на театре военных действий (ТВД), что в значительной степени усложняет условия деятельности медицинской службы, предъявляет высокие требования к медицинскому персоналу.

Ответственность за медицинское обеспечение войск блока *полностью возлагается на национальные медицинские службы*. Практическое решение задач по медицинскому обеспечению предполагается осуществлять совместными усилиями военно-медицинских служб и гражданских органов здравоохранения.

Медицинское обеспечение в ОВС НАТО подразделяется на две категории — медицинское обеспечение на поле боя и медицинское обслуживание.

Медицинское обеспечение на поле боя осуществляется штатными медицинскими подразделениями и частями армейских корпусов, дивизий, бригад, полков, батальонов и равных им соединений, частей и подразделений сухопутных войск, ВВС и ВМС.

Медицинское обслуживание осуществляется медицинскими службами, находящимися в оперативном подчинении полевых армий, групп армий, объединенных авиационных и морских командований.

Силы и средства медицинской службы сухопутных войск размещаются на ТВД в соответствии с созданной группировкой и включают четыре эшелона:

- медицинская служба батальонов;
- медицинская служба дивизий;
- медицинская служба армейских корпусов;
- силы и средства медицинской службы в зоне коммуникаций.

По мнению специалистов НАТО, основой эффективного медицинского обеспечения при массовом поступлении раненых и пораженных на всех этапах является медицинская сортировка. Она заключается в классификацию раненых и пораженных по виду поражения и степени его тяжести, определении вероятности выживания раненых и назначении очередности лечения и эвакуации с целью оказания медицинской помощи возможно большему числу раненых и пораженных.

В соответствии с объемом необходимой медицинской помощи и шансами на выживание раненые и пораженные делятся на четыре группы [2]:

- «красные» — тяжелораненые (без оказания медицинской помощи смерть наступает в течение минут-часов);

- «желтые» — раненые средней тяжести и тяжелораненые (без оказания медицинской помощи увеличивается риск осложнений, приводящих к смерти в ближайшие часы);

- «зеленые» — легкораненые;

- «черные» — агонирующие.

В зоне боевых действий и в зоне коммуникаций группировки войск НАТО на ТВД создается единая и непрерывная система медицинского обеспечения, включающая эвакуацию, лечение раненых, больных и пораженных, а также медицинское снабжение войск медикаментами, медицинским имуществом и оборудованием. Структура медицинской службы группировки войск НАТО соответствует организационной структуре группировки войск.

Структура и возможности медицинских подразделений и частей в вооруженных силах стран НАТО различны.

В большинстве стран НАТО медико-санитарная служба выделена в отдельный род войск и по целевому предназначению относится к войскам тылового обеспечения. Организационно медико-санитарные части и подразделения входят в объединения, соединения и части видов вооруженных сил всех родов войск.

Лечебные учреждения НАТО, классифицируются в соответствии с их возможностями лечения в системе этапов [1, 2, 3].

Этап 1 (уровень батальона). Медицинская помощь предусматривает простейшую первичную медико-санитарную помощь (в т.ч. сортировку, раннюю реанимацию) и включает в себя первую помощь (само и взаимопомощь, парамедики), доврачебную помощь, первую врачебную помощь. Относится к сфере национальной ответственности.

Этап 2 (уровень бригады, дивизии). Обеспечивает промежуточные возможности для приема и сортировки раненых и пострадавших, а также выполнение реанимации и лечения шока в большем объеме, чем на Этапе 1. На этом этапе раненым и пострадавшим проводятся лабораторные и радиологические обследования. Этап 2 также может включать стоматологическую и физиотерапию помощь, психологическую поддержку, профилактическую помощь и другие виды лечебно-профилактических мероприятий. Исходя из особенностей боевой обстановки, раненые и больные могут задерживаться на этапе до момента эвакуации на следующий этап. Раненые и пострадавшие могут эвакуироваться санитарным транспортом на этапы медицинского обеспечения и обслуживания, находящиеся в национальной юрисдикции либо ведущей страны зоны ответственности.

Этап 3 предназначен для обеспечения вторичной (специализированной) медицинской помощи. Обеспечивается госпитализация в отделения с хирургическими возможностями оказания отдельных видов специализированной помощи, например, ожоговой или нейрохирургической. Медицинская помощь оказывается врачами различных специальностей. Этот этап относится к сфере национальной ответственности, но может быть многонациональным. При необходимости может обеспечивать медицинскую помощь на уровень выше.

Уровень 4 предоставляет полный спектр специализированной медицинской помощи, которая не может быть оказана на ТВД или требует слишком

много времени, чтобы проводить лечение в полном объеме. Как правило, лечение приводится в стране проживания или стране других союзников. Во многих странах НАТО оказание медицинской помощи на Уровне 4 предусмотрено в рамках национальной системы гражданского здравоохранения.

В руководящих документах по медицинскому обеспечению зарубежных стран НАТО, эвакуация раненых и больных подразделяется на:

- *Передовую* (медицинскую) — от места ранения до этапа оказания медицинской помощи. В зависимости от характера повреждения и нуждаемости в оказании того или иного вида помощи это может быть: медицинская рота, военный полевой госпиталь, развернутые в пределах досягаемости эвакуационного транспорта с учетом времени, затрачиваемого на доставку раненого.

- *Тактическую* — перемещение раненых и больных между этапами медицинской эвакуации, развернутыми в пределах ТВД с учетом нуждаемости в оказании специализированных видов медицинской помощи.

- *Стратегическую* — эвакуация раненых и больных за пределы ТВД [4].

Схема медицинской эвакуации.

В первые 10 минут от момента ранения раненому выполняются мероприятия расширенной первой помощи (остановка кровотечения, контроль состояния дыхания), осуществляемые либо военнослужащим, владеющим навыками оказания этого вида помощи, либо штатным медицинским персоналом подразделения. В течение 1 часа с момента ранения за раненым прибывает эвакуационный транспорт (вертолет) с подготовленным медицинским персоналом на борту (врачи, медицинские сестры, парамедики), имеющим опыт оказания помощи и способным обеспечить контроль состояния кровообращения, дыхания, проведение инфузионной терапии, обезболивания во время эвакуации в лечебное учреждение на следующий этап. Раненные, нуждающиеся в специализированной хирургической помощи, с использованием воздушного транспорта доставляются на этап медицинской эвакуации, оснащенный для этого всем необходимым не позднее 2 часов от момента ранения. При этом эвакуация не обязательно должна проходить в ближайшее лечебное учреждение.

Основные полевые медицинские формирования США в зоне боевых действий

Медицинский взвод (Medical Platoon) [5] состоит из 4 подразделений:

- штаб-квартира: 1 командир взвода/батальона хирург (MAJ), 1 полевой ассистент (фельдшер — LT), 1 сержант (MSG) и 1 сержант скорой медицинской помощи (SGT);

- отряд медицинского лечения: 1 полевой хирург (CPT), 2 медсестры лечение (WO), 6 сержантов скорой медицинской помощи (SGT);

- отряд скорой помощи: (4 бригады скорой медицинской помощи) 1 сержант скорой помощи (SGT), 4 специалиста скорой помощи (CPL), 4 водителя скорой помощи (PVT);

- боевой медицинский отряд: 1 медсестра травматологической помощи/начальник отдела (WO), 3 медсестры травматологической помощи (WO), 12 медиков травматологической помощи (SGT).

Медицинский взвод оказывает первую помощь, неотложную медицинскую помощь для стабили-

зации состояния тяжелораненых для транспортировки на этап оказания медицинской помощи в зоне действия батальона. Медицинский взвод имеет 5 автомобилей.

Батальонная станция медицинской помощи (Battalion aid Stations) [6]

Станция батальонной помощи является медицинским подразделением в батальоне поддержки компании Соединенных Штатов, в частности, армии и корпуса морской пехоты. Как таковая, она является передовым медицинским подразделением (отрядом), предназначенным для оказания медицинской помощи на месте. В мирное время она возглавляется врачом хирургом (старший лейтенант в армии медицинской службы корпуса или лейтенанта от военно-морского флота медицинский корпус). Во время боя, он руководит взводом и выполняет простейшие медицинские операции. Основная задача станции батальона — помощь в сборе раненых и больных из батальона и стабилизация состояния пациентов.

Станция батальонной помощи может быть разделена на два функциональных блока. Основной блок или «главная станция помощи», состоит из врача и трех 68W (медик боевой — аналог санитар-структура) или санитар и передовой станции скорой помощи, состоящий из помощника врача и еще троих боевых медиков или санитаров.

Медицинская компания передовой поддержки (forward support medical company) [7]

Медицинская компания передовой поддержки поддерживается бригаду области в зоне ответственности. Компания состоит из штаб-квартиры компании, взвода лечения и взвода скорой помощи.

Компания выполняет следующие функции:

- лечение легкораненых и больных, медицинская сортировка при массовых санитарных потерях, начальная реанимации и стабилизация, расширенная хирургическая помощь по показаниям, и подготовка к дальнейшей эвакуации пациентов неспособных вернуться в часть;
- эвакуацию пациентов санитарными автомобилями из Станции батальонной помощи;
- коллекция очков по бальной шкале оценки тяжести поражения или ранения;
- неотложная стоматологическая помощь;
- экстренное медицинское снабжение бригады области;
- лабораторные и рентгеновские исследования;
- оказание амбулаторных консультационных услуг для пациентов, направленных из войск (до 40 пациентов в сутки). Может работать непрерывно 72 часа.

Принципы модульной медицинской система поддержки

Модульная система стандартизирует медицинское обеспечение. Модули дублируются в разных медицинских подразделениях лечения, чтобы при необходимости их можно было соединить, увеличить, оказать поддержку взводами усиления тем медицинским учреждениям, где имеется наибольшая потребность.

Команда скорой помощи. Может состоять из двух команд: эвакуирующую пациентов и оказывающую уход за ранеными во время эвакуации.

Команда лечения. Эта команда оказывает неотложную медицинскую помощь, направленную на

реанимацию и стабилизацию состояния пациентов, для эвакуации или дальнейшего лечения. Эти команды входят в состав медицинского взвода батальонов маневра и передовой боевой больницы. Вне боевых действий команды обеспечивают вывоза больных в зоне ответственности.

Передовая хирургическая бригада — FST (Forward surgical teams) [8]

FST армии это небольшие, мобильные хирургические отделения, используемые с 1990 г. FST используются в различных формах, и может быть прикреплена к передовой группе медицинской компании (Forward Support Medical Company (FSMC)), площадь поддержки медицинской компании (Area Support Medical Company (ASMC)), бригаде медицинской компании (Brigade Medical Company, также известный как C-Med) или в некоторых случаях самостоятельно (при соответствующей поддержке) для оказания хирургической помощи по жизненным показаниям (для пациентов, неспособных выжить без данной помощи до уровня этапа 2 или 3 (больница) помощи. Хирурги выполняют операции при боевых потерях в пределах «золотого часа». Раненые также могут быть подготовлены для дальнейшей медицинской эвакуации на более высокий уровень медицинского обеспечения. FST обычно включает в себя 20 сотрудников: 4 хирурга, 3 медсестры, 2 сертифицированных зарегистрированных анестезиологических медсестры (CRNAs), 1 административный сотрудник, 1 отрядный сержант, 3 лицензированных практических медсестры (LPN), 3 хирургических техника и 3 медиков.

По положению, команда способна непрерывно оказывать медицинскую помощь в течение 72 часов с плановой нагрузкой до 30 пациентов в критическом состоянии. FST может поддерживать операции в течение 24 часов на общем операционном столе и имеет возможность разделиться на две команды, которые функционируют независимо друг от друга.

FST в настоящее время развернуты в Афганистане и Ираке.

FST состоит из четырех функциональных подразделений:

- Штаб-квартира — Коммуникации и административных функций;
- ATLS (расширенная поддержка жизни травмированных) — готовит пациентов для хирургической операции или транспортировки и имеет в общей сложности 4 кровати;
- OR (операционный зал) — устанавливает и проводит операции в течение одного часа, может работать на полную мощность в течение двух часов в установленном районе операций;
- RECOVERY (восстановление) отделение интенсивной терапии (ICU) — восемь кроватей для послеоперационного ухода, две кровати зарезервированы для пациентов, ожидающих эвакуации.

Оборудование и медицинское имущество размещается в шести джипах с прицепами. FST может быть погружен на грузовые вертолеты. В настоящее время имеется также 5 воздушно-десантных FST в армии США.

Больница боевого обеспечения (Combat Support Hospital, (CSH)) [9]

CSH является одним из видов полевых госпиталей современных вооруженных сил Соединенных Штатов. CSH может транспортироваться самолета-

ми и грузовиками и, как правило, поставляются в корпус поддержки района в стандартных съемных грузовых контейнерах (MILVAN).

После перевозки сотрудниками развертывается палаточный госпиталь для лечения пациентов. В зависимости от обстановки, CSH может оказывать медицинскую помощь гражданским и военнопленным. CSH является преемником мобильной армейского хирургического госпиталя.

Размер больницы CSH не ограничивается, как правило, развертывается от 16 до 256 больничных коек (наиболее распространенный вариант на 84 койки).

Для ухода за пациентами CSH имеются палаты-боксы с климат-контролем, аптека, лаборатория, рентгеновское отделение (часто с компьютерным томографом), и стоматологический кабинет. Имеются автономные источники электропитания (генераторы).

Большим оперативным преимуществом развертывания Medical Systems (DEPMEDS) объекта является использование одинарных или двойных расширенных контейнеров ISQ. Эти контейнеры способны создавать жесткие подразделения (отделения) с кондиционером, например, для стерильных операционных залов и отделений интенсивной терапии, с условиями схожими с больницами.

CSH имеет два отдельных компонента: общая база больницы — HUB (Hospital Unit Base) и единая хирургическая больница — HUS (Hospital Unit Surgical). HUS персонал состоит из хирургов, хирургических медсестер, хирургической техники, анестезиологов и медсестер-анестезисток. HUB состоит из всех других больниц и вспомогательного персонала, в том числе общественного питания, автомобильного парка, госпитализации (PAD), медсестер, биомедицинских инженеров, прачечной и бани, и т.д. В концепции, HUS может быть действовать отдельно или взаимодействовать с HUB.

CSH довольно крупные медицинские подразделения, с низкой мобильностью, поэтому они не используются вблизи передовой.

Станции батальона помощи, медицинские батальоны и передовые хирургические бригады, как правило, первая точка контакта медицинской помощи для раненых солдат. CSH получает большинство пациентов с помощью вертолетов санитарной авиации, и стабилизирует этих больных для дальнейшего лечения в стационарной больнице. В идеале, CSH расположена в качестве моста между санитарными вертолетами и самолетами ВВС.

CSH способна обеспечить окончательное лечение во многих случаях, однако, согласно медицинской доктрине в CSH остаются для лечения только легко раненые, способные быстро вернуть в строй. Военные самолеты постоянно летают в ТВД с грузом и часто обратно летят порожняком. Учитывая, что адекватный «воздушный мост» обычно присутствует, легко эвакуировать раненых в кратчайшие сроки. По этой причине CSH не так активно используется как в прошлых конфликтах.

CSH, как правило, имеют медицинскую бригаду эвакуации. Эта бригада состоит из примерно 4-х взводов полевой скорой помощи под командованием офицера медицинской службы корпуса. Скорая помощь компании в сотрудничестве с имеющейся авиацией скорой помощи (MEDEVAC) отвечает за движения больных и раненых от станции батальона помощи и

других передовых мест базирования до CSH, а также за эвакуацию на следующий уровень медицинской помощи в сотрудничестве с ВВС США.

CSH больше, чем его предшественник, мобильный армейский хирургический госпиталь. CSH возглавляет полковник.

Полностью укомплектованный CSH имеет 624 сотрудника и 256 коек. Модульный характер организации позволяет частичное развертывание.

Медицинская тактика

С учетом опыта боевых действий в операциях «Буря в пустыне» (1991 г.) и «Решительная сила» против Югославии (1999 г.) при медицинском обеспечении операций «Несгибаемая Свобода» против Афганистана (2001 г.) и «Свобода Ирака» (2003 г.) была изменена медицинская тактика. Вместо развертывания в зоне боевых действий большого количества военных полевых госпиталей основные усилия медицинской службы были направлены на скорейшую медицинскую эвакуацию раненых на уровень IV [10].

Основным мобильным медицинским формированием стала передовая хирургическая бригада (FST), которая вместо того чтобы лечить сложные ранения на месте основные усилия направлены на стабилизацию пациентов до состояния транспортабельности и проведения скорейшей эвакуации.

Основным уровнем стали боевые госпитали поддержки (CSHs), откуда легко раненых эвакуировали в Кувейт и меньше в Катар (уровень IV), а также на корабль-госпиталь. Все ранения средней тяжести и тяжелые немедленно грузились на специально оборудованные санитарные транспортники — оснащенные реанимационным оборудованием самолеты, своего рода летающие операционные — и незамедлительно переправлялись в основном в Германию или в Армейский медицинский центр в Сан-Антонио, Техас (уровень IV).

Выводы. В XXI в. в странах НАТО изменилась медицинская тактика в организации медицинской помощи в вооруженных конфликтах. Основное внимание уделено быстрейшей медицинской эвакуации раненых с поля боя на IV уровень оказания медицинской помощи. Медицинские формирования в зоне боевых действий стараются оказать неотложную медицинскую помощь для стабилизации состояния пациента до уровня транспортабельности. Оперативные вмешательства при этом осуществлялись в основном по жизненным показателям.

Получила широкое применение аэромобильная (авиационная) эвакуация. Основная схема эвакуации представлена в среднем так — оказание неотложной помощи методом само и взаимопомощи на поле боя и немедленный вызов вертолета. Обычно использовались многоцелевые вертолеты «Хьюи» (Huey) или любой отстрелявшийся и находившийся поблизости «Блэк Хок». В «Хьюи» находится парамедик, а эвакуация на попутном «Блэк Хоке» могла быть осуществлена без специального сопровождающего в перевалочный пункт, куда уже выходил более крупный вертолет «Чинук» с фельдшерской бригадой или даже с врачом (в случае если раненных оказывалось около десятка и более). Зачастую раненых доставляют прямо на аэродром базирования, где находилась врачебная бригада для оказания квалифицированной помощи в полном объеме. После оказания регламентированного объема медицинской помощи авиацией раненые и пораженные

эвакуировались в госпитальные базы в Европу для специализированного лечения. Для медицинской эвакуации тяжелораненых использовались специально оборудованные санитарные самолеты.

Мобильные медицинские формирования стали более мобильные, автономные, оснащенные современными средствами связи (интернет имеется с уровня медицинского взвода), автомобилями повышенной проходимости.

O.I. Bassov

MEDICAL MAINTENANCE OF ARMED FORCES OF THE NATO

Abstract. *The Presented analysis military-medical doctrine United armed power NATO, structure and particularities of the rendering medical help on theatre of the hostilities.*

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.nato.int/docu/logi-en/logist97.htm>

2. http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream.com/PermaLink/TA/A/TA_73_7_2012_07_02_BOWMAN_205412_SDC3.doc
3. <http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA444944>
4. <http://ftp.rta.nato.int/public//PubFullText/RTO/MP/RTO-MP-HFM-157///MP-HFM-157-01.doc>
5. <http://www.slideshare.net/MintchoMintchev/the-medical-platoon>
6. http://en.wikipedia.org/wiki/Battalion_Aid_Stations
7. http://library.enlisted.info/field-manuals/series-1/FM63_20/CH9.PDF
8. http://en.wikipedia.org/wiki/Forward_Surgical_Teams
9. http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_support_hospital
10. Military medicine: from ancient times to the 21st century / Jack E. McCallum. p.; cm. Includes bibliographical references and index. [DNLM: 1. Military Medicine—History—Handbooks. WZ 80 M4892m 2008]

УДК 616.831+617.51] - 001.45—89:355.01

А.М. Кардаш, Н.В. Момот, А.И. Листратенко, К.А. Кардаш, В.А. Бондарь, И.Г. Гохфельд

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С БОЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА. ДОНБАСС 2014–2015 гг.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Целью данного исследования являлось обобщение опыта организации нейрохирургической помощи пострадавшим военным служащим и мирному населению с боевыми ранениями черепа и головного мозга в ходе боевых действий на территории Донецкой народной республики в 2014–2015 гг. Нейрохирургическая помощь была оказана 3679 раненым и пострадавшим с боевой травмой обратившимся и доставленным в приемное отделение республиканского медицинского центра нейрохирургии на базе республиканского медицинского объединения. Боевые действия в неэвакуированном мегаполисе с использованием всех видов вооружения, как и оказание специализированной помощи имеют свои отличительные особенности. Так раненые в голову составляли более половины всех пострадавших, около 66 %. Гражданское население составляло 25 % обратившихся и 31,4 % госпитализированных пострадавших. Госпитализировано было 932 (18,9 %) раненых. Большинство раненых — 704 (96,2 %) были доставлены в первые сутки из них 296 (40,4 %) в первые 3 часа. Пулевые ранения имелись у 56 (7,6 %) пострадавших, осколочные у 457 (62,4 %) и минно-взрывные у 592 (72,3 %). Ранение мягких тканей покрова черепа выявлено у 1159 (31,5 %) из обратившихся раненых. Непроницающие ранения наблюдались у 109 (14,9 %) из госпитализированных больных, проникающие у 332 (45,35). Операции на черепе и головном мозге произведены 481 больному. Закрытая черепно-мозговая травма имела место у 314 (43 %) раненых, сдавление мозга у 63 (8,6 %). Из госпитализированных больных умерло 92 (12,6 %), после операции умерло 77 (14,9 %). Проведенный анализ всех клинических случаев показал, что тактика и лечение, проводимое раненым в голову, была правильной и своевременной.

Ключевые слова. *Боевая травма головы, боевые действия в мегаполисе, организация нейрохирургической помощи, лечение, хирургическая реабилитация.*

Актуальность. Черепно-мозговая травма, в частности огнестрельные ранения черепа и головного мозга, относятся к важнейшим проблемам современной хирургии повреждений. Это объяс-

няется возрастанием их удельного веса в структуре травматизма из-за локальных боевых конфликтов, вооруженных нападений, террористических актов, а также в связи с высоким уровнем летальности, осложнений и инвалидизации пострадавших [2, 3, 4, 5].

Особенностью военного конфликта на Донбассе являлось то, что боевые действия проходили в условиях не эвакуированного мегаполиса, применялись все виды вооружения, медицинские учреждения оказывали все виды помощи в том числе специализированную в зоне боевых действий, как военным служащим, так и мирному населению. Все эти обстоятельства диктуют тактику современного подхода в организации комплексной специализированной помощи пострадавшим [1, 6, 8]. Целью исследования являлось обобщение опыта организации нейрохирургической помощи раненым и пострадавшим в ходе боевых действий военным служащим и мирному населению на территории Донецкой народной республики в 2014–2015 гг.

Материалы и методы. Характеристика региона боевых действий. Донбасс — это самый густонаселенный регион Украины (≈7 млн. населения) с большим количеством городов и рабочих поселков, развитой промышленностью с преобладанием горнорудной, металлургической (≈7 металлургических заводов), химической и тяжелым машиностроением. Плотность населения в г. Донецке 2705,3 чел/км² — по плотности населения это третий город Украины после Харькова 4687 чел/км² и г. Киева 3383,3 чел/км².

Характеристика боевых действий: боевые действия осуществлялись на небольших по площади территориях и в основном в населенных пунктах. Использовались все виды вооружения (даже баллистические ракеты — «Точка У»). Поражающее действие стрелкового оружия не являлось доми-

нирующим, преобладали осколочные ранения. Значительный процент среди раненых составляли пораженные «вторичными снарядами» при обрушении зданий. Большую часть среди пострадавших, помимо ополченцев, составляли мирные жители и дети, получившие ранения при обстрелах жилых районов.

Характеристика медицинской службы региона: Донбасс всегда отличался хорошим медицинским обеспечением по сравнению с другими регионами Украины. Следует отметить, что при боевых действиях основная деятельность медицинской службы была сохранена, большинство больниц работало, основной врачебный состав больниц был сохранен и был работоспособен.

Всем пострадавшим в результате боевых действий (военным и гражданскому населению) медицинскую помощь оказывали в городских и республиканских больницах, военно-медицинская служба развернута не была.

В городе Донецке постоянно работали:

- Республиканское медицинское объединение, в состав которого входит Республиканский центр нейрохирургии (120 коек + 15 нейрореанимационных). Помимо Республиканского центра нейрохирургии в г.г. Горловка, Макеевка имелись городские нейрохирургические отделения (соответственно 30 и 40 коек). Диагностический центр Республиканского медицинского объединения оснащен двумя МРТ, КТ и ПЭТ. Нейрохирургический центр имеет пять операционных блоков, КТ работающий в круглосуточном режиме, ангиограф, навигатор, три операционных микроскопа, три эндоскопические стойки, операционный S-образный флюорограф.

- Республиканский научно-практический травматологический центр (2 нейрохирургических отделения на 20 и 40 коек) и НИИ травматологии и ортопедии.

- Республиканский НИИ неотложной хирургии им. В.К. Гусака с современным межрегиональным ожоговым центром и лабораторией культивирования тканей.

- городские больницы.

В городах Донецкой Народной Республики функционировала «скорая помощь», а на территории республики — служба экстренной медицинской помощи («санитарная авиация»).

Этапы оказания нейрохирургической помощи: пострадавшим в бою с открытой и закрытой ЧМТ после наложения асептической повязки оказывалась: а) квалифицированная медицинская помощь (остановка кровотечения, проведение противошоковых мероприятий, интенсивная терапия) и при выявлении нейрохирургической патологии пострадавший переводился в специализированное нейрохирургическое отделение; б) специализированная нейрохирургическая помощь представляла собой полный комплекс диагностических мероприятий, включающий оценку тяжести, состояния пострадавшего, его неврологический статус с топической диагностикой, подтверждающийся нейровизуализацией при СКТ исследовании, криографии, при необходимости КТ ангиографии, МРТ, лабораторными методами исследования, осмотрами смежных специалистов (ЛОР, окулистами, травматологами, челюстно-лицевыми хирургами, комбустиологами). Нейрохирургический центр

обеспечен круглосуточным функционированием КТ службы, постоянной готовностью 2-х ургентных операционных с возможностью одноментного проведения в них оперативных нейрохирургических пособий, что позволяло нам минимизировать время от момента поступления больного до проведения оперативного пособия. Иногда раненого сразу привозили в нейрохирургическое отделение минуя городские больницы. Транспортировкой пострадавших военнослужащих занимались санструкторы и сами военнослужащие, их перевозили на непригодных грузовых и легковых автомобилях. Чаще всего в ближайшую городскую больницу. Гражданскому населению первая медицинская помощь оказывалась бригадами скорой помощи и пострадавших чаще привозили в специализированные нейрохирургические отделения. В тех случаях когда раненого из городской больницы по какой либо причине транспортировать было невозможно, нейрохирургическая помощь оказывалась по линии «санитарной авиации». При легкой черепно-мозговой травме (сотрясение головного мозга, ушибленная рана головы) пострадавший продолжал лечение в городской больнице. При сочетанных обширных травмах, ожогах пострадавший поступал в профильные медучреждения г. Донецка, где всегда мог получить квалифицированную помощь нейрохирурга.

За период с апреля 2014 г. по апрель 2015 г. нейрохирургической службой ДНР была оказана помощь 3679 пострадавшим с ранениями головы: военнослужащих было 2756 (75 %), гражданского населения — 923 (25 %). Мужчины преобладали их было 3363 (91,4 %), женщин 316 (8,6 %), детей 42 (1,8 % мирного населения). Возраст пострадавших распределялся от 1 года до 85 лет. Основную массу раненых составляли пациенты трех возрастных групп (73,65 %), 30–39 лет — 1471 (40 %); 40–49 лет — 820 (22,3 %); 49–50 лет — 415 (11,3 %).

Результаты и их обсуждение. При анализе поступивших в приемное отделение пострадавших, у половины обратившихся даже не было следов травмы на голове. У многих наблюдались элементы эмоционального срыва. Это объясняется тем, что нейрохирургический центр расположен вблизи районов боевых действий и все пострадавшие, особенно после длительных артобстрелов, самостоятельно без медицинских направлений добирались в приемное отделение. Пострадавшие с нейрохирургической патологией, в основном мирные жители, доставлялись бригадами скорой помощи, которые уже проводили минимальную сортировку раненых. После обследования в приемном отделении была госпитализирована пятая часть доставленных пострадавших. Таким образом, сортировка и обследование раненых проводилась в приемном отделении нейрохирургического центра.

Из всех доставленных в нейрохирургические отделения раненых были госпитализированы 732 (18,9 %) из них 502 (68,5 %) военнослужащих и 230 (31,4 %) мирных жителей.

Подавляющее большинство раненых — 704 (96,2 %) были доставлены в нейрохирургические отделения в первые сутки, из них 296 (40,4 %) в первые 3 часа. У госпитализированных раненых с огнестрельными ранениями пулевые ранения имелись у 56 (7,6 %) пострадавших, осколочные ранения и



Рис. 1. Осколочные ранящие снаряды

ранения специальными ранящими снарядами (различными по форме, размерам и по составу — рис. 1) у 457 (62,4 %), минно-взрывные у 529 (72,3 %).

По виду раневого канала: у 345 (47,1 %) раненых наблюдались слепые ранения черепа и головного мозга, у 6 (5,8 %) — сквозные. Из госпитализированных раненых по характеру ранения мы выделили три основные группы:

1. ранения мягких тканей покрова черепа — 1159 (31,5 %) из всех обратившихся;
2. непроникающие ранения костей черепа — 109 (14,9 %) из госпитализированных больных;
3. проникающая черепно-мозговая травма 332 (45,3 %) из госпитализированных больных.

Непроникающие и проникающие ранения черепа, относятся к категории тяжелых ранений костей черепа и головного мозга.

1-ая группа пациентов. Изолированная травма мягких тканей покрова черепа, а так же в сочетании с сотрясением головного мозга была выявлена у 1159 (31,5 %) раненых. Военнослужащих было 723 (63,1 %), мирных жителей — 427 (36,9 %).

Среди ранений мягких тканей головы преобладали осколочные — 84,2 %, ушибленные раны головы составляли 5 %. Подавляющему большинству раненых производилась ранняя первичная хирургическая обработка.

Помимо огнестрельных ранящих снарядов встречалось большое количество ранений вторичными снарядами: стекло, рентгенконтрастные предметы разрушенных зданий. Часто раны были загрязнены

фрагментами одежды, почвой, строительным мусором. Это одна из особенностей огнестрельных осколочных ранений, полученных в условиях локального вооруженного конфликта в мегаполисе. В диагностике таких ранений обязательно использовались рентгеновские и СКТ исследования, а при ревизии ран применялись зонды и магниты. Хирургическая обработка обычно выполнялась под местной анестезией. Осколочные огнестрельные ранения мягких тканей головы достаточно коварны. Во избежание воспалительных осложнений (флегмона, остеомиелит) не только удалялись инородные тела (осколки, грязь, волосы), но и проводилась ревизия подлежащей кости. При обильном загрязнении раны или размозжении ее краев и невозможности полностью иссечь пораженные участки, ставился пассивный дренаж из полиэтиленовой трубки. При скальпированных ранах применяли активный дренаж или дренаж типа «приток-отток». Иногда ранения при минно-взрывных поражениях с высокой плотностью осколочного поражения, сочетались с ожогами, образуя зоны с большими дефектами мягких тканей покрова черепа. Раненым с такими дефектами проводили первичную хирургическую обработку с экономным иссечением нежизнеспособных тканей, удалением инородных тел с накладыванием асептической повязки. Затем, в плановом порядке, совместно с комбустиологами, проводились пластические операции — закрытие дефекта кожи ротационным кожным лоскутом. С предварительной имплантацией подкожного экспандера (рис. 2).



Рис. 2. Подкожный экспандер



Рис. 3. Закрывание дефекта орбиты поворотным кожным лоскутом

2-ая группа пациентов — с непроникающими ранениями черепа, относительно немногочисленна, в наших наблюдениях, но достаточно сложна и интересна, так как в своей структуре сочетается с ранениями костей лицевого скелета, основания черепа, внутричерепными гематомами, контузионными очагами, ранениями глаз и соответственно подлежащих мягких тканей. У таких пациентов очень важно не пропустить внутричерепные осложнения и правильно определить тактику ведения пациента, в плане первоочередности оказания помощи специалистами — нейрохирургом, ЛОР, окулистом, челюстно-лицевым хирургом. В диагностике таких ранений так же использовался ранее описанный алгоритм обследования раненых. По данной группе раненых приводим 2 клинических случая (ранения глаз).

Пациентка, возраст — 71 год, получила проникающее осколочное ранение лобной области с повреждением левого глаза, верхнего века. При ПХО ранения удалены осколки металла. Нежизнеспособные ткани, пластика ТМО. Закрывание орбиты поворотным лоскутом (рис. 3).

3-я, наиболее тяжелая и самая многочисленная группа больных — это пациенты с проникающими ранениями черепа. В клинической картине сочетаются все виды повреждений, описанные выше, с ранениями мозгового вещества. Как правило, эти больные поступают изначально в тяжелом состоянии, с преоб-

ладанием общемозговой симптоматики над очаговой, с ранами из которых выделяется ликвор, мозговой детрит. Раны изначально обильно загрязнены, содержат большое количество костных, рентгенконтрастных и неконтрастных осколков, волосы, грязь, части одежды.

Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих черепно-мозговых ран проводилась по общепринятым требованиям военно-полевой хирургии [7, 9, 10] под эндотрахеальным наркозом и введением антибиотиков.

В наших наблюдениях 128 (17,5 %) раненых имели сочетанные ранения [117 (16 %) — ранения конечностей, 64 (8,7 %) — ранения грудной клетки и 27 (3,7 %) — ранения брюшной полости].

У 12 раненых имелось сочетанное осколочное ранение глазных яблок в связи с чем было выполнено 7 энуклеаций, у 2 раненых наблюдалось осколочное повреждение 3 зрительных нервов, у одного из них двух нервов. Сочетанное осколочное повреждение черепа и головного мозга, с периферическими нервами конечностей, наблюдалось нами у 18 раненых (лицевой нерв — 4, срединный — 6, лучевой — 2, седалищный — 1, малоберцовый — 5). Сшивание нерва производили в первое трое суток или через 3 месяца. Пластику костных дефектов выполняли титановыми пластинами в том числе и пациентам с наличием не удаленных инородных металлических фрагментов в полости черепа, веществе мозга (рис. 4).



Рис. 4. Пластика костного дефекта с не удаленным металлическим фрагментом

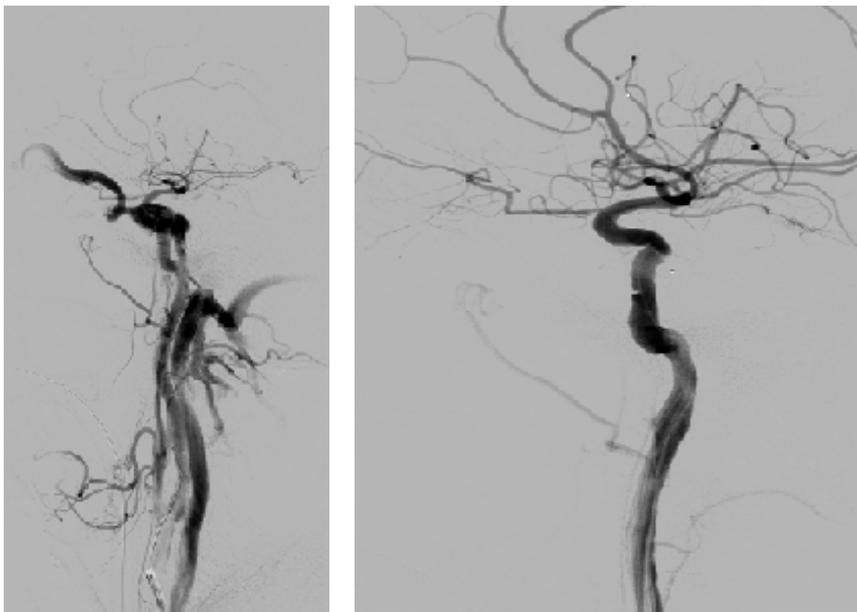


Рис. 5. Эндоваскулярное разобщение каротидно-кавернозного соустья отделяемым баллоном

Из госпитализированных больных прооперированы 481 (65,7 %). Плановые операции при наличии дефектов мягких тканей покрова черепа (6), дефектов костей черепа (48) были выполнены 56 раненым.

Под нашим наблюдением находилось 314 (43 %) пострадавших с закрытой черепно-мозговой травмой. По характеру повреждения мозга у 68 пациентов наблюдалось сотрясение головного мозга, у 246 — ушибы головного мозга (117 — легкой степени тяжести, у 76 — средней степени тяжести, у 53 — тяжелой степени). Сдавление головного мозга диагностировано у 63 (8,6 %) пострадавших (эпидуральная гематома — у 19, субдуральная — у 32, субдуральная гидрома — у 3, и внутримозговая гематома — у 9 раненых).

Анализ имевшихся осложнений. Все осложнения огнестрельных ранений черепа и головного мозга мы делили:

- 1) осложнения, возникшие во время травмы;
- 2) инфекционно-воспалительные осложнения возникшие в процессе лечения.

Структура посттравматических состояний

1. Не инфекционно-воспалительные осложнения:

У 10 раненых с открытой огнестрельной черепно-мозговой травмой (перелом основания черепа)

наблюдалась назальная ликворея. Лечение проводилось как консервативное (медикаментозное, люмбальное дренирование, возвышение положение головы в постели, ограничение приема жидкости), так и хирургическое (транскраниальным [4] и трансназальным [6] доступом).

Посттравматическая гидроцефалия была выявлена у 3 раненых, у одного из них после трансназального закрытия ликворного свища. Учитывая прогрессирующий характер гидроцефалии, больным были установлены вентрикуло-перитониальные шунты.

Посттравматическое каротидно-кавернозное соустье было выявлено у двух раненых, они оперированы: эндоваскулярное разобщение каротидно-кавернозного соустья отделяемым баллоном (рис. 5).

Посттравматическая ложная аневризма с формированием артерио-венозной фистулы (вертебрально-югулярной) слева. Операция: эндоваскулярная окклюзия левой позвоночной артерии отделяемыми баллонами (рис. 6).

2. Инфекционно-воспалительные осложнения представлены 3 клиническими случаями:

Один больной с некупируемой назальной ликвореей (дважды безуспешно оперирован ЛОР специалистами трансназально). Поступил в тяжелом состоянии с менинго-энцефалитом. И два больных поступили с посттравматическими менингитами, после ликвореи, которая на момент поступления, прекратилась.

Таким образом раненые с инфекционно-воспалительными осложнениями (0,4 %) развившимися после перелома основания черепа, осложнившегося назальной ликвореей, лечились в местных больницах и в нейрохирургический центр были переведены с менинго-энцефалитами, менингитами в тяжелом состоянии.

Самым частым осложнением, которое было диагностировано в нейрореанимационном отделении у 21 (2,9 %) тяжело раненого, была пневмония (гипостатическая). После комплексного лечения все пневмонии были излечены.

В наших наблюдениях полностью отсутствовали нагноение послеоперационных ран и ран мягких тканей покрова черепа, на наш взгляд это связано с быстрым оказанием специализированной нейрохирургической помощи и хорошей организацией нейрохирургической службы.

Из раненых госпитализированных в нейрохирургические отделения умерло — 92 (12,6 %), ополченцев — 63 (8,6 %), мирных жителей — 29 (4,0 %). После оператив-

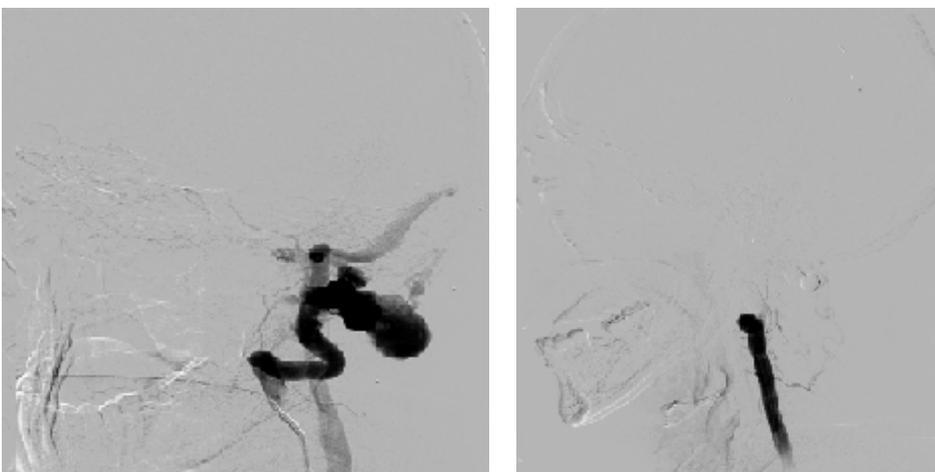


Рис. 6. Посттравматическая артериовенозная фистула. Операция: эндоваскулярная окклюзия левой позвоночной артерии отделяемыми баллонами

ного лечения умерло — 77 (14,9 %) раненых, ополченцев — 50 (9,7 %) и мирных жителей — 27 (4,0 %).

Такую относительно высокую смертность мы объясняем двумя причинами:

1. Большое количество раненых имели слишком тяжелое повреждение головного мозга современным оружием.

2. В наших условиях отсутствовала санитарная сортировка, и всех раненых независимо от тяжести состояния и транспортабельности, привозили часто некурабельных больных в нейрохирургический центр, сами ополченцы, в первые часы после ранения.

Выводы. Боевые действия в городах и поселках с большой плотностью населения с использованием всех видов современного вооружения имеют свои отличительные особенности.

При боевых действиях, помимо военнослужащих среди пострадавших, отмечается большое число мирных жителей (дети, женщины, пенсионеры). Оказание первой помощи и дальнейшее лечение данного контингента пострадавших имеют также свои особенности.

При современных боевых действиях в условиях мегаполиса ранения в голову составляют более половины всех пострадавших, около 66 %.

Большое значение в организации медицинской помощи и в частности, нейрохирургической помощи, пострадавшим при боевых действиях в густо населенных районах города, при отсутствии у ополчения медицинских подразделений, имеет сохранение гражданских медицинских учреждений, а также перестройка их работы в соответствии требованиям военного времени (сортировка раненых, определение потоков, оказание квалифицированной и специализированной помощи).

Успешному лечению и выздоровлению раненых способствовало то обстоятельство, что, несмотря на боевые действия в городе, частые обстрелы медицинских учреждений, постоянно раненых принимали три крупных медицинских учреждения: Республиканская клиническая больница с мощным диагностическим центром, в состав которой входит Республиканский нейрохирургический центр; Республиканский научно-практический травматологический центр (в его составе — 2 нейрохирургических отделения); НИИ травматологии и ортопедии; Республиканский НИИ неотложной хирургии им. В.К. Гусака с современным ожоговым центром и лабораторией культивирования тканей.

В связи с отсутствием в ополчении полноценных медицинских подразделений, полноценной была и медицинская сортировка. Так из 3679 пострадавших доставленных или обратившихся в приемное отделение, госпитализированы были 732 (18,9 %), у остальных пострадавших имелась легкая травма, психологическая травма, подлежащая компетенции других специалистов. Из-за отсутствия медицинской сортировки иногда доставляли некурабельных агонирующих больных. Но в этой ситуации 18,9 % раненых, нуждавшихся в нейрохирургической помощи, сразу после боя, доставлялись в специализированный нейрохирургический центр, и им оказывалась помощь в кратчайшее время.

Гражданское население составляло 25 % обратившихся и 31 % госпитализированных пострадавших. Гражданскому населению первая медицинская помощь оказывалась бригадами скорой

помощи и пострадавших по показаниям доставляли в нейрохирургический центр, минуя городские больницы (квалифицированная помощь).

Первичная хирургическая обработка непроникающих и проникающих черепно-мозговых ран проводилась по общепринятым требованиям военно-полевой хирургии под эндотрахеальным наркозом и введением антибиотиков. Раны тщательно санировались и по возможности ушивались наглухо. К лечению подходили комплексно т. е. в лечении участвовали комбустиологи, ЛОР специалисты, травматологи, окулисты.

A.M. Kardash, N.V. Momot, A.I. Listratenko, K.A. Kardash, V.A. Bondar, I.G. Gokhfeld

THE ARRANGEMENT of the NEUROSURGICAL CARE PROVISION to the HEAD WOUNDED VICTIMS in the COURSE OF FIGHTING in DONBASS in 2014–2015

Summary. *The aim of the study was the generalization of experience of the neurosurgical care arrangement to the soldiers and civilians who had battle injuries of the skull and brain in the course of fighting on the territory of Donetsk People's Republic in 2014–2015. The neurosurgical care was provided to 3679 injured and battle wounded victims, who were delivered to the Emergency Department of the Republican Center of Neurosurgery based on Medical Association. Both, medical specialized care and fighting with the use of all types weapons in unevacuated megacity, have their own distinctive features. The head wounded comprised more than a half of all the victims, that is about 66 %. The civilian population comprised 25 % among the patients and 31,4 % of hospitalized wounded. 932 (18,9 %) injured were also hospitalized. Most of the wounded — 704 (96,2 %) were delivered to the Republican Center of Neurosurgery during the first day, 296 (40,4 %) of them were delivered during the first 3 hours. The victims had different types of wounds, such as: 56 (7,6 %) injured with gunshot wounds, bullet wounds, 457 (62,4 %) shrapnel wounds, 592 (72,3 %) mines and explosive wounds. Isolated injury of the soft tissues covering the skull was revealed in 1159 (31,5 %) of wounded. Nonpenetrating injuries of the skull bones were observed in 109 (14,9 %) of the hospitalized victims, penetrating brain injuries were revealed in 332 (45,35 %). The operations on the skull and brain were performed in 481 patients. Closed craniocerebral injuries were observed in 314 (43 %) of wounded, the brain compression had 63 (8,6 %) of the victims. 92 (12,6 %) of the patients died among the hospitalized. 77 (14,9 %) of the patients died after the surgery. The analysis of all clinical cases showed that provided tactics and treatment for the head wounded were correct and opportune.*

Key words: *battle injury (battle trauma), fighting in the mega-city, the arrangement of neurosurgical care, treatment, surgical rehabilitation*

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдар Б.В. Современная тактика диагностики и лечения боевых повреждений черепа и головного мозга в условиях военных конфликтов / Б.В. Гайдар, Ю.А. Шулев // Тезисы докл. II съезда нейрохирургов Российской Федерации. Н.-Новгород, 1998. – С. 37
2. Гайдар Б.В. Боевые повреждения центральной нервной системы / Б.В. Гайдар [и др.] // Клиническая медицина и патофизиология. СПб, 1998, №1. – С. 55-65
3. Гайдар Б.В. Боевые повреждения черепа и головного мозга / Б.В. Гайдар [и др.] // В кн. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. Под ред. Б.В. Гайдара. СПб.: Гиппократ, 2002. – С. 112-132
4. Данчин А.Г. Лечебная тактика при огнестрельных ранениях черепа и головного мозга в текущем военном конфликте / А.Г. Данчин [и др.] // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. – К, 2015, т. 19, № 1. – С. 15-23

5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 2 / под ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова. – М.: Антидор, 2001. – 675 с.
6. Коновалов А.Н. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы / А.Н. Коновалов [и др.]. М, 2006. – 352 с.
7. Лебедев В.В., Лебедев Н.В. Неотложная хирургия черепно-мозговой травмы / В.В. Лебедев, Н.В. Лебедев. М.: МНА, 2008. – С. 357-433
8. Орлов В.П. Лечение огнестрельных ранений черепа и позвоночника в условиях локальных войн и военных

- конфликтов /В.П. Орлов [и др.] // В кн. Сборник лекций по актуальным вопросам нейрохирургии. Под ред. В.Е. Парфенова и Д.В. Свистова. СПб.: ЭЛБИ, 2008. – С. 295-326
9. Полищук Н.Е. Огнестрельные ранения головы / Н.Е. Полищук, В.И. Старча. К, 1996. – С. 72.
10. Шагинян Г.Г. Диагностика и комплексное лечение осложнений и последствий огнестрельных черепно-мозговых ранений мирного времени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Г. Шагинян. – М. 2000. – 36 с.

УДК 614.88:356.33(477.61/.62-07)

В.А. Пеннер, Ж.В. Голованева, В.К. Коновалов, О.С. Харченко

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА ЛУГАНСКА ПО ВРЕМЯ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
Луганская государственная многопрофильная больница № 7

Реферат. В статье представлен опыт работы коллективов кафедры нервных болезней и нейрохирургии Луганского государственного медицинского университета и Луганской государственной многопрофильной больницы № 7 по организации оказания неотложной медицинской помощи населению города Луганска в условиях активных боевых действий. Освещены трудности, с которыми столкнулись медицинские работники во время гражданской войны в Донбассе: внезапность начала боевых действий, резкий отток медицинских кадров, острая нехватка медикаментов, продуктов питания, необходимости оказания помощи при отсутствии электроэнергии, в подвальных помещениях и т.д. Показано гражданское мужество и ежедневный подвиг луганских медиков, героически сражавшихся за здоровье и жизнь своих земляков.

Ключевые слова: организация неотложной медицинской помощи населению, боевые действия, гражданская война, Донбасс

Бомбежки, обстрелы, уезжающие сотрудники, отсутствие медикаментов — через все это прошли луганские медики. Городская многопрофильная больница № 7 работала во время боевых действий, несмотря на то, что в августе 2014 года на всю больницу оставалось всего две медсестры и шесть врачей. Два доктора в отделении общей реанимации работали ежедневно без выходных, а врач в кардиореанимации 40 дней работал один.

Больница не закрывалась ни на один день. Мы не прекращали работать, выезжали под бомбежками на машинах «скорой помощи» к пациентам. Многие доктора, будучи в отпуске, выходили на работу, так как была катастрофическая нехватка медперсонала.

Однажды мы выехали к тяжелому нетранспортабельному больному, и нас приняли за диверсионную группу. Как раз в то время, а это был июль 2014 года, сильным обстрелам подвергался район автовокзала, а нам надо было именно туда. Мы ехали на «скорой»: я - врач-невролог, фельдшер и два охранника. Тогда действительно была информация, что диверсанты ездят на машине «скорой помощи» и совершают диверсии. Меня приняли за снайпера, т.к. была информация о забросе в район отряда женщин-снайперов. В общем, нас задержа-

ли до выяснения обстоятельств. Конечно, процедура не из приятных, но мы понимали, что так нужно, и в итоге нас пустили. Мы собрались ехать дальше. Ополченцы даже удивились, переспросили — неужели мы еще на вызов поедем под такими обстрелами? Но мы ведь давали клятву Гиппократу, и нас ждал больной человек.

Одна из проблем, появившаяся в военное время, — старики, которых бросили семьи. Мы их кормили и оказывали помощь в буквальном смысле за свои деньги. С июля 2014 года по январь 2015 в отделении лечились в основном пожилые люди, потому что вся молодежь и трудоспособное население выехали или принимали участие в боевых действиях. Приходишь утром на обход и, как обычно, спрашиваешь, что беспокоит, а они в ответ: «Кушать хочется». Мы приносили им из дому еду, покупали лекарства, сестры-хозяйки — обстирывали и мыли.

Были еще такие случаи, когда к нам в отделение «подбрасывали» стариков, зная сердечность, доброту и безотказность наших сотрудников. Дома престарелых у нас функционируют, но людям было проще оставить их в больнице, чем заниматься оформлением бумаг и беготней по инстанциям.

Сейчас уже забываются взрывы и выстрелы. Все уже привыкли видеть на улицах города людей в камуфляже. А тогда были новые слова: «ополченцы», «грады», «обстрелы» ... Когда мы все с замиранием сердца смотрели репортажи об обстрелах Славянска, казалось, что такого с нами не будет никогда. Но вскоре был Металлист, бои под Счастьем, авианалет и взрывы перед зданием администрации.

С апреля 2014 года для сотрудников больницы регулярно проводились занятия по оказанию первой медицинской помощи при огнестрельных ранениях и травмах, мы отрабатывали технику накладывания шин, лонгет, кровоостанавливающих жгутов под руководством заведующего отделением экстренной и неотложной помощи Гребенюка И.И. и заведующего отделением интенсивной терапии Файнгольда О.А.

У нас был приказ: при поступлении раненых в приемное отделение спускаются все, кто в данный момент находится на работе. И этот момент настал.

В июне 2014 года, когда город и пригород уже серийно бомбили, шли бои за поселок Металлист, в один из дней ополченцев сильно обстреляли из минометов. Тогда погиб российский журналист (17 июня 2014 года съемочная группа ВГТРК, снимавшая репортаж о беженцах, попала под минометный обстрел вблизи поселка Металлист под Луганском. Звукорежиссер Антон Волошин погиб на месте, а корреспондент Игорь Корнелюк получил тяжелое ранение и позже скончался в больнице — прим. автора). Раненых стали доставлять к нам, так как, многие не знали, что больница не хирургического профиля, а терапевтическая. Весь первый этаж больницы был занят ранеными, многие из которых были с политравмами, а некоторым помощь уже была не нужна. Мы обрабатывали раны, стабилизировали артериальное давление после большой потери крови, и затем их перевозили в специализированные отделения согласно профилю — травматологическое, нейротравматологическое, хирургическое и т.д.

В тот момент были проблемы со светом, приходилось готовить пищу на костре. Это было уникальное время единения, когда все понимали друг друга с полувзгляда и полуслова. Все были единой неделимой командой. От каждого зависело многое. Больные чувствовали себя в безопасности, поскольку рядом были люди в белых халатах, с которыми спокойно и надежно, даже под обстрелами. А помогала... песня. Когда было особенно страшно во время обстрелов, пациенты собирались вместе и пели с сестрами. Это поддерживало уверенность в том, что все будет хорошо. Были проблемы с лекарствами, с продуктами, с горюче-смазочными материалами, но не было проблем с взаимопониманием. В тот момент произошла переоценка ценностей, все поняли, что главное в жизни — это жизнь, что самые близкие люди — это те, которые рядом с тобой. Что, возможно, очень многое в жизни было формально. А теперь все искренне «от сердца».

На тот момент была сложная финансово-экономическая ситуация: отсутствие достаточного количества медикаментов, работает только половина медицинского персонала. Все отделения, за исключением терапевтического, дежурили ежедневно. Очень много было тяжелых, декомпенсированных больных с сопутствующей патологией. Стресс явился провоцирующим фактором для обострения хронических заболеваний и возникновения новых, возросло количество инсультов, гипертонических кризов, так называемых «панических атак». Сейчас кроме жителей Луганска к нам обращаются пациенты, проживающие в других городах ЛНР. Мы никому не отказываем в медицинской помощи.

За истекший год больница приняла 112 человек с травмами, из них 81 — с минно-взрывными и огнестрельными травмами. Накоплен опыт по сортировке пострадавших с различными ранениями. В неврологическом отделении проходят реабилитацию пациенты, пострадавшие во время боевых действий, с последствиями травм и огнестрельных ранений, контузий головного и спинного мозга. Это как военнослужащие, так и мирные жители.

В больнице в настоящий момент работают все структурные подразделения, проводится весь необходимый комплекс обследований, лабораторных и инструментальных. Все обследования в больнице для наших пациентов — бесплатные: клинические и биохимические анализы, весь спектр рентгенологических и ультразвуковых исследований, ЭХО КС, холтеровское мониторирование. По показателям больница выполнила план койко-дней на 83,2 %, это говорит о том, что не все пациенты дошли до нас.

Если сравнивать с прошлым годом, то можно отметить, что снизилось количество «своевременно» обратившихся пациентов. Пациенты «тянут до последнего» и стараются обращаться «в крайнем случае» — это приводит к тяжелым последствиям, которых можно было бы избежать при своевременно начатом лечении, увеличению сроков пребывания в стационаре. Ведь болезнь легче предотвратить, а если уж заболел, то чем раньше начнешь лечить, тем быстрее достигнешь нужных результатов.

Особо хочется остановиться на психоэмоциональной сфере — «душевных» ранах, которые приходится в той или иной мере лечить у каждого пациента. В этом помогает наш врач психотерапевт.

В настоящее время сохраняется большая нехватка медикаментов, хотя мы и получаем гуманитарную помощь, и с августа 2015 года возобновили бюджетное финансирование больницы, но этого все равно недостаточно, так как остается большое количество малоимущих пациентов. В конце августа 2014 года в больнице возобновили кормление больных, благодаря гуманитарной помощи, а сейчас уже есть бюджетное финансирование, и пациентов кормят три раза в день.

В конце хотелось бы выразить глубокую признательность и благодарность тем докторам, медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу, которые не испугались, не разбежались, и в эти нелегкие времена остались на своих рабочих местах и продолжали совершать свой подвиг, подвиг любви и ответственности перед людьми, не за деньги, а по призванию.

V.A. Penner, G.V. Golovanjova, V.K. Konovalov, O.S. Harchenko
EXPERIENCE IN PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE TO THE POPULATION OF THE LUGANSK CITY AT THE TIME OF ACTIVE HOSTILITIES

Summary. *The article presents the experience of the collectives of the department of nervous diseases and neurosurgery of the Lugansk state medical university and Lugansk state multifield hospital № 7 on the organization of emergency medical care to the population of the city of Lugansk in conditions of active hostilities. Covered the difficulties faced by health workers during the civil war in the Donbass: the suddenness of the outbreak of hostilities, a sharp outflow of medical staff, an acute shortage of medicines, food, need for assistance in the absence of electricity, basements, etc. Shown civil courage and everyday deed Lugansk physicians who heroically fought for the health and lives of their countrymen.*

Key words: *organization of emergency medical care to the population, hostilities, civil war, Donbas*

М.В. Сухинин

К ВОПРОСУ ОБ УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Донецкий национальный университет

Реферат. В данной статье исследуется проблема управления персоналом лечебно-профилактических учреждений, в рамках чего приведена динамика количества лечебно-профилактических учреждений, рассмотрены особенности системы управления персоналом в здравоохранении, рассмотрены принципы управления организацией здравоохранения, в соответствии с которыми указаны особенности процесса формирования системы управления персоналом в здравоохранении, а также сформулированы ожидаемые результаты внедрения эффективной системы управления персоналом в системе здравоохранения.

Ключевые слова: персонал, управление персоналом, система здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения

Актуальность исследования. Проблема управления персоналом является достаточно острой и актуальной для функционирования любых экономических систем, поскольку квалифицированный персонал является основой эффективного их функционирования. Особую актуальность данный вопрос приобретает при рассмотрении системы здравоохранения.

В настоящее время в Российской Федерации и в Украине наблюдается сокращение количества лечебно-профилактических учреждений, о чем свидетельствует рис. 1, 2.

Данная ситуация характеризует переходный процесс в системе здравоохранения рассматриваемых стран, который заключается в переходе от количества лечебно-профилактических учреждений к их качеству. В данном процессе особая роль отводится системе управления персоналом лечебно-профилактических учреждений, совершенствование которой позволит достичь повышения качества отечественной системы здравоохранения и сконцентрировать в отечественных лечебно-профилактических учреждениях высококвалифицированный персонал.

Рассматривать процессы управления персоналом в сфере здравоохранения и образования вне связи с изменением самой системы управления в этих отраслях невозможно. В свою очередь, говорить об устоявшихся и качественных процессах управления в этих отраслях не представляется возможным по следующим причинам [1]:

- накопившиеся за долгие годы проблемы в данной отрасли;
- недостаточная развитость и разработанность теоретических подходов, отсутствие практических наработок в формировании системы управления персоналом именно в системе здравоохранения;
- сложность и невозможность адаптации систем менеджмента, традиционных, например, для промышленности, торговли и т.д.

Особую актуальность при этом приобретает вопрос о подготовке управленческих кадров: менеджеров-организаторов всех уровней здравоохранения и образования и менеджеров по управлению персоналом, а также создание специализированной службы по управлению персоналом.

Основные результаты исследования. При рассмотрении системы управления персоналом в учреждениях здравоохранения надо учитывать ряд особенностей, присущих системе управления данной отрасли, которые будут оказывать непосредственное влияние на осуществление тех или иных функций в области управления персоналом. Данные характеристики представлены на рис. 3. При этом многие сферы в управлении жестко регламентируются и поддерживаются государственными институтами: системой обучения и повышения квалификации и переподготовки, исследования и т.п. [1].

Таким образом, управление персоналом в этой сфере предполагает ориентацию на организационное развитие предприятий, развитие и совершенствование системы управ-

ления с учетом требований, предъявляемых государственными институтами.

В настоящее время одно из важнейших направлений реформирования здравоохранения — это формирование новой системы управления.

Касательно терминологии, очевидно, что термин «менеджмент» целесообразно использовать как комплексную технологию управления современными организациями здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающим в них персоналом, а термин «управление» — применительно к системам

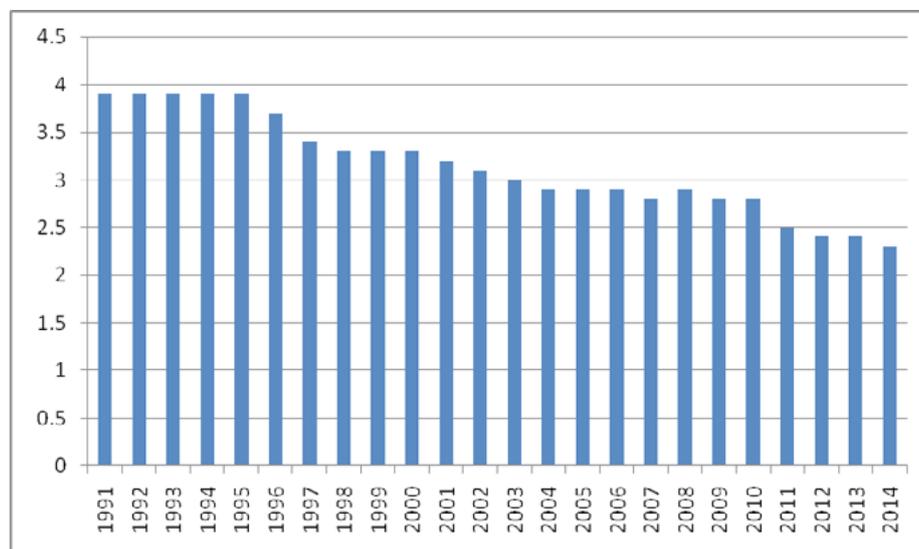


Рис. 1. Динамика количества лечебно-профилактических учреждений в Украине

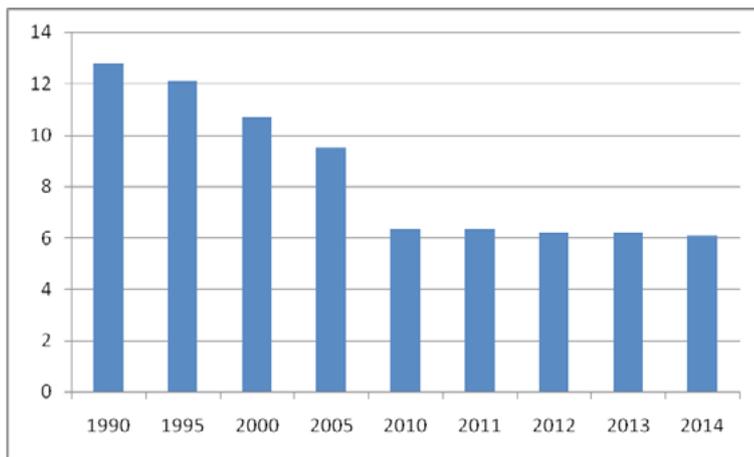


Рис. 2. Динамика количества лечебно-профилактических учреждений в Российской Федерации

здравоохранения, на примере Российской Федерации, на федеральном, региональном и муниципальном уровнях [2].

Управление организацией здравоохранения - это сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем организации, так и меняющейся экономической и политической ситуации, поэтому для оптимального управления необходимо опираться на следующие основные принципы управления:

- принцип целенаправленности;
- принцип правовой защищенности управленческого решения;
- принцип оптимизации управления;
- принцип достаточности в централизации и децентрализации управления;
- принцип единоначалия;
- принцип делегирования полномочий.

В соответствии с данными принципами можно выделить ряд особенностей, на которые следует обратить внимание при формировании системы управления персоналом в медицинском учреждении [3]:

1. Отечественная система здравоохранения, основанная на модели медицинского страхования, существует сравнительно недавно и несколько меняет ориентиры в медицинской деятельности. В труде медицинских работников произошла смена приоритетов от лечения к профилактике, от преимущественно к стационарной помощи — к амбулаторной, от количества оказываемых услуг — к их качеству.

2. Труд медицинского работника всегда имел своей целью оказание доступной, качественной медицинской помощи населению. В условиях конкуренции с коммерческими медицинскими структурами и появления внебюджетных источников финансирования государственное здравоохранение должно уделять этому большое внимание.

3. Постоянное развитие медицинской науки, динамизм, применение новых методов диагностики и лечения вызывают необходимость профессионального и материально-технического совершенствования. Изменяются функции врача и создаются принципиально новые рабочие места медиков, оснащенные современным оборудованием. Что, в свою очередь, требует немалых материальных затрат.

4. С внедрением медицинского страхования количество и качество услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения, сопровождается их экономической ответственностью перед страховыми организациями и гражданами. В то же время качественное лечение приводит к сокращению расходов на лечение и профилактику заболеваний конкретного человека, а следовательно, увеличению прибыли лечебного учреждения. Таким образом, отличительной особенностью деятельности медицинских учреждений является ориентация на качество услуг, так как именно от этого зависит прибыль учреждения.



Рис. 3. Особенности системы управления персоналом в учреждениях здравоохранения

5. Труд медицинского работника изначально подвержен ежедневному риску. Ошибки во многих медицинских профессиях недопустимы и могут привести к печальным последствиям. Таким образом, труд медика постоянно должен быть направлен на снижение вероятности допущения ошибок и своевременного их устранения, что требует соответствующего уровня квалификации и постоянно-го ее совершенствования.

6. В учреждениях, относящихся к государственной и муниципальной сфере здравоохранения, сложно регулировать уровень оплаты труда, вследствие чего снижается ее стимулирующая функция. Система стимулирования и оплаты труда жестко регламентирована, что также затрудняет управление мотивацией на основе экономических методов.

7. Конкуренция со стороны коммерческих клиник заставляет бюджетные медицинские учреждения расширять комплекс предлагаемых услуг, подключать к традиционным медицинским услугам дополнительные, не включенные в программу обязательного медицинского страхования и целевые комплексные программы по управлению здравоохранением и др.

8. Изменился характер труда работников здравоохранения. За счет сокращения финансирования учреждений здравоохранения средствами бюджета усилилась финансовая нагрузка медицинских учреждений. Введение внебюджетного сектора финансирования требует от работников творческого труда, проявления инициативы и выдвижения новых идей по повышению эффективности как лечебно-профилактического процесса, так и управленческого.

9. В условиях дефицита средств бюджетного финансирования на медицинскую деятельность муниципальные учреждения здравоохранения оказывают платные медицинские услуги, предоставление которых до недавнего времени было недоступно. Основная цель — привлечение дополнительных финансовых ресурсов, расширение материально-технической базы, более широкое использование современного медицинского оборудования, удовлетворение потребностей населения в новых видах профессиональных медицинских услуг, стимулирование производительности труда.

10. Следующая особенность обусловлена спецификой проявления результата профессиональной деятельности лиц, занятых в здравоохранении. Лечебный эффект проявляет себя не сразу, кроме того, услуга носит как социальный, так и индивидуальный характер. Результат, несмотря на свою индивидуальность, может быть разного объема: от услуги одного врача только одному больному, до услуги одного врача группам больных, различным по численности, специфике заболеваний, тогда результат будет распространяться на всю группу. Примером этому может быть деятельность участкового врача. Таким образом, сложно учитывать результат труда, построить эффективную систему стимулирования, основанную на справедливом учете трудового вклада работника.

11. Несмотря на высокую степень функционального разделения труда и профессиональной специализации, наблюдается расширение спектра функций, закрепленных за каждым руководителем. Таким образом, происходит передача функций

управления, в частности управления персоналом, от вышестоящих ступеней руководства нижестоящим.

Таким образом, формирование эффективной системы управления персоналом лечебно-профилактических учреждений позволяет достигнуть следующих результатов:

1. Соответствие стратегии управления персоналом, ее целей и задачи стратегическим целям больницы и конкретным условиям их реализации.

2. Внедрение системы, позволяющей в значительной мере сократить трудозатраты специалистов, отвечающих за различные направления работы с персоналом [4].

3. Своевременное обеспечение больницы персоналом требуемой численности и квалификации, осуществление кадрового планирования в соответствии с производственной необходимостью.

4. Соответствие системы материального и морального стимулирования труда намеченной стратегии развития больницы, что позволит поддерживать мотивацию персонала на необходимом уровне, способствует повышению экономической и социальной эффективности работы [4].

5. Повышение и поддержание квалификации руководителей и сотрудников в соответствии со стратегическими целями больницы.

6. Реализация принципов взаимодействия функциональных подразделений по работе с персоналом с другими службами больницы.

Вывод. Таким образом, процесс управления медицинскими учреждениями — это системное изменение работы коллектива, связанное с использованием наивысшего уровня подготовки управленческого персонала, с эффективными подходами к управлению и обеспечению качеством оказания медицинской помощи.

M.V. Suhinin

TO THE QUESTION OF HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN HEALTH SYSTEM

Summary. *In this article the problem of health care institutions personnel management is researched, in the framework of which shows the dynamics of the medical institutions number, the features of the personnel management system in health care, discussed principles governing the organization of health, according to which the specified characteristics of the formation of the personnel management system in health care and formulate the expected results of an effective system of personnel management in the health system implementation.*

Keywords: *personnel, management personnel, healthcare system, health care institutions*

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирошниченко А.Н. Управление человеческими ресурсами организации. / Мирошниченко А.Н. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://free.megacampus.ru/xbookM0022/index.html?go=part-009*page.htm
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В.А. Медик, В.К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - 2012. - 288 с.
3. Шаповалов Ю.В. Особенности управления персоналом в сфере здравоохранения. / Шаповалов Ю.В., Мамаева В.Ю. // Вестник Омского университета. Серия: Экономика, №4, 2004.
4. Сибурин Т.А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг. / Сибурин Т.А. // Социальные аспекты здоровья населения, № 3 (15), 2010.

УДК 616.7-001.45-053.2-082(477.61/62)“312”:355.48

Е.В. Чугуй

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ПЕРИОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ДОНБАССЕ (2014–2015)

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецкая Народная Республика

Реферат. В локальном военном конфликте на Донбассе в 2014–2015 г.г. дети стали заложниками ситуации и получали тяжелые огнестрельные ранения. Неизбежным последствием огнестрельных повреждений опорно-двигательного аппарата у детей являлось развитие травматической болезни, что определяло основные принципы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим. Даже изолированные минно-взрывные поражения скелета у детей в большинстве случаев сопровождаются развитием шока и имеют большое количество осложнений, которые часто бывают легко устранимыми при правильной организации лечебного процесса.

Ключевые слова: организация специализированной помощи детям, огнестрельные повреждения опорно-двигательного аппарата

Актуальность. В чрезвычайных ситуациях мирного времени, санитарные потери среди детей достигают 25 %, от общего числа санитарных потерь населения, пострадавшего от воздействия поражающих факторов [2, 3, 5, 8]. Многие авторы не приводят возрастного состава пострадавших, указывая, что процент пострадавших детей соответствует их соотношению в популяции населения данной территории. Данная закономерность более характерна для природных катастроф [1, 6, 9, 13]. При террористических актах и в условиях локальных вооруженных конфликтов число пострадавших детей было значительно меньшим от 12 до 1–5 %, хотя это не

является закономерностью, и при проведении теракта на территории детского учреждения все пострадавшие могут оказаться детьми [4, 14, 15, 16].

Структура санитарных потерь при террористических актах зависит от вида используемого оружия или взрывного устройства, а также мер, применяемых для освобождения заложников [3, 10, 11, 12]. В локальном военном конфликте на Донбассе дети также стали заложниками ситуации и получают тяжелые огнестрельные повреждения опорно-двигательного аппарата. За период с мая 2014 по март 2015 резко уменьшилось количество детей с бытовыми травмами и ортопедическими заболеваниями. Из-за военной обстановки в городе многие дети были эвакуированы. Преобладали травмы, связанные с военными действиями: взрывные, осколочные. Предполагаем (из источников СМИ), что многие травмированные дети не были доставлены в клинику из-за летального исхода травмы.

Травмы, связанные с военными действиями являются наиболее тяжелыми, характеризуются высокой энергетичностью, сопровождаются высокой смертностью или инвалидностью [3, 7, 11, 14]. Прежде всего, надо отметить тяжесть взрывной травмы, когда поражается несколько областей тела в результате действия нескольких повреждающих факторов [3, 7]. Размножение конечностей нередко может сочетаться с повреждением черепа, органов



Рис. 1 Изолированная взрывная травма конечности



Рис. 2 Осколочное ранение подмышечной области

грудной, брюшной полостей, органов малого таза. Даже при изолированной взрывной травме конечности приходится выполнять ампутацию из-за обширных размозжений тканей и невозможности сохранить поврежденный сегмент (рис. 1).

Огнестрельные ранения иногда кажутся более локализованными. Но и они имеют большую зону размозжения и сотрясения с последующим отмиранием поврежденных тканей. Поэтому такая травма тоже имеет тяжелые последствия.

Осколочные ранения могут быть смертельными, если осколок проникает в полости тела и повреждает жизненно важные органы. К счастью, среди осколочных ранений большой процент составляют травмы, нуждающиеся только в удалении осколка и квалифицированной обработке раны (рис. 2).

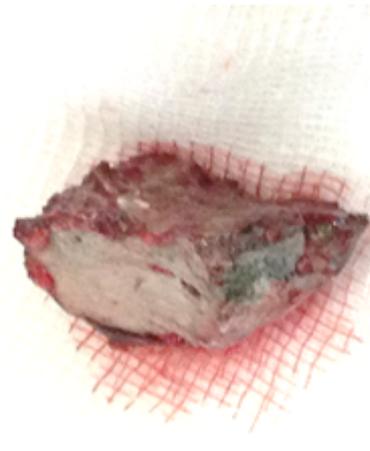
Но осколочное ранение в области глаза навсегда может лишить пациента органа зрения (рис. 3). Тяжелейшие психологические последствия у детей сопровождают все виды военных повреждений!

Наряду с известными компенсаторными возможностями детского организма имеют место возрастные особенности, которые необходимо учитывать при оказании им этапной медицинской помощи при огнестрельных ранениях [4, 6, 10, 14, 15, 16, 17].

Целью нашей работы явилось выработать оптимальную тактику оказания специализированной медицинской помощи детям с огнестрельными повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. В клинике ортопедии и травматологии для детей НИИТО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе Республиканского научно-практического травматологического центра в период 2014–2015 наблюдалось 42 ребенка в возрасте от 2–18 лет по поводу огнестрельных ранений конечностей с давностью травмы от 1 суток до 12 месяцев. Травмы возникали в результате попадания снарядов во время ведения боевых действий (78 %), так и при исследовании детьми найденных невзорвавшихся боеприпасов (22 %). В последних случаях наблюдались тяжелые повреждения сразу нескольких сегментов опорно-двигательного аппарата, часто сопровождающиеся повреждением органов зрения (рис. 3), ЧМТ.

При ранении во время боевых действий тяжесть травматических поврежде-



ний чаще ограничивалась одним сегментом (рис. 1, рис. 2) — куда пришлось попадание снаряда (осколка) или усугублялась ранением органов грудной, брюшной полости, головы.

Тактика лечения детей с огнестрельными повреждениями мышечно-скелетной системы зависела от первичной оценки состояния ребенка: при тяжелом состоянии, прежде всего, выполнялись противошоковые мероприятия, остановка кровотечения,

шинирование. Рентгенологическое обследование области травматического повреждения при групповом поступлении детей проводилось в порядке тяжести пострадавших (рис. 4).

Определение группы и резуса крови, анализы, контроль гемодинамических показателей, консультации специалистов (хирурга, нейрохирурга, окулиста, микрохирурга) выполнялись без промедления. После исключения другой доминирующей патологии приступали к лечению поврежденного опорно-двигательного аппарата.

При массовом поступлении (рис. 4) использовалось несколько операционных помещений. При полисегментарной травме принимали участие в оказании помощи 2–3 операционные бригады. Например: одновременно выполняли оперативное пособие на верхней конечности, на нижней конечности, на поврежденных органах мошонки или на органах зрения.

Результаты и обсуждение. Ведущую роль в комплексном лечении огнестрельных ранений опорно-двигательного аппарата у детей принадлежало хирургическому вмешательству. Наиболее рациональным являлось заживление ранений по типу первичного натяжения. Но применение первичных швов являлось целесообразным только при ограниченных (небольших) повреждениях, когда возможно было выполнить полноценную хи-



Рис. 3 Осколочное ранение в области глаза



Рис. 4 Массовое поступление детей с минно-взрывной травмой

рургическую обработку с достаточным иссечением нежизнеспособных тканей.

Первичная хирургическая обработка огнестрельных (всегда загрязненных!) ранений вклю-

чала рассечение, иссечение нежизнеспособных тканей, гемостаз, остеосинтез костей или иммобилизацию конечностей, тампонаду или кожную пластику раневых дефектов. Первичная хирургическая обработка рассматривалась как первично-пластическая операция, направленная на предупреждение раневой инфекции, восстановление анатомии и функции поврежденного сегмента. При массивных размозжениях конечности проводили консилиум с принятием решения об ампутации. При травматических отрывах выполняли ПХО с формированием культи. Уровень ампутации верхней конечности у детей определяли как можно ниже, с максимальным сохранением тканей, сохранением зон роста. Для нижних конечностей придерживались рекомендованных уровней ампутации, пригодных для протезирования.

При огнестрельных переломах длинных костей конечностей пользовались методом чрескостного остеосинтеза в комплексе с радикальной хирургической обработкой мягкотканой и костной ран, хорошим сопоставлением и жесткой фиксацией костных фрагментов, обеспечением «комфортных» условий для заживления ран в сочетании с ранним функциональным лечением. При дефектах кости метод чрескостного остеосинтеза обеспечивал возможность ее замещения путем выращивания.

В послеоперационном периоде при необходимости выполняли этапные некрэтомии с последующим наложением первично-отсроченных швов или ранних вторичных швов. Широкое вскрытие и дренирование, ежедневные перевязки, некрэтомии являлись методами предотвращающими бактериальные осложнения. Отмечена хорошая сорбционная активность гидросорбных повязок Hartmann. При их ежедневной смене и в сочетании с чередованием с мазевыми повязками (офломелид, левомеколь) получено эффективное очищение обширных ран конечностей, быстрое уменьшение травматического отека, ускорение репаративных процессов. Своевременное удаление раневого секрета, как субстрата возможного нагноения, при ежедневных перевязках способствовало оптимизации заживления огнестрельных ранений опорно-двигательного аппарата у детей. Удаление дренажей процесс индивидуальный: степень риска нагноения зависит от общих и местных воспалительных проявлений. Общая температурная реакция у детей являлась информативным критерием достаточного очищения тканей и коррелировала с клиническим течением раневого процесса.

Антибактериальная и интенсивная терапия (инфузионная, переливание крови в том числе) проводились по показаниям в зависимости от общей реакции. При плоских ранах выполняли аутодермопластику.

Отмечено, что неудаленные осколки у детей приводят к нагноению, формированию кист и экзостозов, что сопровождается умеренными воспалительными явлениями, дискомфортом, болями, и требует оперативного вмешательства — удаления осколков).

Для минимизации раневых осложнений в лечении огнестрельных повреждений опорно-двигательного аппарата у детей должны использоваться малоинвазивные методы (эндовидеохирургические технологии, инъекционно-вакуумное дренирование, гидропрессивная санация, ультразвуковая

кавитация), что позволяет добиться хорошего косметического эффекта и сократить сроки лечения. Но их применение возможно при наличии специального оборудования.

При отсутствии возможности использования вышеречисленных современных малоинвазивных методов лечения — обширные, множественные, комбинированные огнестрельные повреждения опорно-двигательного аппарата у детей требовали длительного открытого ведения раны и обуславливали большой срок стационарного лечения.

Выводы. Неизбежным последствием тяжелых сочетанных ранений опорно-двигательного аппарата является развитие травматической болезни, что определяет основные принципы лечения детей на всех этапах.

Даже изолированные огнестрельные повреждения опорно-двигательного аппарата у детей в большинстве случаев сопровождаются развитием шока и имеют большое количество осложнений, которые часто бывают легко устранимыми при правильной организации лечебного процесса.

Психологическая реабилитация детей должна начинаться с первых дней получения огнестрельной травмы мышечно-скелетной системы.

E.V. Chuguy

ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR THE CHILDREN WITH GUNSHOT INJURIES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM DURING THE HOSTILITIES IN THE DONBAS (2014–2015)

Summary. *In the local military conflict in Donbas in 2014–2015 children became hostages of situation and got severe gunshot wounds. An inevitable consequence of fired damages of the musculoskeletal system at children was development of a traumatic illness that defined the basic principles of rendering specialized medical care by the victim. Even the isolated mine-explosive damages of a skeleton at children in most cases are followed by development of shock and have a large number of complications which often happen easily removable at the correct organization of medical process.*

Keywords: *organization of specialized help to children, fired damages of musculoskeletal system*

ЛИТЕРАТУРА

1. Графкина М.В., Нюнин Б.Н., Михайлов В.А. Безопасность жизнедеятельности: Учебник - М.: Форум: НИЦ Инфра-М, 2013. - 416 с.
2. Гончаров С.Ф., Назарова И.А., Сахно И.И. Организация работы полевых госпиталей медицины катастроф для

оказания медицинской помощи вынужденным переселенцам (беженцам). ВЦМК «Защита», 2004. - 236 с.

3. Военно-полевая хирургия: учеб. для студентов мед. вузов [В.С. Антипенко и др.]; под ред. Е.К. Гуманенко. 3-е изд., измен. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 763 с.
4. Гусев А.В. Обоснование критериев медицинской сортировки детей с политравмой / Автореф.... дисс. канд.мед.наук.- М, 1990.- 23 с.
5. Жианну К., Балдан М., Молда А. Военно-полевая хирургия, том 2. МККК, 2013. – 679 с.
6. Жила Н.Г., Кропачев В.Н., Фирсов А.А. Особенности оказания специализированной хирургической помощи детям, пострадавшим при землетрясении // Медицина катастроф. 1996. № 1. - С. 65-67
7. Елоев Р.М. «Современные подходы к диагностике и лечению огнестрельных ранений конечностей» – Диссертация, 2010, Москва. - 97 с.
8. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие, 2013. - 240 с.
9. Масленникова И.С., Ероных О.Н. Безопасность жизнедеятельности: Учебник. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 304 с.
10. Мирзоян А.Э., Швед С.И. Современные представления о принципах организации и объеме хирургической помощи пострадавшим при массовых катастрофах: (Обзор литературы). Гений ортопедии. 2001. N 2. С. 61-68
11. Нечаев Э.А., Фаршатов М.Н. Военная медицина и катастрофы мирного времени. М.: Квартет, 1994. - 320 с.
12. Организация лечения при термических поражениях в чрезвычайных ситуациях. Методические рекомендации N 98/290 М.: Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», 1999.
13. Организация экстренной медицинской помощи при стихийных бедствиях и других чрезвычайных ситуациях / Под ред. В.В. Мешкова. М.: Медикас, 1992. - 216 с.
14. Розинов В.М., Петлах В.И., Яндиев С.С., Буркин И.А., Шабанов В.Э. Специализированная медицинская помощь детям с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в полевом педиатрическом госпитале. Вестник травматологии-ортопедии. 2003, № 4. - С. 10-13
15. Розинов В.М., Гончаров С.Ф., Назарова И.А., Петлах В.И. Организация медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях. // Рос. вест. перинат. и пед. 2002; 5. - С. 7-11
16. Розинов В.М., Рябочкин В.М. Организация медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях. В кн. «Организация и оказание медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях» под ред. Е.Г. Жилияева, Г.И. Назаренко. М., 2001. - С. 87-94
17. Рябочкин В.М., Ваганов Н.Н., Державин В.М., Розинов В.М. Катастрофы и дети / Под ред. акад. РАМН Ю.Ф. Исакова - Изд. 2-ое. М., 1997. – 177 с.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 61839-21.3-036.83+616-7

Т.В. Джоджуа, Э.Б. Яковлева, И.Т. Говоруха

ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ HELLP СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. За период военных действий произошли определенные изменения привычной картины течения тяжелой преэклампсии и ее осложнений, таких как HELLP синдром, острый жировой гепатоз, манифестация экстрагенитальной и генетически обусловленной патологии. Возможно, это связано с пребыванием беременной в состоянии хронического стресса. Травмирующие события (боевые действия, информационная война, гуманитарная катастрофа) разрушают привычный ход течения беременности и, в конечном счете, приводят к дезадаптации беременной. Последствиями хронического стресса является нервное, а часто и физическое истощение. Нарушаются тонкие механизмы «правильной» плацентации, что вероятно и проявляется в виде таких грозных осложнений беременности как тяжелая преэклампсия и ее крайне тяжелые варианты.

Ключевые слова: преэклампсия, хронический стресс, дезадаптация, синдром полиорганного нарушения

Актуальность. За период военных действий произошли определенные изменения привычной картины течения тяжелой преэклампсии (ПЭ) и ее осложнений, таких как HELLP синдром и его варианты, острый жировой гепатоз, манифестация экстрагенитальной и генетически обусловленной патологии. Возможно, это связано с пребыванием беременной в состоянии хронического стресса. Травмирующие события (боевые действия, информационная война, гуманитарная катастрофа) разрушают привычный ход течения беременности и, в конечном счете, приводят к дезадаптации беременной. Последствиями хронического стресса является нервное, а часто и физическое истощение. Нарушаются тонкие механизмы «правильной» плацентации, что вероятно и проявляется в виде таких грозных осложнений беременности как тяжелая ПЭ и ее крайне тяжелые варианты.

Цель: снизить материнскую и перинатальную смертность в результате улучшения диагностики и интенсивной терапии тяжелой ПЭ и ее осложнений, таких как HELLP синдром, острый жировой гепатоз, манифестация экстрагенитальной и генетически обусловленной патологии.

Материалы и методы: В отделении интенсивной терапии центра охраны материнства и детства за период с 2001 по 2015 год поступили 684 пациентки с диагнозом ПЭ средней и тяжелой степени и Э в возрасте (27 ± 5) лет. Особую группу пациенток с ПЭ составили беременные, роженицы и родильницы с осложнениями ПЭ (HELLP и его варианты — 46, ОЖДП — 39, острый панкреатит — 22). обследо-

вание женщин проводилось до начала лечения, перед родоразрешением (самостоятельные роды, КС), и на 3–4 сутки послеродового/послеоперационного периода. Обследование пациенток проведено с использованием комплекса общепринятых по приказам МОЗ Украины № 582 от 15.12.2003 г., № 676 от 31.12.2004 г., № 430 от 03.07.2006 г. и специальных (оксидантная и антиоксидантная система, лактат, продукты метаболизма оксида азота, генетические исследования) исследований. Проведено комплексное изучение внутриутробного состояния плода (биофизический профиль, кардиотокография (КТГ) и доплерометрия) и новорожденного (состояние и адаптация ребенка после рождения, исход). Беременные были разделены на группы: основная и группа сравнения. Выполнена математическая обработка полученного массива данных и была создана бальная шкала оценки степени тяжести синдрома полиорганного нарушения (СПОН).

Результаты и их обсуждение. Проведение дифференциальной диагностики заболеваний печени у беременных проводили среди следующих нозологических форм: рвота беременных; внутрипеченочный холестаз, обусловленный беременностью; HELLP синдром и его варианты; острая жировая дистрофия печени, а также с заболеваниями, для которых беременность может быть только фоном: острый и хронический вирусный гепатит, лекарственный гепатит, цирроз печени, доброкачественная гипербилирубинемия, злокачественные новообразования желчного пузыря.

HELLP-синдром рассматривали как вариант тяжелого течения ПЭ, который характеризуется наличием гемолиза эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией. Тяжелая АГ, не всегда сопровождала HELLP синдром. Среди обследованных беременных 78 % было повторно-беременных и многорожавших. Диагноз HELLP синдром считали правомерным при наличии всех или нескольких из нижеперечисленных критериев: гемолиз (патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0–0,27 %), уровнем ЛДГ > 600 МЕ/л, уровнем прямого билирубина > 12 г/л, наличием свободного Нб, повышением уровня ферментов печени (уровень АсАТ или АлАТ выше 70 МЕ/л рассматривали, как значительный, а уровень выше 150 МЕ/л связывали с повышенным риском для здоровья матери), тромбоцитопения: количество тромбоцитов < 100 × 10⁶ /л или их снижение в течение короткого времени.

Клиническая картина HELLP синдрома была вариабельной и включала следующие симптомы: боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (78–82 %), тошноту или рвоту (41–82 %), головную боль (39 %), чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (64 %), ДАД выше 110 мм рт ст (54 %), массивную протеинурию > 2 г/л в разовой порции мочи (44–58 %), генерализованные отеки (34–40 %).

Тактика интенсивной терапии HELLP синдрома заключалась в оценке тяжести состояния и стабилизации пациентки с последующим родоразрешением. Отмечали более тяжелое течение послеродового периода у пациенток с HELLP синдромом, чем у родильниц с тяжелой ПЭ, которая сопровождалась олигурией и медленным восстановлением биохимических параметров.

Тяжесть состояния пациенток при HELLP-синдроме была связана с прогрессированием полиорганной несостоятельности (67 %), включая респираторный дистресс-синдром взрослых, разрыв подкапсульной гематомы печени (2,2 %), развитием ОПН (32 %), различные формы ДВС синдрома (24 %). Для оценки тяжести течения HELLP-синдрома использовали классификацию Mississippi trial. При поступлении беременные распределились следующим образом: 1 степень — 8, 2 степень — 12 и 3 степень — 22 пациентки). Были разработаны алгоритмы диагностики и проведения интенсивной терапии у пациенток с HELLP синдромом. При наличии гемолиза в комплекс интенсивной терапии были включены: сода-буфер, при сохраненном диурезе инфузия до 3–4 л, фуросемид до 250–300 мг однократно и далее по показаниям, глюкокортикоиды, антигистаминные, спазмолитики, трентал, ингибиторы протеаз, при АД менее 100/70 — допмин. Проводили форсированный диурез до полного просветления мочи и устранения свободного Hb в крови и моче. При анурии выполняли плазмаферез для удаления продуктов гемолиза и решали вопрос о проведении гемодиализа.

У 12 пациенток HELLP синдром сопровождался слабо выраженными симптомами тошноты, рвоты, болей в эпигастрии/верхнем наружном квадранте живота, в связи, с чем диагностика данного состояния запаздывала, что повлекло за собой смерть 6 пациенток (13 %). Тяжелые эпигастральные боли, не купирующиеся приемом антацидов, должны вызывать высокую настороженность. Одним из характерных симптомов (часто поздним) данного состояния является симптом «темной мочи» (цвета «Кока-колы»).

При ведении пациенток с HELLP синдромом придерживались следующей тактики: немедленная госпитализация, стабилизация состояния женщины, оценка состояния плода, контроль АД, магниезальная терапия, планирование родоразрешения и вида анестезии. Ведению послеродового периода уделяли особое внимание. Считаем обязательным наблюдение в палате ИТ не менее 24 часов после родоразрешения.

Выводы. Тщательная диагностика состояния пациенток с использованием шкалы оценки полиорганной дисфункции у беременных, стабилизация состояния беременной и своевременное родораз-

решение позволяют снизить перинатальную и материнскую смертность.

T.V. Jojua, E.B. Yakovleva, I.T. Govorukha

DIAGNOSTICS AND INTENSIVE CARE IN PREGNANCY HELLP SYNDROME IN PERINATAL CENTER

Summary. *During the period of hostilities there have been some changes in the usual pattern of flow severe preeclampsia and its complications, such as the syndrome of HELLP, acute fatty liver, and extragenital manifestation of genetically caused diseases. Perhaps this is due to stay pregnant in a state of chronic stress. Traumatic events (fighting an information war, a humanitarian catastrophe) destroy the usual course of pregnancy and, ultimately, lead to maladjustment pregnant. The consequences of chronic stress is nervous and often physical exhaustion. Violated subtle mechanisms «correct» placentation, which probably manifested as severe complications of pregnancy such as severe preeclampsia, and it is extremely difficult options.*

Keywords: *preeclampsia, chronic stress, maladjustment, multiple organ dysfunction syndrome*

ЛИТЕРАТУРА

1. Kentouche K., Voigt A., Schleussner E., Schneppenheim R., Budde U., Beck J.F. et al. Pregnancy in Upshaw-Schulman syndrome. *Hamostaseologie*. 2013; 33(2): 144–8
2. Torok T.J., Holman R.C., Chorba T.L. Increasing mortality from thrombotic thrombocytopenic purpura in the United States—analysis of national mortality data, 1968–1991. *Am. J. Hematol.* 1995; 50: 84–90
3. Ruggenti P., Noris M., Remuzzi G. Thrombotic microangiopathy, hemolytic uremic syndrome, and thrombotic thrombocytopenic purpura. *Kidney Int.* 2001; 60(3): 831–46
4. Moake J.L., Rudy C.K., Troll J.H., Weinstein M.J., Colanino N.M., Azocar J. et al. Unusually large plasma factor VIII: vonWillebrand factor multimers in chronic relapsing thrombotic thrombocytopenic purpura. *N. Engl. J. Med.* 1982; 307(23): 1432–5
5. Lämmle B., Kremer Hovinga J., Studt J.D., Mansouri Taleghani B., Alberio L. Thrombotic thrombocytopenic purpura. *Hematol. J.* 2004; 5(Suppl. 3): S6–11
6. Schaller M., Studt J.D., Voorberg J., Kremer Hovinga J.A. Acquired thrombotic thrombocytopenic purpura. Development of an autoimmune response. *Hamostaseologie*. 2013; 33(2): 121–30.
7. Koenig M., Roy M., Baccot S., Cuilleron M., de Filippis J.P., Cathébras P. Thrombotic microangiopathy with liver, gut, and bone infarction (catastrophic antiphospholipid syndrome) associated with HELLP syndrome. *Clin. Rheumatol.* 2005; 24(2): 166–8
8. Klonizakis P. ADAMTS-13 metalloprotease abnormalities in systemic lupus erythematosus: is there a correlation with disease status? *Lupus*. 2013; 22(5): 443–52
9. Pourrat O., Coudroy R., Pierre F. ADAMTS-13 deficiency in severe postpartum HELLP syndrome. *Br. J. Haematol.* 2013; 163(3): 409–10
10. Austin S.K., Starke R.D., Lawrie A.S., Cohen H., Machin S.J., Mackie I.J. The VWF/ADAMTS13 axis in antiphospholipid syndrome: ADAMTS13 antibodies and ADAMTS13 dysfunction. *Br. J. Haematol.* 2008; 141(4): 536–44
11. Lammle R., Hovinga J.A.K., Alberio L. Thrombotic thrombocytopenic purpura. *J. Thromb. Haemost.* 2005; 3: 1663–75
12. Isler C.M., Barrilleaux P.S., Magann E.F., Bass J.D., Martin J.N. Jr. A prospective, randomized trial comparing the efficacy of dexamethasone and betamethasone for the treatment of antepartum HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001; 184(7): 1332–9

УДК 616.39-06-0213:616.8-002.43]-085

Ю.Г. Друпн, В.Л. Подоляка, С.Н. Тутов, Д.В. Подоляка, Г.В. Былым, М.И. Клецова

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Работа направлена на оценку эффективности терапии угрозы прерывания беременности у женщин с недостаточностью функции желтого тела беременности и дистрофическим процессом в нервном аппарате внутренних гениталий с использованием препарата утрожестан в сочетании с но-спазм. Исследования показали относительную резистентность монотерапии прогестероном угрозы прерывания беременности в малых сроках у женщин данной категории, что потребовало увеличение дозы утрожестана, а комбинация утрожестана с но-спазмом, позволяла достичь быстрого, в течение одной — двух суток и устранения симптомов угрозы прерывания беременности при стойкой нормализации клинко-лабораторных показателей.

Ключевые слова: угроза прерывания беременности, утрожестан, но-спазм, недостаточность желтого тела

Актуальность. Одно из первых мест в структуре причин прерывания беременности в ранних сроках, принадлежит недостаточности желтого тела беременности. Половые стероиды, влияя на генетический аппарат клетки, изменяя активность генома, индуцируют синтез целого ряда месенджеров, способных изменять функцию клетки и перичесюлярных структур, среди которых особенный интерес представляют окончания адренергических нервных волокон [5].

С одной стороны, под воздействием прогестерона повышается чувствительность $\beta 2$ -адренорецепторов и за счет ряда сложных биохимических процессов ослабляются актиномиозиновые взаимодействия, результатом чего является релаксация гладкомышечных клеток миометрия. С другой стороны, уменьшается число $\alpha 2$ -адренорецепторов и изменяется чувствительность $\beta 1$ -адренорецепторов к катехоламинам, что усиливая выбросы норадреналина в условиях повышенной чувствительности $\beta 2$ -адренорецепторов гладкомышечной клетки приводит к ее расслаблению [5]. Следовательно, наличие нейродистрофического процесса в миометрии является серьезным препятствием в реализации токолитического эффекта прогестерона из-за отсутствия адекватного катехоламинского обеспечения [1, 2, 4]. Это и позволило нам выделить два патогенетических варианта недостаточности функции желтого тела беременности:

1) изолированный — при недостаточности прогестерона и эстрогенов с нормальным нервным аппаратом матки;

2) совокупный — при недостаточности этих гормонов на фоне нейродистрофического процесса внутренних гениталий.

Поскольку менее всего изученным является второй вариант недостаточности желтого тела, то наше внимание было свернуто именно на этот аспект.

Целью данной работы стало изучение эффективности нейрогормональной коррекции в терапии угрозы прерывания беременности у женщин

с недостаточностью функции желтого тела беременности и дистрофическим процессом в нервном аппарате внутренних гениталий с использованием препарата утрожестан, который содержит натуральный микронизированный прогестерон, и холинолитика но-спазм.

Материалы и методы. Выбор препарата утрожестана продиктован уникальной возможностью интравагинального применения, что исключает метаболизм прогестерона в печени и позволяет создать терапевтические концентрации гормона локально в половых органах [3].

Препарат но-спазм устраняет влияние ацетилхолина на полые гладкомышечные органы путем блокады м-холинорецепторов, оказывая в том числе и спазмолитический эффект. Также как и любой холинолитик, он способен сдвигать равновесие между парасимпатическим и симпатическим влияниями в организме в сторону последних, создавая при этом относительную симпатикотонию. Данное состояние сопровождается усилением катехоламинергических эффектов в деятельности внутренних органов, в том числе и беременной матки, что в условиях прогестероновой насыщенности приводит к релаксации миометрия.

Нами обследовано 52 женщины с угрозой прерывания беременности в сроках от 5 до 12 недель. Все женщины были повторно беременными, имели от 1 до 6 медицинских и (или) произвольных аборт. У 10 женщин предыдущие роды закончили операцией кесарева сечения, у 16 — ручной ревизией полости матки, у 10 — кюретажем полости матки, 5 пациенток перенесли цистосальпингектомию, 11 — страдали хроническим аднекситом с явлениями тазового ганглионита. Диагноз угрозы прерывания беременности и оценка эффективности лечения устанавливались на основе жалоб пациентов, ультразвукового и кольпоцитологического исследований, измерения базальной температуры.

Основную группу составили 32 женщины, которые получали утрожестан по 100 мг два раза в день во влагалище и но-спазм по 30 мг 3 раза в день per os. Пациентки контрольной группы (20 человек) получали только утрожестан по 100 мг два раза в день во влагалище. Курс лечения составлял 14 дней. Каких-либо реакций за период лечения в обеих группах не отмечено.

Статистически группы были идентичны.

Результаты и их обсуждение. В основной группе исчезновения субъективных жалоб в первые сутки от начала лечения наблюдалось у 25 (80 %) пациенток, на вторые сутки — в 31 (99,2 %). Базальная температура у 31 женщины достигала нормальных показателей для развивающейся беременности. Кольпоцитологические исследования, которое проводилось на 7 и 14 сутки, позволило выявить стойкое улучшение цитологических показателей,

исчезновения парабазальных клеток, преобладание промежуточных клеток в виде скоплений и пластов, появление единичных поверхностных клеток. Ультразвуковое исследование подтвердило прогресс беременности и отсутствие эхопризнаков угрозы ее прерывания у 31 женщины. У одной пациентки диагностирована неразвивающаяся беременность.

В контрольной группе исчезновение симптомов угрозы прерывания беременности наблюдалось на 3–4 сутки у 8 пациенток, а у 12 — эффект был достигнут только после увеличения дозы утрожестана до 300–400 мг в сутки. Кольпоцитологическая картина отвечала показателям в основной группе. В 5 (25 %) случаях произошел самоаборт, в 2 — беременность замерла. По данным УЗИ отмечался длительно сохраняющийся гипертоonus миометрия, при отсутствии жалоб.

Анализ эффективности нейрогормональной коррекции показал отсутствие самоабортов на протяжении 14 дней лечения в основной группе, против 25 % в контроле, а в течение первого месяца — 3,5 %, против 17 % соответственно.

Наши наблюдения выявили относительную резистентность к монотерапии прогестероном, что потребовало у пациенток контрольной группы увеличение дозы утрожестана. Сказанное свидетельствует о выраженной гормональной недостаточности желтого тела беременности, что подтверждается кольпоцитологической картиной, и о неадекватной катехоламинергической активности, в результате неполноценности/истощенности нервного аппарата.

Таким образом, можно выразить мнение, что гормональная терапия невынашивания беременности при наличии нейродистрофического процесса во внутренних гениталиях требует коррекции нейротрофических влияний.

Выводы. Методика нейрогормональной коррекции, которая предлагается при лечении угрозы прерывания беременности у женщин с нейродистрофическим процессом во внутренних

гениталиях позволяет достичь быстрого, в течение одной — двух суток, устранения симптомов угрозы прерывания беременности и стойкой нормализации клинико-лабораторных показателей.

Y. Drupp, V. Podolyaka, S. Tutov, D. Podolyaka, G. Bilim, M. Klecova
CONDUCT OF PREGNANT WITH THE THREAT OF TERMINATING PREGNANCY ON A BACKGROUND THE NEURODISTROFIA PROCESS OF SEXUAL INTERNALS

Summary. Work is directed to on an estimation efficiency of therapy of threat of breaking to pregnancy for women with insufficiency of function of yellow body of pregnancy and distrofia process in the nervous vehicle of internal genitalia with the use of preparation of utrogestan in combination with no-spasm. Researches showed relative rezisten of monotherapy progesterone of threat of breaking to pregnancy in small terms for the women of this category, that demanded the increase of dose of utrogestan, and combination of utrogestan with no-spasm, allowed to attain rapid, during one — two twenty-four hours and removal of symptoms of threat of breaking to pregnancy at proof normalization of clinical-laboratori indexes.

Keywords: threat of breaking to pregnancy, utrogestan, no-spasm, insufficiency of yellow body

ЛИТЕРАТУРА

1. Ажипа Я.И. Нейрогуморальные отношения при нейродистрофическом процессе. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М, 1970. — 52 с.
2. Волкова О.В., Зайцева Е.П. Морфофункциональный анализ состояния матки в условиях нарушений нейроэндокринной регуляции // Акушерство и гинекология. 2005, №5. — С. 55-58
3. Кожин А.А. Эффективность применения утрожестана при угрозе прерывания беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2010, № 1. — С. 104-105
4. Петров-Маслаков М.А., Угрюмов В.М., Угрюмова Р.А. О нейrogenных нарушениях специфических функций женского организма. М., Медицина. — 207 с.
5. Шаляпина В.Г., Ракицкая В.В. Адренергическая иннервация матки. Л.: Наука, 2013. — 143 с.

УДК 616.2/3:616.89-008.441.1]:355.01

О.В. Носкова, А.В. Чурилов, В.В. Свиридова, Е.В. Литвинова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В КОНТЕКСТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат В работе рассмотрены особенности течения тревожных состояний беременных женщин в контексте военных действий с использованием психодиагностики, психокоррекции, психогигиены. Целью нашего исследования является разработка мероприятий по профилактике и коррекции тревожных состояний беременных женщин в условиях военного конфликта. Выборочная совокупность составляет 50 беременных женщин в возрасте 19–46 лет, наблюдаемых в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО, страдающих тревожными расстройствами. Проведено обследование 50 беременных женщин, по 25 человек в каждой группе. В первой группе первичное исследование проведено до психокоррекционных мероприятий и спустя 2 недели после них. Во второй группе психокоррекционные мероприятия не предлагались и

повторное исследование, проводилось также спустя 2 недели. Исследование проведено с помощью констатирующего эксперимента с применением методов психодиагностики: самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина; диагностики межличностных отношений Т. Лири; оценки уровня тревожности по шкале Дж. Тейлора; исследование психологического состояния женщин во время беременности — тест «Фигуры». Изменение показателей реактивной и личностной тревожности, межличностных отношений и готовность к материнству беременных женщин 1-й группы, по сравнению с женщинами контрольной группы, подтвердили полезность своевременно-обоснованной психодиагностики и коррекции специфического поведения беременных женщин в условиях военного конфликта.

Ключевые слова: тревожные состояния при беременности, психодиагностика и саморегуляция, психокоррекция, психогигиена, военные действия, самооценка, межличностные отношения

Актуальность. Помимо непосредственного переживания, связанного с угрозой жизни, в военное время огромную роль играют предрасполагающие факторы: информационная неопределенность, угроза существованию близких людей, ломка основных жизненных стереотипов. Жизнь человека становится зависимой не от того, что предопределяло ощущение благополучия в мирное время, а от возможности выжить в экстремальных условиях. Психотравмирующие обстоятельства в этой связи представляют собой комплекс сверхсильных раздражителей, приводящих к нарушению психической деятельности в виде так называемых психогенных состояний. Беременность, возникающая на этом фоне, с одной стороны отягощена действием этих обстоятельств, а с другой стороны усугублена сменой независимого существования женщины «как для себя» с видоизменением ее личностной, профессиональной, сексуальной, гендерной, телесной и других идентичностей к существованию во имя ребенка [1]. Ситуация военных действий требует особой адаптации, особенно на фоне столь характерного для беременных женщин высокого уровня тревожности. З. Фрейд, в качестве отдельного заблуждения «невроз тревоги», включал четыре клинических признака: раздражительность; постоянное тревожное состояние; приступы паники; вторичное физическое избегание [2, 3]. Он утверждал, что в основе этого невроза лежит «свободно плавающая тревога» с различными соматическими симптомами.

Многогранность и семантическая неопределенность термина «тревога» в психологических исследованиях является предметом использования его в значениях: гипотетическая «промежуточная переменная», временное психическое постстрессовое состояние, фрустрация социальных потребностей и свойств личности [4, 5, 6, 7, 8]. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы женщины, в условиях окружающей ее атмосферы военных действий, создают ситуационный физиологический стресс, биологические, эмоциональные и функциональные модификации, которого превращают нормальную ситуацию в проявление патологического стресса. [12].

Адаптация к беременности и материнству зависит от натуры женщины и от среды, к которой та принадлежит — от тех условий и отношений, которые для этой среды характерны, от здоровья женщины, ее возраста, образования и т.д. В период адаптации значительная часть женщин испытывает разного рода сомнения, неуверенность, самые противоречивые и нередко негативные чувства по поводу беременности и материнства вообще [9]. По мнению О.А. Мурашко, диспептические расстройства — тошнота, рвота, головные боли, головокружение, слабость, вялость, нарушение аппетита, являются проявлением особого типа психологического стресса, связанного с перестройкой всего организма во время беременности и необходимостью адаптации к ней [13]. В.И. Брутман и М.С. Родионова считают, что даже при самой желанной беременности женщина испытывает двойственные чувства:

с одной стороны — радость, оптимизм, надежду, а с другой — страх, печаль, повышенную тревожность, связанную с опасениями перед предстоящими родами, рождением здорового ребенка, возможностью реализации себя в новой роли — «матери» [14]. Также сомнения могут быть связаны с тревогой о будущем отце, особенно, если он участвует в военном конфликте. Психогенное воздействие экстремальных условий военного времени включает в себя не только прямую угрозу жизни человека, но и опосредованное постоянное ожидание ее реализации, усложняет имеющиеся тревожные переживания. Столь противоречивые чувства, волнение и неуверенность в последние недели беременности приводят к ощущению угнетенности, состоянию утомления у беременных женщин. Отсутствие возможности нахождения рядом близких людей, у многих женщин усугубляет тревожные состояния. Таким образом, несмотря на большое число теоретических и эмпирических исследований состояний тревоги, ее проявления и последствия остаются недостаточно изученными, становясь предметом и наших исследований [15].

Целью исследования является разработка мероприятий по профилактике и коррекции тревожных состояний беременных женщин в условиях военного конфликта.

Материалы и методы. Выборочная совокупность включает 50 беременных женщин в возрасте 19–46 лет, наблюдаемых в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДокТМО, страдающих тревожными расстройствами. Все обследуемые разделены на 2 группы, по 25 человек в каждой. В 1-й группе было проведено первичное исследование до психокоррекционных мероприятий и после них спустя 2 недели. Во второй группе психокоррекционные мероприятия не предлагались и повторное исследование, проводилось спустя 2 недели. Методы исследования: констатирующий эксперимент с применением методов психодиагностики: самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина; диагностики межличностных отношений Т. Лири; оценки уровня тревожности по шкале Дж. Тейлора; исследование психологического состояния женщин во время беременности — тест «Фигуры» [15]. Психокоррекционные меры: рациональная психотерапия, аутогенный тренинг, элементы гештальт-терапии в аспектах избавления от тревожных состояний путем перевода тревоги в активное деятельное состояние.

Результаты исследований свидетельствуют о неоднозначности проявлений тревожных состояний беременных женщин в обеих группах. При анализе самооценки тревожных состояний выяснилось, что в исследуемых группах ведущим, при исследовании реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) женщин до коррекции обнаружен «высокий» и «умеренный» уровни проявлений этих показателей у большего числа женщин (табл. 1). После психокоррекции в 1-й группе у большинства женщин показатели РТ и ЛТ снизились от высокого к «умеренному» и «низкому» уровням тревожности, характеризую озабоченность конкретными предродовыми ощущениями, реагируя появлением состояния тревоги и при среднем уровне адаптации.

Таблица 1. Уровни тревожности беременных женщин до и после психокоррекции, %

Уровни тревожности	Группы испытуемых							
	1 группа				2 группа			
	РТ		ЛТ		РТ		ЛТ	
	До коррекции	После коррекции	До коррекции	После коррекции	При первичном исследовании	При повторном исследовании	При первичном исследовании	При повторном исследовании
Высокий	41,2	41,2	18,7	38,2	41,2	5,2	17,7	40,1
Умеренный	43,2	47,2	46,1	33,6	47,6	38,1	42,1	40,1
Низкий	15,6	11,6	35,2	28,2	11,2	9,2	40,2	19,8

Таблица 2. Межличностные отношения при беременности, %

Октанты	Группы испытуемых женщин			
	1-я группа		2-я группа	
	До коррекции	После коррекции	При перв. исслед.	При повт. исслед. коррекции
IV, подозрительность	23,5	8,4	19,5	19,5
VI, зависимость	19,5	11,6	23,5	7,9
VII, дружелюбие	50,5	49,2	47,6	46,7
VIII, альтруистичность	6,5	30,5	8,4	25,9

При исследовании межличностных отношений испытуемых женщин обнаружилось неоднозначное проявление их состояний при беременности (табл. 2).

Как следует из табл. 2 в результате психокоррекции более значительными оказались снижение числа «зависимых» женщин в 1-й группе, при практически неизменных проявлениях со стороны женщин во 2-й группе. После психокоррекции значительно возросла «альтруистичность» в 1-й группе женщин от исходного уровня, по сравнению с показателями 2-й группы женщин. Относительно близкое распределение «подозрительности» обнаружено в обеих группах женщин, что, связано с общностью предстоящих испытаний. Преобладание подозрительного, зависимого, альтруистического пребывания в специфическом положении женщин, в условиях военного конфликта, подтверждает необходимость проведения психодиа-

гностических исследований и психокоррекционного воздействия на беременных женщин.

Результаты исследования психического состояния беременных женщин свидетельствуют о готовности к материнству большинства женщин (64 %) исследуемых групп, при обнаружении значительного числа женщин со снижением «тревожно-амбивалентного отношения», отсутствии игнорирующего типа женщин в этой группе (табл. 3). В 2-й группе по показателям готовности к материнству изменений не произошло, при увеличении числа женщин (59,6 %) с тревожно-амбивалентным отношением к происходящему и увеличившегося числа женщин, заинтересовывающихся в происходящей жизнедеятельности с уменьшением игнорирующего их типа до 8,9 %.

Изменение показателей реактивной и личностной тревожности, межличностных отношений и готовность к материнству беременных женщин

Таблица 3. Психические состояния женщин во время беременности, %

Состояния беременных женщин	Группы испытуемых женщин			
	1-я группа		2-я группа	
	До коррекции	После коррекции	При перв. исслед.	При повт. исслед.
Готовность к материнству	20,5	56,8	31,5	31,5
Тревожно-амбивалентные отношения	71,6	36,8	7,9	59,6
Игнорирующий тип	7,9	6,4	60,6	8,9

1-й группы, в сравнении с женщинами контрольной группы, позволило сделать следующие выводы:

Отклоняющиеся от нормы показатели реактивной и личностной тревожности, с преобладанием высокого и среднего уровня тревожности, высокие показатели тревожно-амбивалентного отношения, доминирование подозрительности и зависимости, явились предметом обоснования направленной психокоррекции.

В контексте военного времени выявлена и подтверждена полезность своевременного обоснованной психодиагностики и коррекции специфического поведения беременных женщин.

O.V. Noskova, A.V. Churilov, V.V. Sviridova, E.V. Litvinova

FEATURES OF THE CURRENT OF DISTURBING STATES AT PREGNANT WOMEN IN THE CONTEXT OF MILITARY OPERATIONS

Summary. *The paper discusses the features of the course of anxiety disorders in pregnant women in the context of military operations with the use of psycho-diagnostics, psychological correction, mental health. The aim of our research is the development of prevention and correction of anxiety of pregnant women in armed conflict. The sample of 50 pregnant women aged 19-46 years, observed in a branch of extragenital and obstetric pathology DoKTMO suffering from anxiety disorders. The study involved 50 pregnant women and 25 men in each group. In the first group primary research conducted to psycho events and 2 weeks after it. In the second group psycho activities are not offered, and a second study, also conducted after 2 weeks. The study was conducted with the help of ascertaining experiment with methods of psycho-diagnostics: self-esteem level of personal and reactive anxiety Charles Spielberger and YL Hanin; diagnostics interpersonal T. Leary; assess the level of anxiety on a scale J. Taylor; a study of the psychological condition of women during pregnancy — test "Figures." Changes in reactive and personal anxiety, interpersonal relationships and willingness to maternity pregnant women in Group 1, compared with women in the control group, confirmed the usefulness of a timely-based psycho-diagnostics and correction of specific behavior of pregnant women in armed conflict.*

Key words: *anxiety in pregnancy, diagnostics and self-correction, health, war, self-esteem, interpersonal relationships*

ЛИТЕРАТУРА

1. Годфруа Ж. Что такое психология: В 2-х т. Издание стереотипное. Т. 2: Пер. с франц. М.: Мир, 1996. – С. 28-29 (376 с.)
2. Rickels K., Rynn M.A. What is generalized anxiety. // J. Clin. Psychiatria. – 2001. – Vol.50. – P. 884-895
3. Rickels K., Rynn M.A. Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder // Psychiatry Clin. North Am. – 2001. Vol. 24, № 1. – P. 1-17
4. Носкова О.В. Психология готовности супружеских пар, как фактор сохранения интегральной индиви-

дуальности в семейной жизни // XXIII Мерлинские чтения: «Активность-индивидуальность-субъект»: Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 110-летию со дня рождения В.С. Мерлина, 2-4 октября 2008г., Пермь. / Научн. ред. Б.А. Вяткин; Перм. гос. пед. ун-т, 2008. – С. 48-50. (343 с.)

5. Батуева А.Г. Родительские установки беременных женщин в зависимости от возрастных, личностных и социально-демографических характеристик // XXIII Мерлинские чтения: «Активность-индивидуальность-субъект»: Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 110-летию со дня рождения В.С. Мерлина, 2-4 октября 2008г., Пермь./ Научн. ред. Б.А. Вяткин; Перм. гос. пед. ун-т, 2008. – С. 137-139. (343 с.)
6. Психологические основания комплексного сопровождения женщин в период беременности // Ананьевские чтения – 2005: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005» / Под редакцией Л.А. Цветковой, Л.М. Шпицыной. СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2005. – С. 201-202. (658 с.)
7. Никольская И.М. Клиническая психология семьи – новый раздел медицинской психологии // Ананьевские чтения – 2005: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005» / Под редакцией Л.А. Цветковой, Л.М. Шпицыной. СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2005. – С. 209-211. (658 с.)
8. Гавенко Н.В. Современный взгляд на супружескую дезадаптацию при невротических расстройствах у женщин // Медицинская психология. 2007. Т. 2, № 2, - С 60-63
9. Кришталь В.В., Агишева Н.К. Коммуникация в супружестве: норма и паталогия // Междунар. мед. журн. 2002. Т.8, № 1-2. – С. 79-83
10. Абрамченко В.В., Терещенко А.В. Аутогенная тренировка в смысле физиопрофилактики подготовки беременных к родам // Вестник гипнологии и психотерапии. 1991, № 1. – С. 29-31
11. Савченко Ю.И., Ковалевский В.Л. Эмоции, беременность и потомство // Акушерство и гинекология. 1984, № 1. – С. 2-15
12. Мещерикова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000, № 5. - С. 18-27
13. Мурашко О.А. Психологические особенности проживания беременности // Репродуктивное здоровье женщин. № 2, 2004. - С. 21-24
14. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997, № 7. – С. 38
15. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАК». 1998. - С. 59-63; 64-69; 408-418

УДК 618.11+616.432:616-022.6

*Д.В. Подоляка, Ю.Г. Друпн, С.Н. Тутов, В.Л. Подоляка, Т.В. Миминошвили, Г.В. Былым***ВЛИЯНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗА И ЯИЧНИКОВ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Реферат. Для изучения особенностей гормональной обеспеченности менструального цикла у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией проведено исследование функционального состояния гипофиза и яичников в динамике менструального цикла. В целом выявлены изменения гормональной обеспеченности менструального цикла в виде отсутствия преовуляторного пика лютеинизирующего гормона, умеренное снижение уровня фолликулостимулирующего гормона, снижение уровней половых гормонов, что оказывало влияние на процессы дозревания фолликулов, овуляции и формирования желтого тела. Высказано предположение о возможной патогенетической роли вирусно-бактериальной инфекции в последующем формировании вторичного поликистоза яичников у обследованного контингента больных.

Ключевые слова: воспалительные заболевания гениталий, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, пролактин, кортизон

Роль морфофункциональных изменений в репродуктивных органах-мишенях в патогенезе развития воспалительных заболеваний гениталий не определен достаточно четко и нуждается в комплексном исследовании [1], так как хронический воспалительный процесс половых органов у женщин репродуктивного возраста является общим полисистемным заболеванием, которое сопровождается вовлечением в патологический процесс иммунной, эндокринной и симпатoadренальной систем [2]. У этих больных снижены функции гипофиза, яичников, у них может возникать дисфункция щитовидной железы и функциональные нарушения регулировочных центров гипоталамуса. Вовлекающийся в воспалительный процесс яичник, теряет нормальную функцию синтеза гормонов с нарушением овуляции [3, 4].

С целью изучения особенностей гормональной обеспеченности менструального цикла у женщин с вирусно-бактериальной инфекцией проведено исследование функционального состояния гипофиза и яичников в динамике менструального цикла у 40 женщин с хроническими воспалительными процессами гениталий.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 2 группы по 20 пациенток с хроническими воспалительными процессами гениталий. Первую группу составили 20 женщин с этиологией процесса вирусно-бактериального генеза и вторую — 20 женщин с процессом вызванным бактериальными агентами. Контрольную группу составили 10 практически здоровых женщин. Статистически все представленные группы пациенток были однородны.

Изучение гормонального статуса проводили посредством определения в крови стероидных и пептидных гормонов (эстрадиол, прогестерон, тестостерон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, пролактин, кортизол) ра-

диоиммунным методом с использованием готовых коммерческих наборов фирмы "SEA-IRE-Soring" (Франция).

Статистическая обработка данных проведена на PC Pentium IV методами вариационной статистики и ранговой корреляции с использованием стандартного пакета прикладных программ. Достоверность расхождений параметрических показателей оценивалась с помощью критерия Стьюдента, значимость расхождений долей оценивалась методом углового превращения Фишера. Учитывая выборочный характер исследований, все статистические показатели приведены с ошибками репрезентативности [5].

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что на 7 день менструального цикла концентрация гонадотропинов в крови умеренно превышала нормативные показатели почти у всех обследованных (уровень фолликулостимулирующего гормона у женщин 1-й и 2-й групп составил, соответственно, $8,5 \pm 0,05$ и $13,7 \pm 2,8$ МЕ/л против $6,3 \pm 0,7$ МЕ/л в контроле; концентрация лютеинизирующего гормона соответственно составил $12,2 \pm 2,0$ и $14,4 \pm 1,8$ МЕ/л против $7,3 \pm 0,9$ МЕ/л в контроле. Концентрация гонадотропных и стероидных гормонов в сыворотке крови обследованных женщин в динамике менструального цикла ($M \pm m$) отображено в таблице № 1.

На 14 день цикла концентрация лютеинизирующего гормона не отличалась от контрольной группы: у женщин 1 группы $17,9 \pm 1,6$ МЕ/л, во 2-ой группе — $16,7 \pm 3,1$ МЕ/л и в контрольной группе $16,7 \pm 1,0$ МЕ/л. Концентрация фолликулостимулирующего гормона была несколько ниже нормы у женщин с бактериальной инфекцией (II группа) $9,4 \pm 0,3$ МЕ/л против $14,2 \pm 1,8$ МЕ/л в контроле. Это способствовало повышению коэффициента лютеинизирующий гормон / фолликулостимулирующий гормон у женщин этой группы до $1,7 \pm 0,2$ при $1,2 \pm 0,28$ у женщин контрольной группы, $p < 0,05$. У женщин с вирусно-бактериальной инфекцией (I группа) концентрация фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови была $13,7 \pm 1,5$ МЕ/л и не отличалась от показателей контрольной группы.

Отмечено, что у женщин обследованных групп уровень эстрадиола на 7 день менструального цикла значительно ниже, особенно в 1-й группе $0,14 \pm 0,01$ нмоль/л, $0,16 \pm 0,04$ нмоль/л во 2-й группе и $0,24 \pm 0,07$ нмоль/л в контроле ($p < 0,05$). На 14-й день менструального цикла определялась одинаково низкая концентрация PgE2 в крови параллельно в обеих группах женщин с хроническими воспалительными процессами половых органов, которая не отвечала ожидаемому овуляторному пику эстрогенов, и составила в 1-й группе $0,18 \pm 0,11$ нмоль/л, $0,18 \pm 0,06$ нмоль/л во 2-й группе против $0,57 \pm 0,1$ нмоль/л в контроле. В середине цикла концентрация PgE2

Таблица 1. Концентрация гонадотропных и стероидных гормонов в сыворотке крови обследованных женщин в динамике менструального цикла (M ± m)

Показатель	День МЦ	Группа женщин		
		1-я, n = 20	2-я, n = 20	Контрольная, n = 10
ФСГ,	7	13,7 ± 3,3*	11,3 ± 1,1*	6,3 ± 0,7
МЕ/л	14	13,0 ± 1,6	11,5 ± 1,1	14,2 ± 1,8
ЛГ,	7	14,1 ± 1,4*	12,7 ± 0,9*	7,3 ± 0,9
МЕ/л	14	23,1 ± 2,6*	18,7 ± 2,6	16,7 ± 1,0
Е2,	7	0,14 ± 0,01*	0,15 ± 0,01*	0,34 ± 0,06
нмоль/л	14	0,16 ± 0,02*	0,19 ± 0,03*	0,49 ± 0,03
ПР,	14	9,70 ± 1,80	8,50 ± 1,70	9,33 ± 2,55
нмоль/л	21	18,50 ± 1,80*	17,90 ± 1,70*	56,01 ± 5,95

Примечание. * — разница с показателями контрольной группы достоверная в случае $p < 0,05$; ФЛГ — фолликулостимулирующий гормон, ЛГ — лютеинизирующий гормон, ПР — пролактин

оставалась почти на таком же уровне, как на 7-й день цикла. В то же время их концентрация в середине лютеиновой фазы (21-й день цикла) была существенно снижена: в 1-й группе $18,50 \pm 1,80$ нмоль/л, $18,70 \pm 2,80$ нмоль/л во 2-й группе против $56,05 \pm 5,90$ нмоль/л в контроле ($p < 0,05$).

Средние показатели концентрации пролактина в крови у обследованных женщин были высокими, по сравнению с контролем ($458,8 \pm 19,4$ мМЕ/мл в 1-й группе, $461,7 \pm 18,3$ мМЕ/мл во 2-й, против $325,5 \pm 2,7$ мМЕ/мл в контроле). Отмечалось повышение концентраций тестостерона у женщин обеих исследуемых групп (в 1-й группе — $1,86 \pm 0,17$ нмоль/л, $1,75 \pm 0,16$ нмоль/л во 2-й группе при норме $0,66 \pm 0,09$ нмоль/л). У женщин первой группы этот показатель был несколько высшим, чем во второй.

Между гормональными нарушениями функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы у женщин первой и второй групп существенной разницы выявлено не было.

Таким образом, приведенные данные в целом свидетельствуют об изменении гормональной обеспеченности менструального цикла в виде отсутствия преовуляторного пика лютеинизирующего гормона, умеренное снижение уровня фолликулостимулирующего гормона на 14 день менструального цикла, низкие уровни половых гормонов, что свидетельствует о нарушении процессов созревания фолликулов, овуляции и формирования желтого тела.

Все вышеуказанное, вместе с тенденцией к повышению коэффициента лютеинизирующий гормон / фолликулостимулирующий гормон и концентрации тестостерона в крови у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, свидетельствует о возможной патогенетической роли вирусно-бактериальной инфекции в последующем формировании вторич-

ного поликистоза яичников у обследованного контингента больных.

D. Podolyaka, Y. Drupp, S. Tutov, V. Podolyaka, T. Mimosvili, G. Bilim

INFLUENCE OF VIRAL-BACTERIAL INFECTION ON THE FUNCTIONAL STATE OF HYPOPHYSIS AND OVARIES

Summary. For the study of features of hormonal material well-being of menstrual cycle at women with a viral-bacterial infection the research of the functional state of hypophysis and ovaries in the dynamics of menstrual cycle is conducted. The changes of hormonal material well-being of menstrual cycle as absence of the preovulatory peak LG are exposed on the whole, moderate decline of the FSG level, low levels of sexual hormones, which testify to violation of processes of ripening of follicles, ovulation and forming of yellow body. Together with a tendency to the rise to the LG/FSG coefficient and concentration of testosterone in a blood, it testifies to the possible pathogenetic role of viral-bacterial infection in the subsequent forming of the second polikistoz ovaries at the inspected contingent of patients.

Keywords: inflammatory diseases of genitaly, estradiol, progesteron, testosterone, LG, FSG, prolaktin, kortizon

ЛИТЕРАТУРА

1. Bacterial vaginosis and risk pelvic inflammatory disease / R.B. Ness, S.L. Hillier, K.E. Корь et al. // *Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 104, N. 4. – P. 761-769
2. Taylor-Robinson D. Investigating microbial etiology pelvic inflammatory disease // *Sex. Transm. Infect.* – 2013. – Vol. 79, N. 5. – P. 424-425
3. A prediction rule for selective screening Chlamydia trachomatis infection / H.M. Gotz, J.E. van Bergen, I.K. Veldhuijzen et al. // *Sex. Transm. Infect.* 2005. Vol. 81, N. 1. – P. 24-30
4. Ross J. Pelvic Inflammatory Disease // *Clin. Evid.* 2004 Vol. 11, N. 6 – P. 2121-2127
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. Г., Практика, 1998. – 459 с.

УДК 618.12-002-085:355.01

В.В. Свиридова, А.В. Чурилов, М.И. Клецова, В.С. Костенко, Е.С. Трифонова

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Воспалительные заболевания придатков матки представляют собой сложную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями. Целью нашего исследования явилось проведение оптимизации лечения воспалительных заболеваний придатков матки на Донбассе в военное время. Обследовано 60 женщин-военнослужащих. В результате исследования выявлено, что экстракорпоральная моноантибактериальная терапия в сочетании с лазеротерапией позволила достичь максимального лечебного эффекта меньшими дозами препарата и сократить сроки пребывания в стационаре. Кроме того, подобная терапия позволила сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки в период военных действий, что позволяет рекомендовать этот метод терапии для широкого использования в гинекологической практике.

Ключевые слова: воспалительные заболевания придатков матки, оптимизация лечения, военное время

Актуальность. Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) представляют собой сложную и практически важную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями [1, 2, 3]. Данная патология может привести к нарушению в первую очередь функций как репродуктивной, так и других органов, и систем организма женщин. Однократно перенесенный воспалительный процесс придатков матки приводит к бесплодию в 25–30 % случаев, двукратно — в 45–50 %, трехкратно — в 70 % [2]. В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы женских половых органов занимают ведущее место, составляя 65 % от всей патологии органов репродуктивной системы у женщин. В США ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, причем у каждой 4-й из них возникают различного рода осложнения. По данным ряда исследователей, в структуре воспалительных заболеваний внутренних половых органов наибольший удельный вес имеют поражения маточных труб и яичников (от 67,6 до 98,8 %). Частота воспалительных заболеваний придатков матки в общей популяции женщин детородного возраста увеличилась в последние годы на 13–25 %, а по отдельным сообщениям авторов — в 3 раза [2]. Особенно резкое увеличение вышеуказанной патологии наблюдается в период военных действий, когда женщины подвергаются неблагоприятному влиянию природных и стрессовых факторов, находятся в условиях, не позволяющих соблюдать личную гигиену, гигиену питания и сексуальных отношений.

Несомненно, важнейшей причиной воспалительных заболеваний гениталий служат различные микроорганизмы, проникающие в половые пути женщин. В военное время арсенал условий для этого резко увеличивается. Так же возникновению ВЗПМ способствуют общие заболевания;

большая физическая нагрузка и умственное перенапряжение; стрессовые ситуации; аллергические реакции. Со всеми этими факторами риска контактируют военнослужащие в период боевых действий. Количество ВЗПМ в Донецкой области за время проведения военных действий увеличилось в 3,5 раза.

Целью нашего исследования явилось изучение оптимизации лечения ВЗПМ на Донбассе в военное время.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин-военнослужащих, проходивших лечение в гинекологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДокТМО) в течение 8 месяцев военного времени. Все женщины были разделены на 3 группы: по 20 человек в каждой. 1 группу представляли женщины с ВЗПМ, получавшие антибактериальную терапию в виде меранема, который вводился внутривенно капельно 3 раза в сутки (3 гр.) в течение 7 дней. Женщины 2 группы получали тот же препарат в дозе 3 гр., но вводился он экстракорпорально 1 раз в сутки через день в течение 3 дней. Женщины 3 группы получали меранем экстракорпорально, чередуя с внутрисосудистым лазерным облучением крови на протяжении 5 дней. ВЗПМ оценивались как модель системного воспалительного ответа (СВО) по ряду клинических и лабораторных критериев.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар общее состояние военнослужащих всех 3 групп оценивалось как тяжелое. Имели место фебрильная лихорадка, тахикардия, тахипноэ. В лабораторных данных отмечался лейкоцитоз — $14\text{--}18,3 \times 10^9/\text{л}$, наличие незрелых форм клеток в количестве 8–9.

При анализе клинических проявлений ВЗПМ выявлено, что клинические признаки интоксикации начинают снижаться уже с 3 суток проводимой терапии в 3 группе, тогда как в 1 группе это происходит к 6 суткам лечения, а во 2-й к 4–5 суткам, то есть период выздоровления наступает в 2 раза быстрее.

При сравнении динамики лейкоцитов в периферической крови у женщин 1 и 2 групп существенного различия не обнаружили, снижение этого показателя зарегистрировано с 6–7 суток на 53,2 %, тогда как в 3 группе снижение этого показателя на 76,8 % начинается с 3 суток терапии и превышает таковой в первых двух группах на 23,6 %. Снижение уровня палочкоядерных лейкоцитов в 1 группе отмечалось на 6 сутки на 27,8 %. Во второй группе этот показатель снижался на 4–5 сутки на 35 %. В основной группе снижение изучаемого показателя зафиксировано с 3 суток на 53,2 %, что превышает этот показатель на 25,4 % в 1 и на 18,2 % во 2 группах. Значительные различия отмечены в изменении общего числа лимфоцитов. Увеличение числа лимфоцитов в 1 группе наблюдалось к 5 суткам ле-

чения на 19,3 %, во 2 группе с 3–4 суток на 25,1 %, в 3 группе уже со 2 суток после 1 сеанса экстракорпоральной моноантибиотикотерапии и одного сеанса лазеротерапии на 47,5 %, что практически в 2 раза выше этого показателя в 1 и 2 группах, это свидетельствует о мощном иммунном ответе организма на проводимое лечение.

Таким образом, экстракорпоральная антибактериальная терапия в сочетании с лазеротерапией позволила усилить иммунный ответ организма женщин-военнослужащих с ВЗПМ, достичь максимального лечебного эффекта меньшими дозами препарата и сократить сроки пребывания в стационаре в 1,5 раза, что экономически важно особенно в период военного времени. Кроме того, подобная терапия позволила сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин с ВЗПМ. Все вышеизложенное позволяет рекомендовать вышеуказанный метод для широкого использования в практической гинекологии.

V.V. Sviridov, A.V. Churilov, M.I. Kletsova, E.S. Trifonov.

THE OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPENDAGES DURING WARTIME

Summary. *Inflammatory diseases of uterine appendages are the difficult problem. They lead to serious medical, social*

and economic losses. The aim of our research was to conduct the optimization of treatment of these diseases. The study involved 60 women in the Donbas during wartime. We used the lower doses of the drug. Been reduced the length of stay in hospital. In addition such combination therapy has allowed keeping the reproductive function of women. This allows us to recommend this method of therapy for a wide use in gynecology.

Keywords: *inflammatory diseases of the uterine appendages, the optimization of treatment during*

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакшина Н.Г. Оптимизация лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Сибирский медицинский журнал. 2008, № 4. В. 1. – С. 77–78
2. Синихин С.Л., Мамиев О.Б., Лахилова Е.В., Буров А.В. Некоторые современные аспекты этиологии, клинической картины и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки // Гинекология. 2011. Том 12. № 5. – С. 10–14
3. Яглов В.В., Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза в практике врача акушера-гинеколога // Гинекология. 2007. Том 9. №5. – С. 18–21

НЕЙРОХИРУРГИЯ, НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

УДК 616.271-006.33.04-007.271

В.Ю. Борисов¹, А.А. Щадько¹, Е.Г. Гуренко², С.М. Лепшина²

СЛУЧАЙ ХОНДРОСАРКОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА СО СТЕНОЗИРОВАНИЕМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Республиканская клиническая туберкулезная больница¹
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького²

Реферат: Для диагностики хондросаркомы позвоночника чрезвычайно важно рентгенологическое обследование больного. Спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются в настоящее время наиболее информативными методами диагностики. Они позволяют неинвазивным способом получать несравнимо больше необходимых для диагностики данных, чем с помощью всех инвазивных методов, вместе взятых. При наличии массивной деструкции тел позвонков следует думать не только о воспалительном поражении, но и о новообразованиях. Также следует рекомендовать СКТ (МРТ) пораженного отдела всем больным с радикулярными болями для выявления процесса на ранних стадиях.

Ключевые слова: хондросаркома.

Актуальность. Хондросаркома является довольно часто встречающейся злокачественной опухолью костной ткани. Развивается преимущественно у мужчин среднего и пожилого возраста. Чаще локализуется в костях таза, плечевого пояса и ребрах, реже в конечностях и позвоночнике.

Хондросаркома подразделяется следующим образом: первичная (центральная или периостальная) и вторичная, возникающая при озлокачествлении таких диспластических процессов, как хондроматоз костей (болезнь Олье-Маффуччи), костно-хрящевые экзостозы, хондромы, хондробластомы, хондромиксоидные фибромы.

По данным разных авторов, хондросаркомы составляют 7,6–16 % всех злокачественных опухолей костей; по D.C. Dahlin — 11 %, причем первичные хондросаркомы наблюдаются в 90 % случаев, вторичные — в 10 %. Средний возраст больных — 34 года. Авторами отмечено, что наиболее рано диагностируются опухоли в шейном отделе позвоночника, что, вероятно, связано с небольшим массивом мышечной ткани, а при распространении процесса в переднем направлении рано проявляются органно-сосудистые конфликты. Особенно сложна диагностика хондросарком, растущих в вентральном направлении в грудном, поясничном и крестцовом отделах позвоночника. Больные длительное время лечатся по поводу «радикулита», «межреберной невралгии» и других болезней, а в специализированное отделение поступают уже в далеко зашедших стадиях хондросаркомы с наличием больших мягкотканых компонентов. Сопоставление клинко-рентгенологических данных и результатов гистологического и гистохимического

исследований позволило определить их различия в зависимости от уровня дифференцировки опухолевой ткани.

Для диагностики хондросаркомы позвоночника чрезвычайно важно рентгенологическое обследование больного. Спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются в настоящее время наиболее информативными методами диагностики. Они позволяют неинвазивным способом получать несравнимо больше необходимых для диагностики данных, чем с помощью всех инвазивных методов, вместе взятых.

К преимуществам СКТ и МРТ относятся безвредность для организма, возможность выполнять исследования в любых областях и получать изображение больших участков позвоночника. Это наилучший метод исследования спинного мозга, межпозвоночных дисков, позвоночного канала, паравerteбральных тканей и визуализации возможного вовлечения в процесс магистральных сосудов и жизненно важных органов. К тому же данные МРТ помогают разработать стратегию хирургического вмешательства.

Основным методом лечения хондросарком является иссечение первичной опухоли и ее метастазов (когда это возможно), химиотерапия и лучевая терапия. Однако без оперативного лечения химиотерапия или лучевая терапия считаются не очень эффективным средством для большинства хондросарком и, следовательно, хирургическое лечение опухоли является основным. При удалении опухоли позвоночника необходимо придерживаться основных правил хирургии позвоночника – декомпрессии структур нервных окончаний (при появлении признаков сдавливания опухолевым процессом нервных корешков или спинного мозга), а также фиксация (стабилизация в физиологически удобной позиции) удаленной позвоночной зоны.

Хондросаркома грудного отдела позвоночника достаточно редкое заболевание и имеет сложности в диагностике из-за своего анатомического расположения. Также имеются сложности в хирургическом лечении, связанные с объемом процесса и расположением части опухоли в заднем средостении, сдавливанием спинного мозга на уровне поражения. Учитывая выше сказанное, приводим собственный клинический пример.

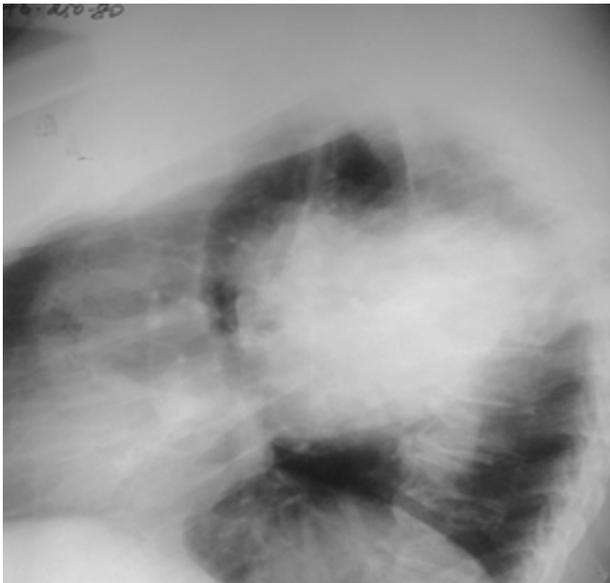


Рис.1 Рентгенограмма органов грудной клетки в боковой проекции: в верхних отделах средостения определяется округлое образование с четкими ровными контурами диаметром около 15 см.

Больной Б., 60 лет, поступил в отделение для больных с внелегочными формами туберкулеза (ОВФТ) Республиканской клинической туберкулезной больницы (РКТБ) г. Донецка с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, наличие опухолевидного образования в области левой лопатки, отсутствие чувствительности и движений в нижних конечностях, нарушение функции тазовых органов. Болеет с 1999 г., неоднократно лечился у невропатолога, вертебролога с незначительным эффектом. На рентгенограммах органов грудной клетки определялся объемный процесс в проекции верхних отделов средостения (рис. 1).

Ухудшение состояния с 2007 г., когда появилась слабость и снижение чувствительности в нижних конечностях. Консультирован нейрохирургом и пульмонологом. При проведении СКТ в 2007 году грудного отдела позвоночника определяется полная деструкция тел Th 3-4-5-6, объемное образование неоднородной структуры с мягкотканым компонентом с компрессией спинного мозга в зоне Th3-Th6 (рис. 2). К онкологу больной не обращался,

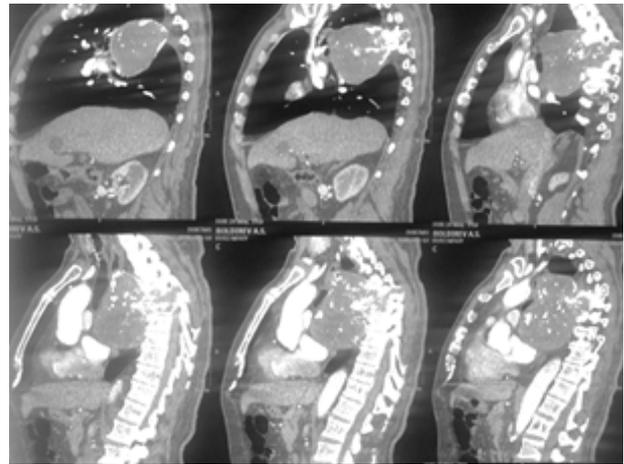


Рис. 2. СКТ органов грудного отдела позвоночника (2007 г.): определяется полная деструкция тел Th 3-4-5-6, объемное образование неоднородной структуры с мягкотканым компонентом и компрессией спинного мозга в зоне Th3-Th6

лечился самостоятельно анальгетиками с периодическим улучшением.

В 2011 г. больной перестал передвигаться самостоятельно из-за выраженного болевого синдрома, вышеуказанных жалоб и отсутствия тактильной чувствительности от уровня 5-6 ребер книзу. Родственниками на дом был вызван участковый терапевт, назначена паллиативная терапия. Самостоятельно обратился в ОВФТ РКТБ г. Донецка, госпитализирован.

Неврологический статус при поступлении: самостоятельно не передвигается. Со стороны черепных нервов без особенностей. Гипотрофия мышц верхних и нижних конечностей. Чувствительность туловища от уровня 5-6 ребер, таза, нижних конечностей отсутствует. Мышечная сила в нижних конечностях снижена до 1 балла, сухожильные рефлексы резко снижены. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки. В анализах крови определялось повышение СОЭ до 60 мм/ч, другие параметры в пределах нормы.

Выполнено повторное МРТ и СКТ грудного отдела позвоночника. В отделении после проведения клинических обследований и предоперационной подготовки выполнена операция: удаление образования заднего средостения, секвестрнекрэктомия Th 3-4-5-6 с деком-

прессией спинного мозга, передний металлоспондилодез перфорированным телом позвонка, декомпрессивная ламинэктомия Th 3-4-5-6, транспедикулярная фиксация Th 2-9 (рис. 3).

Гистологически: мелкие плотные ядра хондроцитов диаметром от 1 до 8 мкм. Строма представлена хондроидом, немного миксоидной ткани. Был выставлен диагноз: хондросаркома.

В послеоперационном периоде больной получал антибиотики широкого спектра действия, сосудистые препараты, диуретики, анальгетики, антикоагулянты. На фоне проведенного лечения полностью купирован болевой синдром,

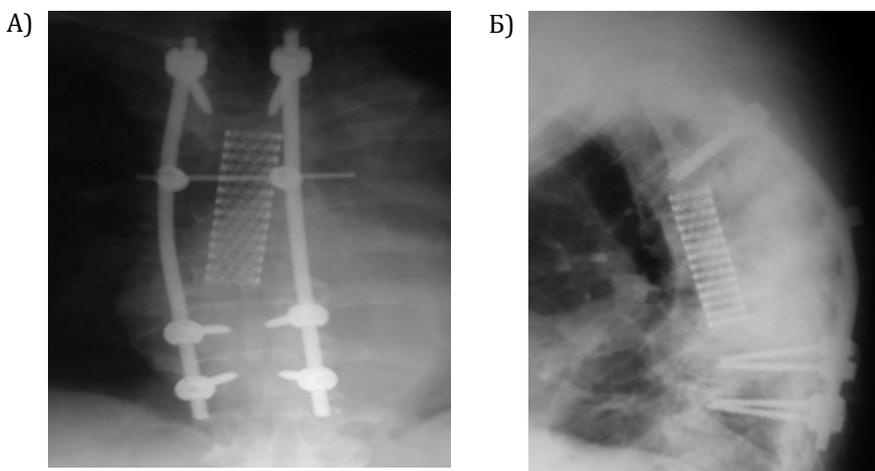


Рис.3. СКТ грудного отдела позвоночника после оперативного лечения в прямой (А) и боковой проекциях (Б): передний металлоспондилодез перфорированным телом позвонка с транспедикулярной фиксацией Th 2-9

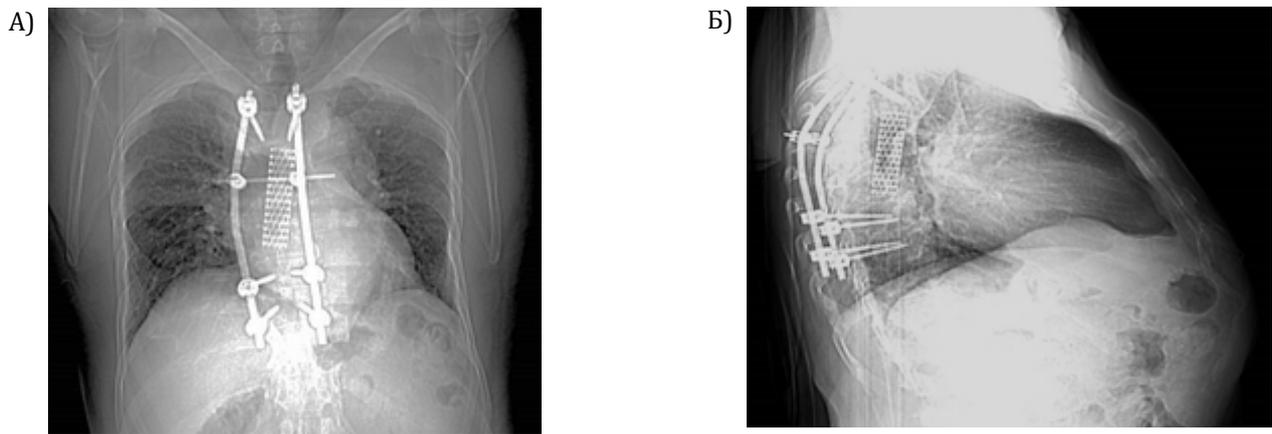


Рис. 4. СКТ больного Б. через 1 год после операции в прямой (А) и боковой проекциях (Б): без видимых изменений по сравнению с прошлым годом

нормализовалась функция тазовых органов, увеличилась сила в конечностях. На 15-е сутки после операции началась активизация больного в грудном полужестком корсете. Больной был переведен для дальнейшего лечения в онкодиспансер, где прошел полный курс лучевой и химиотерапии. На контрольной СКТ грудного отдела позвоночника через год пролонгации процесса не наблюдается (рис. 4).

Мы приводим описание данного клинического случая, поскольку симптоматика поражения позвоночника, вялость течения процесса не позволяла заподозрить хондросаркому.

Выводы. Таким образом, при наличии массивной деструкции тел позвонков следует думать не только о воспалительном поражении, но и о новообразованиях. Также следует рекомендовать МРТ пораженного отдела всем больным с радикулярными болями для выявления процесса на ранних стадиях.

V.U. Borisov, A.A. Shchadko, E.G. Gurenko, S.M. Lepshina

BACKBONE HONDROSARCOMA CASE WITH A STENOSIS OF VERTEBRAL CHANNEL

Abstract: X-ray examination of the patient is extremely important for the diagnosis of chondrosarcoma of the

spine. Spiral computed tomography (SCT) and magnetic resonance imaging (MRI) are the most informative method of diagnosis currently. They allow non-invasive way to obtain incomparably greater required for diagnostics data than using all invasive methods combined. In the presence of the massive destruction of the vertebral bodies should think about not only inflammatory lesions, but also about the malignancy. You should also recommend SCT (MRI) of the affected department, all patients with radicular pain to detect in the early stages of the process.

Keywords: chondrosarcoma

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев Ю.Н. Хрящобразующие опухоли. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека. Руководство для врачей / ред. Н.А. Краевский, А.В. Смольяников, Д.С.Саркисов // Медицина, 1993. – С. 498-513
2. Трапезников Н.Н., Алиев М.Д., Синюков П.А. и соавт. Прогресс и перспективы методов лечения злокачественных опухолей костей // Вестник ОПЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 1998, №1. – С. 7-13
3. Харатишвили Т.К., Мусаев Э.Р., Амирасланов А.А., Мистакопуло Н.Ф. Современные взгляды на проблему лечения хондросаркомы кости, 2003.

УДК 616.128-006.8-025

Г.А. Городник, В.И. Черный, И.А. Андропова, К.В. Назаренко, М.А. Андропова

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Изучали эффективность препарата цитофлавин на госпитальном этапе у пациентов с тяжелой ЧМТ различного генеза для первичной нейропротекции: коррекции гипоксии и энергетического гомеостаза. Проведено открытое проспективное исследование (дизайн «случай-контроль») 60 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Военная травма была у 28 больных. 1-я группа состояла из 30 пациентов, получавших терапию по стандартному протоколу. 2-я группа — из 30 больных, получавших дополнительно 5 мл препарата цитофлавин 1 раз в сутки внутривенно. Изучали церебро-кардиальные взаимоотношения методами количественной электроэнцефалографии и вариабельности сердечного ритма, проводили транскраниальную доплерографию, определяли нейрон-специфическую энлазу (NSE). В динамике терапии цитофлавином отмечено значимое снижение уровня

кфс 1 ($\delta + \theta + \beta 1$)/($\alpha + \beta 2$) билатерально, свидетельствующее об уменьшении дезорганизации ЭЭГ-паттерна. В группе больных, получавших цитофлавин, снижение уровня нейрон-специфической энлазы зафиксировано на 7-е сутки, что свидетельствует о восстановлении астроцитарного и нейронального комплекса. На 3-и сутки увеличился шанс восстановления сознания до 11 баллов по шкале ком Глазго и снижился риск смерти в группе пациентов, где применяли цитофлавин.

Ключевые слова: интенсивная терапия, огнестрельная травма головного мозга, количественная электроэнцефалография, цитофлавин

Актуальность. По данным периода Великой Отечественной войны, огнестрельные травмы черепа и головного мозга составили только 6–7 % от всех

огнестрельных травм. В вооруженных конфликтах последних десятилетий частота их возросла до 20 % [4]. При черепно-мозговой травме (ЧМТ) травмирующий фактор вызывает первичные (обратимые и необратимые) повреждения, которые «запускают» каскад вторичных реакций на ультраструктурном, клеточном, тканевом, органном, системном и организменном уровнях [15]. Сосудистые изменения обнаруживаются сразу после травмы [12]. Нарушения при ЧМТ гематоэнцефалического барьера приводит к развитию нейроаутоиммунных реакций, к клеточной аутосенсбилизации и вторичной гибели нервных клеток, в крови накапливаются специфические мозговые белки, что способствует с одной стороны развитию иммунодефицитного состояния, а с другой, развитию аутоиммунных реакций к антигенам мозговой ткани [13]. Степень тяжести и прогноз течения черепно-мозговой травмы (ЧМТ) определяются первичным фактором (воздействием травмирующего агента на головной мозг) и вторичными повреждающими факторами, ведущим из которых является гипоксия [12–15]. Наиболее быстрым альтернативным путем коррекции тканевой гипоксии является сукцинатоксидазное окисление, которое достигается через повышение активности сукцинатдегидрогеназы и улучшение проникновения экзогенного сукцината в митохондрии клетки [2]. В последние годы для профилактики и лечения гипоксии мозга широко применяется комбинированный антигипоксикант цитофлавин — комплексный цитопротектор, состоящий из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов витаминов (рибофлавин мононуклеотид — витамин В2, никотинамид — витамин РР) [2, 9].

Целью настоящего исследования было изучение эффективности препарата цитофлавин, используемого на госпитальном этапе у пациентов с тяжелой ЧМТ различного генеза для первичной нейропротекции за счет коррекции гипоксии и энергетического гомеостаза.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2013–2015 годах на базе кафедры анестезиологии и интенсивной терапии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в отделении нейрохирургической интенсивной терапии Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДоК-ТМО). Всего в исследовании принимали участие 60 пациентов с диагнозом тяжелая черепно-мозговая травма (табл. 1). Военная черепно-мозговая травма была зафиксирована у 28 больных (46,7 % всех пациентов): у 16 (57,1 %) пациентов — огнестрельное, в том числе и осколочное, проникающее ранение, у 12 (42,9 %) больных — минно-взрывная травма. Дизайн исследования — открытое проспективное исследование «случай-контроль». Критерием включения в исследование являлся уровень нарушения сознания при поступлении в стационар от 4 до 8 баллов по шкале комы Глазго.

1-я группа состояла из 30 пациентов, получавших терапию по стандартному протоколу (Triple H Therapy) [3]. 2-я группа — 30 больных, получавших, кроме терапии по протоколу, препарат цитофлавин: в виде инфузионного раствора: 5 мл в 100 мл физиологического раствора внутривенно 1 раз в сутки. Длительность лечения в отделении — 7–10 суток.

Глубину коматозного состояния пациентов оценивали с помощью шкалы ком Глазго (ШКГ) [3]. Обследование пациентов проводили в специально оборудованном реанимационном зале (лаборатория по исследованию функции мозга). В качестве аппаратной составляющей диагностического комплекса применяется компьютерный цифровой энцефалограф NIHON KONDEN EEG-1200. Фоновая запись ЭЭГ и ЭКГ производилась длительностью 300 секунд. Обработка биосигналов производится в программном обеспечении, разработанном в среде графического программирования National Instruments LabVIEW [5, 6]. Для интегрального количественного анализа ЭЭГ применяли 3 интегральных коэффициента: $kfc1 (\delta + \theta + \beta1)/(\alpha + \beta2)$, $kfc5 (\beta1/\beta2)$, $kfc20 (\delta/\beta2)$ [6, 9, 10]. Из частотных показателей

Таблица 1. Характеристики групп пациентов с тяжелой ЧМТ

Характеристика пациентов	1-я группа	2-я группа	Всего	Критерий χ^2
данные	Кол-во; Ме % (\pm ДИ 95 %) %	Кол-во; Ме % (\pm ДИ 95 %) %	Кол-во; Ме % (\pm ДИ 95 %) %	
Кол-во человек в группе	30; 100 %	30; 100 %	60; 100 %	
Мужчины	18 60 (42,2–76,5) % *	16 53,3 (35,6–70,6) % *	34 56,7 (44–68,9) % *	P = 0,574
Женщины	12 40,0 (23,5–57,8) % *	14 46,7 (29,4–64,4) % *	26 43,3 (31,1–56) % *	P = 0,574
Возраст, годы Ме (\pm 95 % ДИ)	42 (22–56)	48 (20–57)	45(21–58)	P = 0,425
Умерло	12 40,0 (23,5–57,8) % * 2	4 13,3 (3,7–27,6) % * 1	16 26,7 (16,3–38,7) % *	P = 0,041

Примечания: * — определение доверительного интервала долей (ДИ %), угловое преобразование Фишера, интегральная оценка, процедура Мараскуило-Ляха-Гурьянова для множественного сравнения долей; ^{1 2} — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группах 1-й, 2-й по критерию Крускало-Уолиса

Таблица 2. Уровень нарушения сознания в баллах по шкале ком Глазго в динамике обследования

ШКГ	1-я группа			2-я группа		
	1-е сут	3-5 сут	7-10 сут	1-е сут	3-5 сут	7-10 сут
	Кол-во больных; Ме % (± ДИ 95 %) %					
4-5 баллов	11; 36,7 (20,6-54,4) % * III	5; 16,7 (5,7-31,8) % *	1; 3,3 (0-12,8) % * I	12; 40,0 (23,5-57,8) % * III	0; 0 (0-6,2) % * I	0; 0 (0-6,2) % * I
6-7 баллов	12; 40 (23,5-57,8) % * III	6; 20 (7,9-35,9) % * I	2; 6,7 (0,7-18,1) % * I	12; 40 (23,5-57,8) % * III	1; 3,3 (0-12,8) % * III	0; 0 (0-6,2) % * III
8-10 баллов	7; 23,3 (10,2-39,8) % *	3; 10 (2-23) % * #	7; 23,3 (10,2-39,8) % *	6; 20 (7,9-35,9) % * II	15; 50 (32,5-67,5) % * I III #	8; 26,7 (12,7-43,6) % * II
11 и более баллов	0; 0 (0-6,2) % * III	3; 10 (2-23) % * #	8; 26,7 (12,7-43,6) % * I #	0; 0 (0-6,2) % * III	10; 33,3 (17,9-50,9) % * I #	18; 60 (42,2-76,5) % * I #
ex.let.	0; 0 (0-6,2) % * III	11; 36,7 (20,6-54,4) % * I #	12; 40,0 (23,5-57,8) % * I #	0; 0 (0-6,2) % *	4; 13,3 (3,7-27,6) % * #	4; 13,3 (3,7-27,6) % * #
Всего	30; 100 %	30; 100 %	30; 100 %	30; 100 %	30; 100 %	30; 100 %

Примечания: * — определение доверительного интервала долей (ДИ %), угловое преобразование Фишера, интегральная оценка, процедура Мараскуило-Ляха-Гурьянова для множественного сравнения долей; # — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группах 1-й и 2-й по критерию χ^2 ; I II III — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группе на 3-х этапах исследования по критерию χ^2

вариабельности сердечного ритма (BCP) [8] исследовали: TP (mc^2) — total power — тотальную мощность спектра, VLF (mc^2) — very low frequency — очень низкие частоты (ОНЧ), мощность частот в диапазоне 0,001–0,04 Гц, LF (mc^2) — low frequency — низкие частоты (НЧ), мощность частот в диапазоне 0,04–0,15 Гц, HF (mc^2) — high frequency — высокие частоты (ВЧ), мощность частот в диапазоне 0,15–0,4 Гц, коэффициент LF/HF.

Ультразвуковую транскраниальную доплерографию (УЗДГ) с использованием аппарата DWL EZ-Dop V2.1 (Germany). Реактивность мозга оценивалась по изменению абсолютной спектр-мощности и интегральных коэффициентов на основании классификации типов реакций ЦНС на фармакологическое воздействие [9]. Был определен в крови больных уровень нейро-специфических белков (нейрон-специфическая энолаза (NSE)) методом иммунохимического анализа в остром периоде ЧМТ (при поступлении, на 7 день заболевания) [14]. Все исследования проводили: при поступлении в отделение (I этап исследования), на 3-е — 5-е сутки (II этап), на 7-е — 10-е сутки (III этап). Данные обрабатывались с использованием методов математической статистики [7].

Результаты и обсуждение. При сравнении групп 1 и 2 (критерий χ^2 , критерий Вилкоксо-

на-Уитни-Манна (W-W), ранговый критерий Крускала-Уоллиса (кКУ) $p > 0,05$) было выявлено, что различия уровней нарушения сознания по ШКГ не являлись статистически значимыми в первые сутки — I этап исследования ($p > 0,05$) (табл. 2.). Уже на II этапе исследования во 2-й группе количество пациентов с уровнем сознания сопор и с уровнем сознания оглушение было значимо выше ($p \leq 0,05$), чем в 1-й группе. При вычислении показателя отношения шансов (OR — odds ratio) [7] выявлено, что шанс восстановления сознания до 11 и более баллов по ШКГ к 3-м суткам терапии у пациентов в 1-й и 2-й группах исследования имеет значимые различия (OR \pm 95 % ДИ = 0,22 (0,054–0,914) при стандартной ошибке отношения шансов $S = 0,72$). Этот шанс выше во 2-й группе, где применяли дополнительно к стандартному протоколу лечения цитофлавин. Это шанс увеличивался к 7–10-м суткам (OR \pm 95 % ДИ = 0,24 (0,081–0,72) при стандартной ошибке отношения шансов $S = 0,24$). Также, уже на 3-и сутки исследования значимо снижался риск смерти (Относительный риск (RR) \pm 95 % ДИ = 3 (1,09–8,2) при стандартной ошибке отношения шансов $S = 0,52$) во 2-й группе пациентов.

При поступлении в отделение выраженный неврологический дефицит 4–8 баллов по ШКГ, «кома I–II» — предопределял резкую дезорганиза-

Таблица 3. Изменения (%) интегральных коэффициентов в динамике интенсивной терапии в обеих обследуемых группах

Исследуемые группы	kfc 1		kfc5		kfc20	
	$(\delta + \theta + \beta 1)/(\alpha + \beta 2)$		$(\beta 1/\beta 2)$		$(\delta/\beta 2)$	
	3-5 сутки	7-10 сутки	3-5 сутки	7-10 сутки	3-5 сутки	7-10 сутки
	Me (± ДИ 95 %) %	Me (± ДИ 95 %) %	Me (± ДИ 95 %) %	Me (± ДИ 95 %) %	Me (± ДИ 95 %) %	Me (± ДИ 95 %) %
1 группа (S)	-13,9 (-6,3-(-49,1)) #	-17,4 (-9,3-(-39,1)) #	-15,4 (-8,5-(-38,9)) #	-16,5 (-7,7-(-39,2)) #	-12,7 (-5,8-(-45,9-)) #	-8,7 (-2,8-(-12,8)) #
1 группа (D)	-7,4 (-2,3-(-17,2)) # III	-22,9 (-9,6-(-72,7)) # II	-17,2 (-9,8-(-32,8)) #	-11,8 (-5,4-(-26,5)) #	-13,8 (-9,6-(-23,2)) #	-12,8 (-4,4-(-16,5)) #
2 группа (S)	-28,9 (-14,4-(-40,5)) # III	-48,4 (-31,4-(-72,7)) # II	-30,3 (-17,6-(-57,5)) # III	-47,8 (-26,7-(-01,1)) # II	-24,1 (-14,5-(-38,9)) #	-15,9 (-9,5-(-36,8)) #
2 группа (D)	-35,1 (-17,2-(-38,4)) # III	-51,4 (-34,5-(-77,3)) # II	-15,5 (-7,7-(-23,9)) III	-44,4 (-20,7-82,3) # II	-33,9 (-19,8-(-83,1)) #	-27,9 (-17,6-(-57,9)) #

Примечания: # — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группах 1-й и 2-й по критерию χ^2 , W-W, кКУ; I II III — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) показателя в группе на этапах исследования по критерию χ^2 , T-W, кКУ

цию ЭЭГ-паттерна. При визуальной оценке в обеих группах преобладали ЭЭГ кривые IV-V типа (группы 15-20) по классификации Жирмунской-Лосева с преобладанием δ - и θ - активности [9, 10, 11].

По данным интегрального количественного анализа ЭЭГ-паттернов в динамике терапии цитофлавином, во второй группе исследования, в отличие от 1-й, уже на втором периоде исследования (3-5 сутки) отмечено статистически значимое (χ^2 , W-W, кКУ $p \leq 0,05$) снижение kfc 1 $(\delta + \theta + \beta 1)/(\alpha + \beta 2)$ в обеих гемисферах, свидетельствующее об уменьшении дезорганизации ЭЭГ-паттерна более, чем на 30 % (табл. 3). Аналогичные значимые изменения были характерными для коэффициентов 5-го и 20-го (табл. 3.), что было обусловлено выраженной активацией высокочастотного бета 2-ритма при редуцировании полиморфной локальной дельта-активности, признака очагового травматического поражения головного мозга [11]. Установлено, что снижение (χ^2 , W-W, кКУ $p \leq 0,05$) kfc5 $(\beta 1/\beta 2)$ и kfc20 $(\delta/\beta 2)$ в обеих гемисферах на фоне применения цитофлавина, обусловлено ростом активности высокочастотного бета 2-ритма, что в сочетании с гамма-активностью расценивается в клинической электроэнцефалографии как проявление ирритации коры [6]. В ответ на введение цитофлавина преобладала реакция ЦНС, относящаяся к III 3б подгруппе, которая встречались в 35,7 % наблюдений. Эта доминирующая «гипореактивная» реакция ЦНС III 3б ПГ [10] характеризуется умеренным увеличением $\beta 2$ - мощности за счет редукции δ -ритма, указывает на десинхронизацию спонтанной корковой активности с усилением в ней ирритативных знаков, т.е. на неспецифический общеактивационный характер изменений ЭЭГ с чертами эраузаль-реакции [9, 10, 11].

В процессе интенсивной терапии с применением цитофлавина у больных 2 группы позатель TP в исследуемые периоды прогрессивно снижался ($p \leq 0,05$,) и

составил 10117,44 мс2 (3-5 сутки), 5928,07 мс2 (7-10 сутки). Аналогично снижался показатель VLF — 43,7 % (II этап), 27,3 % (III этап). Соотношение LF/HF соответственно увеличивалось ($p \leq 0,05$, T-W, кКУ) и составило 1,79 и 2,94 за счет повышения LF и снижения HF.

У больных 2-й группы, уровень сознания которых по данным ШКТ повышался (18 больных на II этапе исследования и 26 пациента на III этапе), была выявлена умеренная и сильная корреляционная связь (коэффициент парной корреляции Кендалла ($\rho = 0,65-0,8$), ранговой корреляции Спирмена ($\tau = 0,47-0,81$) между статистически значимыми снижениями ($p \leq 0,05$, T-W, кКУ) интегральных показателей kfc1 $(\delta + \theta + \beta 1)/(\alpha + \beta 2)$, kfc5 $(\beta 1/\beta 2)$, kfc20 $(\delta/\beta 2)$ и снижением показателей ВРС: уменьшением ($p \leq 0,05$, T-W, кКУ) показателя TP и показателя VLF %, который связан с влиянием надсегментарных отделов автономной нервной системы, гипоталамических центров вегетативной регуляции, эндокринных или гуморальных факторов на синусовый узел [8, 11]. При этом были зафиксированы высокие обратные корреляционные связи ($\rho = 0,66$, $\tau = 0,81$) между повышением уровня сознания по шкале ком Глазго-Питсбург и снижением уровня kfc 20 $(\delta/\beta 2)$.

В ответ на введение Цитофлавина был установлен максимальный рост (χ^2 , T-W, кКУ $p \leq 0,05$) АСМ в диапазоне 0,5-1 Гц (активность нейроглии) в «передних» лобно-височных отделах коры (табл. 4), что является признаком активации фронтальной коры, ускорения метаболизма в корковых структурах — предикторы восстановления когнитивных процессов [9, 10, 11].

На 10-е сутки ИТ отмечены значимые ($p \leq 0,05$) различия показателей артериального кровотока у больных 1-й и 2-й групп. Так, Vps в билатерально ПМА и в левой ПА у пациентов 2-й группы была выше ($p \leq 0,05$, χ^2 ; W-W), чем у больных 1-й группы, и достигала уровня показателя в КГ. Соотношение Vps/Vpd по СМА и ПА было выше ($p \leq 0,05$, χ^2 ; W-W)

Таблица 4. Абсолютная спектральная мощность (мкВ/ $\sqrt{\text{Гц}}$) ЭЭГ в диапазоне 0,5–1 Гц

Отведения	Fp1	Fp2	C3	C4	O1	O2	T3	T4
	Me							
показатели	(\pm ДИ 95 %)							
До введения	26,0	20,4	2,4	1,9	10,5	10,0	20,8	15,3
	(7,9–52,2)	(13,4–47,8)	(0,7–11,4)	(0,8–6,5)	(4,3–16,7)	(3,9–15,8)	(14,3–51,1)	(6,9–29,7)
3–5 сутки	42,8	48,8	4,62	4,7	19,4	19,0	22,0	30,7
	(16,4–57,8)	(16,8–76,4)	(1,6–15,3)	(3,1–8,2)	(6,7–34,6)	(7,1–54,3)	(8,7–43,3)	(8,6–68,8)
7–10 сутки	130,1	145,4	6,7	7,0	24,7	38,7	45,7	22,5
	(70,7–580)	(54,3–456,5)	(3,3–9,8)	(1,5–9,8)	(6,9–32,1)	(8,9–68,7)	(17,9–86,5)	(7,6–33,3)

Примечания: # — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группах 1-й и 2-й по критерию χ^2 , W-W, кКУ; I II III — статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) показателя в группе на этапах исследования по критерию χ^2 , T-W, кКУ

у пациентов 2-й группы, чем у больных 1-й группы, что свидетельствовало об эффективности включения цитофлавина в комплекса ИТ.

Гуморальным фактором, позволившим нам судить о степени травматического поражения мозговой ткани и гематоэнцефалического барьера был уровень NSE. На 7–10-е сутки во 2 группе исследования было зафиксировано статистически значимое снижение (χ^2 , кКУ, T-W $p \leq 0,05$) уровня NSE, а в 1 группе — только тенденция к снижению.

Полученные нами данные объясняются способностью цитофлавина обеспечивать один из главных универсальных внутриклеточных адаптивных механизмов при повреждении — компенсацию нарушений энергетического обеспечения клеток.

У больных с тяжелой ЧМТ различного генеза применение цитофлавина приводил к восстановлению функционального взаимодействия между диэнцефальными, стволовыми, таламо-гипоталамическими структурами, базальными отделами фронтальной коры о чем свидетельствует существенное снижение показателя $kfc\ 1\ (\delta + \theta + \beta_1)/(\alpha + \beta_2)$ в обеих гемисферах. Повышением уровня сознания по шкале ком Глазго (в баллах) в ответ на применение цитофлавина прямо коррелирует ($\rho = 0,66$, $\tau = 0,81$) со снижением уровня $kfc20\ (\delta/\beta_2)$, с редукцией спектральной мощности дельта-диапазона и повышением бета-2 активности.

В ответ на применение цитофлавина уменьшение дезорганизации ЭЭГ-паттерна сопровождается снижением степени напряжения регуляторных систем, то есть восстановлением гипоталамических центров вегетативной регуляции, нейро-медиаторного дисбаланса, о чем свидетельствуют высокие и средние прямые корреляционные связи ($\rho = 0,66$ – $0,76$, $\tau = 0,81$ – $0,88$) между изменением интегральных показателей ЭЭГ и изменением показателей ВРС (ТР и VLF %).

Установлено, что нейропротекторный эффект цитофлавина объясняется не только нейрометаболическим действием, но и циркуляторным, цереброваскулярным эффектом (уменьшение вазоконстрикции интракраниальных сосудов, ликвидация асимметрии кровотока, рост скорости венозного оттока, симметричное увеличение систолической скорости кровотока практически до «нормальных» значений).

Применение цитофлавина приводит к выраженной активации нейроглии (рост АСМ в диапа-

зоне до 1 Гц) во всех отведениях с экстремумом в «передних» лобно-височных отделах коры — признаки активации фронтальной коры, ускорения метаболизма в корковых структурах — предикторы восстановления когнитивных процессов.

В 2 группе больных с ЧМТ, получавших цитофлавин, снижение (χ^2 , W-W, кКУ, $p \leq 0,05$) уровня NSE зафиксировано на 7-е сутки, что свидетельствует об улучшении состояния астроцитарного и нейронального комплекса, восстановление функционирования ГЭБ, в сравнении с 1 группой.

На 3-и сутки увеличивался шанс восстановления сознания до 11 баллов по шкале ком Глазго и снижался риск смерти в группе пациентов, получавших цитофлавин.

G. Gorodnik, V. Cherny, I. Andronova, K. Nazarenko, A. Andronova
INTENSIVE CARE FOR SEVERE INJURIES TO THE SKULL AND BRAIN OF VARIOUS ORIGINS IN A REFERRAL CENTER

Abstract. Studied the efficacy of the drug cytoflavin during hospital stay in patients with severe head injury of various origins for primary neuroprotection: correction of hypoxia and energy homeostasis. Conducted an open prospective study (type "case-control") 60 patients with severe traumatic brain injury. The military trauma was defined at 28 patients. Group 1 consisted of 30 patients who received therapy according to standard Protocol. 2nd group — from 30 patients, treated with an additional 5 ml of the drug cytoflavin 1 time per day intravenously. Studied the Cerebro-cardiac relationship methods of quantitative electroencephalography and heart rate variability, underwent transcranial Doppler, defined neuron-specific enolase. In the dynamics of therapy with cytoflavin showed a significant decrease in the level 1 $kfc\ (\delta + \theta + \beta_1)/(\alpha + \beta_2)$ bilaterally, indicating a decrease in the disorganization of the EEG pattern. In the group of patients treated with cytoflavin, reduced level of neuron-specific enolase fixed at 7 days indicates the recovery of astrocytic and neuronal complex. On the 3rd day increased the chance of recovery of consciousness to 11 points on the scale of Glasgow and decreased the risk of death in patients, which used cytoflavin.

Key words: intensive care, gunshot injury of the brain, quantitative electroencephalography, cytoflavin®

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Румянцева С.А., Лукьянова И.Ю., Климанцев С.А., Силина Е.В. «Нейроцитопротекция на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте». М-лы Конф. «Скорая медицинская помощь, 2009», СПб, 2009.

- Военно-полевая хирургия.: учебник / Под ред. Е.К. Гуманенко. – 2-е издание. 2008. – 768 с.
- Дворкович В.П., Дворкович А.В. – [Оконные функции для гармонического анализа сигналов М.: Техносфера, 2014. – 112 с.
- Кропотов Ю.Д. Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы мозга человека и нейротерапия / Ю.Д. Кропотов. – Донецк: Издательство «Запорожский А.Ю.», 2010. – 512 с.
- Лях Ю.Е. Анализ результатов медико-биологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2004. Т. 8, № 1. – С. 155–167
- Федин А.И., Румянцев С.И., Пирадов М.А., Скоромец А.А., Парфенов В.А., Клочева Е.Г., Шоломов И.И., Кухтеев И.И., Золкорняев И.Г., Белоногов М.А. Эффективность нейрометаболического протектора цитофлавина при инфарктах мозга (многоцентровое рандомизированное исследование) – Вестник СПб ГМА им.И.И. Мечникова, № 1, 2005. – С. 13–19
- Черний В.И., Ельский В.Н., Городник Г.А. Острая церебральная недостаточность (4-е изд., исправ. и доп.). Донецк. 2010. – 434 с.
- Черний В.И., Костенко В.С., Назаренко К.В. Сидоренко А.В. Метод исследования вариабельности сердечного ритма. Новые перспективы волнового преобразования биомедицинских сигналов // Архив клинической и экспериментальной медицины. Т. 20, №2, 2011. – С. 205–224
- Черний Т.В. Энергопротекция в лечении гипоксии, обусловленной острой церебральной недостаточностью / Т.В. Черний, Л.В. Натрус, В.И. Черний, И.А. Андропова // Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти. 2012. Том 8. № 1. – С. 60–65
- Черний Т.В., Андропова И.А., Куглер С.Є. Декларативный патент на корисну модель № 60735 «Способ оцінки адекватності дози нейро протектора». Затверджено 4 травня 2011 року. – А61В5/0484. – Бюл. № 2, 2011 р. (заявка у 2010 14967)
- Шарова Е.В. Современные возможности ЭЭГ в анализе функциональных нарушений при тяжелых повреждениях головного мозга / Е.В. Шарова // Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти. 2009. Т. 5, № 1–2. – С. 49–58
- Engel D.C., Mies G., Terpolilli N.A. et al. Changes of cerebral blood flow during the secondary expansion of a cortical contusion assessed by 14C iodoantipyrine autoradiography in mice using a non-invasive protocol. J. Neurotrauma 2008; 25 (7): 739–753
- Greve M. W., Zink B. J. Pathophysiology of traumatic brain injury. Mt. Sinai J. Med. 2009; 76 (2): 97–104
- Kim B.J. The second elevation of neuron-specific enolase peak after ischemic stroke is associated with hemorrhagic transformation / B.J. Kim, Y.J. Kim, S.H. Ahn // J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014. Vol. 23, N 9. – P. 2437–2443
- Siesjo B.K. Basis mechanisms of traumatic brain damage (Review). Ann. Emerg. Med. 2007; 22 (6): 959–969

УДК 618.831-001.35+612.017.1

Ю.Я. Крюк, В.Н. Ельский, С.Е. Золотухин, Г.К. Кривобок, Ю.И. Стрельченко, А.В. Нечепорчук

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ТУРНИКЕТНОЙ ТОКСЕМИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Экспериментальные исследования, выполненные на 106 белых беспородных крысах-самцах, проведены с целью определения патогенетической значимости иммунологических расстройств при черепно-мозговой травме (ЧМТ), протекающей на фоне травматического токсикоза в зависимости от индивидуальной реактивности организма. Моделировали изолированную ЧМТ, турникет и сочетанную травму: ЧМТ + турникет. В зависимости от состояния индивидуальной реактивности у крыс развивалось три типа посттравматической реакции. Выраженность иммунологических реакций при возбудимом типе ЧМТ носила умеренный характер, сильный — при промежуточном и чрезмерный — при тормозных типах. Она также соответствовала продолжительности жизни травмированных животных. Декомпрессия на начальном (30-ти минутном) этапе существенно не изменяла иммунный ответ, а на позднем (60-ти минутном) этапе — резко его активировала. Такой характер иммунологического ответа отражал процесс накопления в крови токсических веществ из ишемизированных тканей конечностей. Выявленные нарушения явились основанием для проведения в начальном периоде травмы интенсивной иммуномодулирующей терапии.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, иммунные нарушения, токсемия

Введение. Наиболее частой травмой в современных условиях является черепно-мозговая (ЧМТ) [4, 10, 16]. Особенно тяжело протекает ЧМТ

при сочетании с синдромом позиционного сдавливания, либо с синдромом длительного раздавливания (СДР) мягких тканей [1, 7, 19]. Такие сочетанные повреждения часто имеют место при завалах в шахте, при стихийных бедствиях или во время военных конфликтов [3, 9, 17]. Развившийся СДР утяжеляет любую сопутствующую патологию, и, в том числе, ЧМТ, увеличивает летальность и частоту осложнений травмы во всех периодах травматической болезни [2, 6, 18].

Нарушения функциональной активности иммунной системы в патогенезе сочетанной ЧМТ на фоне травматической интоксикации, всегда приводят к развитию гнойно-воспалительных осложнений [7, 13, 15]. Поэтому знания о механизмах расстройств иммунной системы в начальном периоде травматической болезни имеют важное значение для выработки ранних и адекватных способов фармакологической коррекции этих нарушений.

Цель исследования: определение патогенетической значимости иммунологических нарушений на начальном этапе черепно-мозговой травмы, протекающей на фоне травматического токсикоза в зависимости от индивидуальной реактивности организма.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 106 белых беспородных крысах-самцах весом 250–300 г, которые содер-

жались на стандартном рационе при свободном доступе к пище и воде в условиях вивария НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Всего выполнено 4 серии экспериментов. Из всего числа животных 98 использованы в 3 основных (изолированная ЧМТ — 24, турникет — 24, сочетанная ЧМТ — 50), 8 — в контрольной серии. Контрольная серия была необходима для сравнения иммунологических показателей, полученных в основных сериях.

Травму черепа моделировали нанесением одного удара с помощью пружинного механизма. Сила удара по черепу составляла 1325 Н/см². Наркотизированную крысу фиксировали в станке с помощью лямок. Взводили пружину механического ударника и оставляли взведенный механизм на предохранителе. В нужный момент, убирая фиксатор пружинного механизма, осуществляли удар. Модель ЧМТ описана в работе [8]. Сама травма мозга по морфофункциональным критериям идентифицирована нами как ЧМТ средней степени тяжести.

Летальность в остром периоде моделируемой ЧМТ (до 1 суток) составила 40,0 %. Продолжительность жизни животных при ЧМТ средней степени тяжести лежала в широком интервале значений — от 12 до 75 часов, в среднем 34,5 ± 3,3 часа. Для выявления причины такого большого разброса данных, а также учета роли индивидуальной реактивности крыс при ЧМТ применяли методику, связанную с измерением электрокожного сопротивления. В динамике ЧМТ вычисляли по данным электрокожного сопротивления показатель «К» [11]. На основании значений показателя «К» в течение 4-х часов травмы строили графики и дифференцировали три основных типа посттравматической реакции. Первый тип реакций крыс, погибших на третьи сутки после травмы, назван нами «возбудимым», второй тип реакций крыс, погибших на вторые сутки — «промежуточным», а третий тип реакций крыс, погибших в течение первых суток — «тормозным». В процентном отношении структура распределения типов выглядела, соответственно, 30:30:40.

Сдавливание мягких тканей моделировали путем наложения турникета на область бедер. После фиксации наркотизированных крыс в станке на область верхней трети бедер накладывали турникет из круглой резины. Сдавливание мягких тканей бедер осуществляли на протяжении 4 часов. При моделировании сочетанной травмы — ЧМТ + турникет сначала моделировали ЧМТ по описанному выше способу, а затем накладывали на задние лапы крыс турникет.

У животных 3-х основных серий эксперимента в крови определяли иммунологические показатели. В первой серии экспериментов использованы крысы, у которых моделировали типы посттравматической реакции, возникавшие при изолированной ЧМТ. Во второй серии определяли эти показатели в компрессионном и декомпрессионном периодах турникета. В третьей серии — при сочетанной ЧМТ в компрессионном и декомпрессионном периодах турникета. Забор крови осуществляли через 4 часа после модели-

рования травмы, а в опытах, в которых изучали роль эндотоксемии — через 30 и 60 минут после декомпрессии.

В работе использованы общепринятые иммунологические (количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ), концентрация иммуноглобулинов (Ig) основных классов: А, G, М), иммуноферментные (определение в крови концентрации интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 и фактора некроза опухолей (ФНО) α) и статистические методы исследования [11, 12, 14].

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования выявляли особенности нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунной системы у животных с тремя типами посттравматической реакции при изолированной ЧМТ. При этом виде травмы установлено, что в наибольшей степени отклонения иммунологических показателей от уровня показателей контроля имели место при тормозном типе посттравматической реакции. Далее по степени увеличения градиента этих изменений следовали крысы с промежуточным и возбудимым типами. При возбудимом типе, в частности, общее число лейкоцитов увеличивалось на 37 % (p < 0,05), при промежуточном оно увеличивалось в 2,5 раза (p < 0,05), а при тормозном — в 3,2 раза (p < 0,05). Из лейкоцитарной формулы при промежуточном и тормозном типах исчезали эозинофилы, уменьшалась доля лимфо- и моноцитов, но увеличивалась доля сегментоядерных нейтрофилов. У крыс с этими двумя типами посттравматической реакции снижались ФИ и ФЧ. Указанные изменения в числе лейкоцитов и лейкоцитарной формулы крови характеризовались лейкоцитозом со сдвигом формулы крови влево и отражали увеличивающуюся в этом направлении тяжесть состояния организма травмированных животных.

Показатели гуморального иммунитета при трех типах посттравматической реакции (рис. 1) также отражали разную степень отклонения от значений контроля. Минимальными были отклонения иммунологических показателей при возбудимом типе, средними — при промежуточном и максимальными при тормозном типе. В структуре ци-

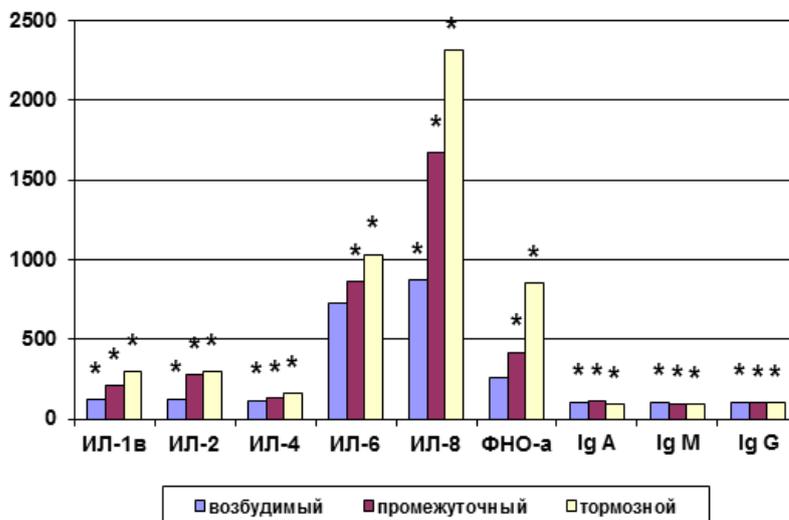


Рис. 1. Изменение показателей гуморального звена иммунной системы при изолированной черепно-мозговой травме (%). Примечание: за 100% приняты контрольные показатели.

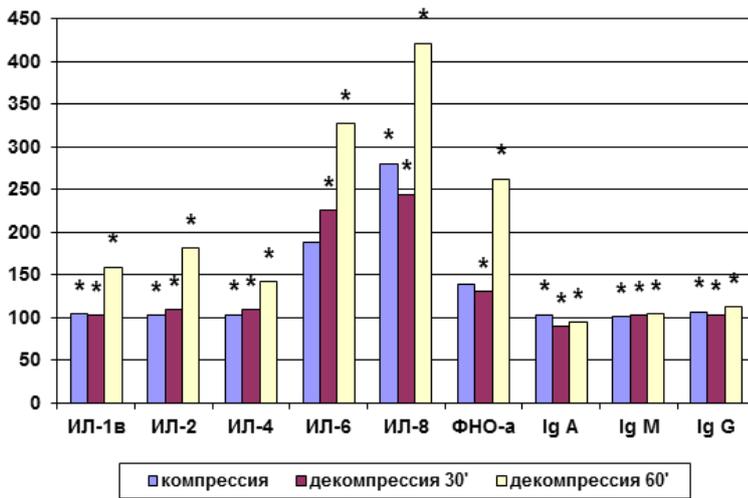


Рис. 2. Изменение показателей гуморального звена иммунной системы в компрессионном и декомпрессионном периодах турникета (%). Примечание: за 100% приняты контрольные показатели

токинов наибольшие изменения происходили с ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α. Указанные цитокины, в зависимости от типа посттравматической реакции, повышались в 7–20 раз ($p < 0,05$). Существенных отклонений в числе и структуре иммуноглобулинов исследованных типов мы не увидели. Наблюдалась лишь тенденция к снижению концентрации иммуноглобулинов, причем за счет показателей IgA и IgM ($p < 0,05$). В направлении от возбудимого типа к тормозному увеличение концентрации цитокинов происходило с теми, которые характеризовали состояние воспалительного ответа. Уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α был максимальным при тормозном типе посттравматической реакции. Изменения в концентрации и структуре исследованных цитокинов указывали на бурный характер воспалительной реакции, развивающейся у крыс с ЧМТ, причем в наибольшей степени у крыс с тормозным типом посттравматической реакции.

В целом изменения в иммунологических показателях при изолированной ЧМТ свидетельствовали о развитии выраженной ответной иммунологической реакции организма на травму. Эта реакция у крыс с возбудимым типом была умеренной, при промежуточном типе сильной, а при тормозном — видимо, чрезмерной. В целом, иммунологические нарушения соответствовали изменениям, которые описаны в литературе [2, 6, 18].

На втором этапе исследования мы определяли иммунологические показатели у крыс в компрессионном и декомпрессионном периодах турникета. Все исследованные показатели изменялись менее показательно, чем при изолированной ЧМТ. В компрессионном периоде турникета имелись незначительные изменения только в структуре лейкоцитарной формулы. В ней увеличивалась на 39 % ($p < 0,05$) лишь доля палочкоядерных нейтрофилов. Практически не было существенных изменений и при декомпрессии на 30-й минуте. В этом периоде достигалось снижение на 22 % ($p < 0,05$) моноцитов и увеличивалась на 40 % ($p < 0,05$) величина ФЧ. Однако к 60-й минуте декомпрессионного периода увеличивалось количество лейкоцитов на 34 % ($p < 0,05$). Достигали статистически значимых значений изменения в лейкоцитарной

формуле палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов ($p < 0,05$). ФЧ снижалось на 33 % ($p < 0,05$). Указанные изменения могли свидетельствовать о том, что при декомпрессии в кровотоки поступали токсические продукты, образующиеся в ишемизированных тканях во время их сдавливания турникетом. Выход этих тканевых продуктов был постепенным. На действие токсических веществ организм отвечал стандартной реакцией иммунной системы — лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, снижением фагоцитарной способности моноцитов, что согласовалось с данными литературы [1, 3, 10].

Анализ изменения показателей гуморального звена иммунной системы (рис. 2) показал, что во время компрессии тканей в кровотоки в основном поступали цитокины аварийного регулирования: ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α. Их количество

возрастало на 39 % ($p < 0,05$) за счет ФНО-α, на 88 % ($p < 0,05$) за счет ИЛ-6 и в 2,8 раза ($p < 0,05$) за счет ИЛ-8. При декомпрессии на 30-й минуте концентрация всех цитокинов практически не изменялась. Однако на 60-й минуте декомпрессии уровень аварийных цитокинов возрастал в 2–4 раза, а других на 50–80 % ($p < 0,05$). Концентрация Ig практически не изменялась в компрессионном и декомпрессионных периодах турникета, только уровень IgG на 60-й минуте возрос на 12 % ($p < 0,05$).

Изменения в числе и составе цитокинов и Ig в динамике турникета свидетельствовали о некоторой неспецифической активации гуморального звена иммунной системы в компрессионном и раннем декомпрессионном периодах турникета и о существенной активации этого звена в позднем декомпрессионном периоде. Характер активации иммунной системы соответствовал стандартной воспалительной реакции. Этот характер был обусловлен как состоянием стресса, так и действием токсических веществ, поступивших в кровотоки из ишемизированных тканей конечностей в декомпрессионном периоде [13, 15, 19].

На третьем этапе мы исследовали иммунологические показатели при сочетанной ЧМТ в компрессионном и декомпрессионном периодах турникета. Показано, что изменения иммунологических показателей возникали как у крыс с разными типами посттравматической реакции, так и в динамике декомпрессии внутри каждого типа этой реакции. Показатели клеточного и гуморального звеньев иммунной системы были в меньшей степени изменены при возбудимом типе, чуть в большей степени — при промежуточном и в максимальной степени при тормозном типе. В частности, число лейкоцитов при возбудимом типе превышало значения контроля на 59 % ($p < 0,05$), при промежуточном типе — в 2,5 раза ($p < 0,05$), а при тормозном типе — в 3 раза ($p < 0,05$).

В таком же направлении увеличивался сдвиг формулы лейкоцитов, уменьшалась фагоцитарная активность. В крови увеличивалась концентрация провоспалительных цитокинов. Уровень ИЛ-6 при возбудимом типе превышал значения контроля в 7 раз ($p < 0,05$), при промежуточном типе — в 9 раз ($p < 0,05$), а при

тормозном типе — в 16 раз ($p < 0,05$). С такой же динамикой увеличивались значения ИЛ-8 и ФНО- α . Концентрация Ig в компрессионном периоде у крыс трех типов посттравматической реакции не изменялась.

Показатели иммунной системы в декомпрессионном периоде на 30-й минуте были практически такими же, как и во время компрессии. На 60-й минуте декомпрессионного периода происходило резкое увеличение лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы, угнетение фагоцитоза, гиперцитокинемия, происходило угнетение синтеза антител. Максимальные изменения в иммунной системе происходили у крыс тормозного типа в позднем декомпрессионном периоде. Так число лейкоцитов возрастало до 3-х кратной отметки контроля ($p < 0,05$). Фагоцитоз у этих крыс снижался в 2 раза ($p < 0,05$). Величина ИЛ-1 β была в 6 раз выше, чем у крыс контроля ($p < 0,05$), ИЛ-2 — в 7 раз ($p < 0,05$). Показатели ИЛ-6 превышали отметку контрольного уровня в 29 раз ($p < 0,05$), ИЛ-8 — в 39 раз ($p < 0,05$), ФНО- α — в 13 раз ($p < 0,05$). Концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-4 была увеличена только в 2 раза ($p < 0,05$). На таком же уровне ИЛ-4 был и у крыс с другими типами посттравматической реакции. Видимо такой уровень этого цитокина был максимальным и не мог сдерживать выраженность чрезмерного воспаления, наблюдаемого у крыс, особенно в позднем декомпрессионном периоде.

Изменения всех иммунологических показателей при сочетанной ЧМТ были выражены сильнее, чем при изолированной травме и турникете. Эти изменения превышали значения даже суммарных показателей при ЧМТ и турникете. Такой характер нарушения иммунологической защиты организма наглядно отражал характер синдрома взаимного отягощения. Именно наличие такого синдрома часто ограничивает эффективность используемых стандартных схем фармакотерапии [4, 5, 17].

Таким образом, использованная нами модель ЧМТ, сочетанная с наложением на бедра турникета, адекватно отражала основные звенья патогенеза одного из видов частой травмы (средней степени тяжести ЧМТ и травматического токсикоза). Снятие турникета с бедер крыс приводило к постепенному восстановлению кровотока в конечностях и вымыванию из них токсинов. Такой же механизм эндотоксемии имеет место при освобождении пострадавших из-под завалов. При ЧМТ возникала выраженная иммунологическая реакция. Эта реакция имела воспалительную природу и выражалась в лейкоцитозе, сдвиге лейкоцитарной формулы влево, в угнетении фагоцитарной активности макрофагов, в гиперцитокинемии и незначительных изменениях концентрации основных типов иммуноглобулинов. Выраженность иммунологической реакции при турникете, изолированной и сочетанной ЧМТ зависит от характера травмы, от индивидуальной реактивности животных, а при турникетной травме и сочетанной ЧМТ — от времени декомпрессии.

Выводы. Выраженность иммунологической реакции при возбужденном типе ЧМТ носит умеренный характер, сильный при промежуточном и чрезмерный при тормозном типах. Она также соответствует продолжительностью жизни травмированных

животных. Декомпрессия на начальном (30-ти минутном) этапе существенно не изменяла иммунный ответ, а на позднем (60-ти минутном) этапе — резко его активировала. Такой характер иммунологического ответа отражал процесс поступления в кровь токсических веществ из ишемизированных тканей конечностей. Иммунологические нарушения при сочетанной ЧМТ отражали характер синдрома взаимного отягощения повреждений, свойственных ЧМТ и турникету. Максимальные иммунологические расстройства приходились на поздний декомпрессионный период тормозного типа посттравматической реакции крыс, имеющих сочетанную ЧМТ. Выявленные нарушения являются основанием для проведения в начальном периоде травмы интенсивной иммуномодулирующей терапии. Также полученные результаты являются основанием для дальнейших исследований по изучению возможной фармакокоррекции выявленных нарушений.

Y.Y. Kruk, V.N. Jelski, S.E. Zolotukhin, G.K. Krivobok, I.I. Strelchenko, A.V. Necheporchuk

IMMUNOLOGICAL DISORDERS AT ASSOCIATED TRAUMATIC BRAIN INJURY AND TOURNIQUET TOXEMIA

Abstract. *The pilot studies executed on 106 white not purebred rats males, are carried out for the purpose of determination of the pathogenetic importance of immunological disorders at the brain injury proceeding against traumatic toxicosis depending on individual reactivity of an organism. Modelled isolated brain injury, turnstile and combined trauma: brain injury+turniket. Depending on a condition of individual reactivity at rats three types of post-traumatic reaction developed. Expressiveness of immunological reactions at the brain injury excitable type had moderate character, strong — at intermediate and excessive — at brake types. It also corresponded to life expectancy of the injured animals. The decompression on initial (30 minute) a stage significantly didn't change the immune answer, and on late (60 minute) a stage — sharply it activated. Such character of the immunological answer reflected process blood accumulation of the ischemic tissues toxic substances. The revealed violations were the basis for carrying out in an initial stage of a trauma of intensive immunomodulating therapy.*

Keywords: *brain injury, immunological violations, toxemia*

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадинов О.В. Современные представления о патогенезе эндотоксикоза посттравматического генеза / О.В. Бадинов, В.Д. Лукъянчук, Л.В. Савченкова // Сучасні проблеми токсикології. 2003, № 4. – С. 37–42
2. Борщикова Т.И. Функциональный профиль цитокинов и иммунологическая дисфункция у нейрореанимационных больных / Т.И. Борщикова, Н.Н. Епифанцева, Ю.А. Чурляев // Цитокины и воспаление. 2011. Т. 10, № 2. – С. 42–45
3. Германашивили Т. Иммунологическая реактивность организма во время синдрома длительного сдавления / Т. Германашивили, М. Моисирапишвили, Г. Орахелашвили // Изв. АН Грузии. Сер. биол. 2002. Т. 28, № 3–4. – С. 267–272
4. Городник Г.А. Патогенез набряку-набухання головного мозку та обґрунтування оптимальної фармакотерапії при тяжкій черепно-мозковій травмі (клініко-експериментальне дослідження): автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.03.04 / Г.А. Городник; Донец. нац. мед. ун-т ім. М.Горького. – Донецьк, 2010. – 35 с. – укр.
5. Денисенко В.Н. Клинико-патофизиологическое обоснование феномена взаимного отягощения у пострадавших при сочетанной закрытой травме / В.Н. Денисенко, В.В. Бурлука, Я.Н. Заруцкий [и др.] // Проблемы военного здравоохранения. – Киев: «Янтар», 2002. – С. 15–20

6. Донченко Л.И. Оценка иммунного статуса и процессов метаболизма у пострадавших в динамике травматической болезни на основе кластерного анализа / Л.И. Донченко, А.В. Степура, И.А. Шамардина, Н.В. Анпилова // Украинський журнал телемедицини та медичної телематики. 2009. Том 7, № 2. – С. 154–159
7. Ельский В.Н. Нейрогуморальные регуляторные механизмы при черепно-мозговой травме / Ельский В.Н., Зяблицев С.В. – Донецк: Из-во «Новый мир», 2008. – 240 с.
8. Зенько Н.А. Особливості порушень та корекція кальцієвого обміну при черепно-мозковій травмі на фоні глюкокортикоїдного остеопорозу: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.04 / Н.А. Зенько ; Харк. нац. мед. ун-т. Х., 2011. – 20 с. – укр.
9. Золотухин С.Е. Особенности метаболизма при травматическом шоке, протекающем в условиях глубоких угольных шахт / С.Е. Золотухин, В.Н. Ельский, Ю.Я. Крюк [и др.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. 1997. Т. 6, № 2. – С. 142–144
10. Зяблицев С.В. Патогенетичні механізми нейроендокринної та імунної регуляції в гострому періоді травматичної хвороби / С.В. Зяблицев, М.С. Кишеня, С.В. Піщуліна, С.Я. Коровка // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – Тернопіль, 2010. – № 2. – С. 127–128
11. Избранные аспекты патогенеза и лечения травматической болезни / [Ельский В.Н., Климовицкий В.Г., Золотухин С.Е. и др.]. Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 360 с.
12. Калашников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике / Калашников В.С. Минск: Беларусь, 2002. Т. 2. – 360 с.
13. Крутько Е.Н. Синдром системного воспалительного ответа у пострадавших в позднем периоде травматической болезни / Е.Н. Крутько // Буковинський медичний вісник. 2010. Том 14, № 4. – С. 51–54
14. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С.Н. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
15. Матолич У.Д. Цитокінова та імунна дисфункція в патогенезі запальних ускладнень переломів нижньої щелепи: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.03.04/ У.Д. Матолич; Львів. нац. мед. ун-т ім. Д. Галицького МОЗ України, Держ. вищ. навч. закл. «Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського». 2012. Т. 2. – 18 с.
16. Перцов В.И. Анализ причин летальности при механических травмах на догоспитальном этапе в возрастном аспекте. (По данным Запорожского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2009 год) / В.И. Перцов, Д.С. Ивахненко, К.В. Миренков, Я.В. Телушко // Хірургія України. Київ, 2010, № 2. – С. 77–80
17. Принципы и методы диагностики и интенсивной терапии отека и набухания головного мозга у пациентов с острой церебральной недостаточностью и у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой / В.И. Черний, В.Н. Ельский, А.М. Кардаш [и др.] // Медицина неотложных состояний. Сборник статей. 2008. – С. 4–26
18. Daurinas E.E. The regional production of citocines and lactate in sepsis -retated multiple organ failure / E.E. Daurinas, Z.B. Tsidemiadon, M.T. Pitaridis [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005, №1. – P. 53–59
19. Greve M.W. Pathophysiology of traumatic brain injury / M.W. Greve, B.J. Zink // Mt Sinai J. Med. 2009. Vol. 76, № 2. – P. 97–104

УДК 616.24-007.271:613.6.02+615.835.3

А.А. Гринцова ¹, Е.Г. Ладария ¹, И.А. Боева ¹, В.В. Дмитриенко ¹, А.Ф. Денисенко ²

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ХОЗЛ

Республиканская клиническая больница профзаболеваний, г. Донецк ¹,
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького ²

Резюме. Мы обследовали и пролечили 120 пациентов с профессиональным хроническим обструктивным заболеванием легких на разных стадиях заболевания. 80 пациентов получали курс гипербарической оксигенации в комплексной терапии. Мы исследовали изменение функции внешнего дыхания и толерантности к физической нагрузке у пациентов на этапах гипербарической оксигенации. После лечения было выявлено снижение выраженности респираторных симптомов, дыхательной недостаточности, повышение толерантности к физической нагрузке.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, гипербарическая оксигенация, функция внешнего дыхания, толерантность к физической нагрузке.

Главное место в структуре профессиональных заболеваний в странах СНГ занимают болезни бронхолегочной системы, вызванные влиянием промышленной пыли и аэрозолей. Даже эффективные комплексы инженерных средств борьбы с пылью не обеспечивают снижения содержания его в воздухе к допустимым уровням, что приводит к развитию профессиональной патологии бронхолегочной системы, в том числе хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) [4]. Прогрессирующая обструкция периферических дыхательных путей приводит к развитию гиперинфляции, которая служит основным механизмом появления одышки при нагрузке [1, 2]. Нарушения газообмена способствуют развитию гипоксемии и гиперкапнии, повышению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, что приводит к выбросу катехоламинов даже при стабильном характере бронхообструкции [3, 8]. Дисбаланс в системах перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у пациентов с ХОЗЛ выражен как в период обострения, так и в период ремиссии, и связан с активностью воспалительного процесса. Гипербарическая оксигенация (ГБО) как метод антигипоксической терапии способствует не только повышению иммунореактивного статуса, противовоспалительного потенциала [5, 6], но и нормализации вегетативной регуляции [7], увеличению мощности антиоксидантных ферментных систем миокарда, что способствует повышению резистентности организма к воздействиям, в основе повреждающего действия которых лежит активация перекисного окисления липидов [9].

Цель работы: исследовать изменение функции внешнего дыхания (ФВД) и толерантности к физической нагрузке у пациентов с профессиональным ХОЗЛ на этапах ГБО.

Материалы и методы. Нами исследовано влияние курса ГБО на динамику респираторных симптомов, показателей ФВД и толерантности к физической нагрузке у пациентов с профессиональным

ХОЗЛ. Основную группу составили 80 пациентов с ХОЗЛ 2-й (40 пациентов) и 3-й (40 пациентов) стадий, которым проводилось комплексное лечение с включением метода ГБО. Группу сравнения составили 40 пациентов с аналогичной патологией, получавших лечение согласно тяжести заболевания в соответствии с Приказами №499 и №128 МОЗ Украины. Средний возраст пациентов в группах наблюдения составил $55 \pm 2,2$ года, стаж работы в контакте с пылью - $24,3 \pm 1,5$ лет и, стаж курения у пациентов равнялся $23,0 \pm 4,0$ пачко/лет. Лечение проводилось в бароаппаратах БЛКС 303 МК (г. Москва). Продолжительность курса составила $9 \pm 1,3$ сеансов, тестовая доза ГБО составляла 0,3 ати, режим подбирался индивидуально в зависимости от параметров вегетативной регуляции. Динамику респираторных симптомов у пациентов с ХОЗЛ оценивали с помощью шкалы симптомов PL Paggiaro, которая включала бальную оценку следующих показателей: кашель, количество отделяемой мокроты, одышка, выраженность аускультативных изменений, ночная симптоматика. Тяжесть одышки оценивали по шкале диспноэ MRC (Medical Research Council). Исследования ФВД осуществляли с помощью диагностического автоматизированного комплекса «Кардио+» (г. Нежин). Толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью 6-минутной шаговой пробы до и после лечения в соответствии со стандартным протоколом и рекомендациями Американского торакального общества. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.5». Для сравнения количественных показателей в основной и группе сравнения использовался критерий Манн-Уитни. При оценке различий между качественными характеристиками независимых выборок использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Для сравнения структуры групп в процентах ($P \pm m$) использовали χ^2 критерия Фишера (угловое преобразование Фишера). Критерием значимости считался $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. До лечения среди респираторных симптомов одышка средней тяжести диагностирована у $64,1 \pm 7,7$ % больных основной группы и у $83,3 \pm 10,8$ % больных группы сравнения с ХОЗЛ 2-й стадии. Тяжелая одышка наблюдалась у $66,7 \pm 8,6$ % пациентов основной группы и у $81,8 \pm 11,6$ % пациентов группы сравнения с ХОЗЛ 3-й стадии. Очень тяжелая одышка отмечена в основной группе: с ХОЗЛ 2-й стадии — у $2,6 \pm 2,5$ %, с ХОЗЛ 3-й стадии — у $16,6 \pm 6,8$ % пациентов. Ежедневная ночная симптоматика регистрировалась у пациентов с тяжелым течением ХОЗЛ: у $40,0 \pm 8,9$ % больных в основной группе и у $54,5 \pm 15,0$ % больных в группе сравнения. Умеренный кашель наблюдался

Таблица 1. Динамика респираторных симптомов у пациентов с ХОЗЛ в процессе лечения на разных стадиях заболевания, М ± m

Респираторные симптомы	Этап лечения	баллы	Основная группа		Группа сравнения	
			ХОЗЛ 2-я стадия	ХОЗЛ 3-я стадия	ХОЗЛ 2-я стадия	ХОЗЛ 3-я стадия
Кашель, %	до	1	5,1 ± 3,5		8,3 ± 8,0	9,1 ± 8,7
		2	48,7 ± 8,0	66,7 ± 8,6	66,7 ± 13,6	63,6 ± 14,5
		3	46,2 ± 8,0	33,3 ± 8,6	25,0 ± 12,5#	27,3 ± 13,4
	после	0	7,7 ± 4,3	6,7 ± 4,6		
		1	71,8 ± 7,2*	50,0 ± 9,1	41,7 ± 14,2#*	45,5 ± 15,0*
		2	15,4 ± 5,8*	43,3 ± 9,0*	50,0 ± 14,4#	54,5 ± 15,0
		3	5,1 ± 3,5*		8,3 ± 8,0	
Одышка, %	до	2	64,1 ± 7,7	16,7 ± 6,8	83,3 ± 10,8#	18,2 ± 11,6
		3	33,3 ± 7,5	66,7 ± 8,6	16,7 ± 10,8	81,8 ± 11,6
		4	2,6 ± 2,5	16,6 ± 6,8		
	после	1	51,3 ± 8,0	16,7 ± 6,8	50,0 ± 14,4	
		2	43,6 ± 7,9*	70,0 ± 8,4*	50,0 ± 14,4*	63,6 ± 14,5*
		3	5,1 ± 3,5*	13,3 ± 6,2*		36,4 ± 14,5#*
		4				
Продукция мокроты, %	до	0	5,1 ± 3,5	20,0 ± 7,3		18,2 ± 11,6
		1	56,4 ± 7,9	40,0 ± 8,9	50,0 ± 14,4	54,5 ± 15,0
		2	28,2 ± 7,2	36,7 ± 8,8	50,0 ± 14,4#	27,3 ± 13,4
		3	10,3 ± 4,9	3,3 ± 3,3		
	после	0	5,1 ± 3,5	6,7 ± 4,6		18,2 ± 11,6
		1	7,7 ± 4,3*	16,7 ± 6,8*	16,7 ± 10,8*	36,4 ± 14,5#
		2	46,2 ± 8,0*	56,6 ± 9,0	75,0 ± 12,5#*	36,4 ± 14,5
		3	35,9 ± 7,7*	20,0 ± 7,3*	8,3 ± 8,0#	9,0 ± 8,7
		4	5,1 ± 3,5			
		4				
Хрипы, %	до	1	10,3 ± 4,9			
		2	48,7 ± 8,0	26,7 ± 8,1	83,3 ± 10,8#	
		3	41,0 ± 7,9	73,3 ± 8,1	16,7 ± 10,8#	100,0 ± 0,0#
	после	0	7,7 ± 4,3		8,3 ± 8,0	
		1	46,2 ± 8,0*	16,7 ± 6,8	58,3 ± 14,2	
		2	41,0 ± 7,9	60,0 ± 8,9*	16,7 ± 10,8#*	27,3 ± 13,4#
		3	5,1 ± 3,5*	23,3 ± 7,7*	16,7 ± 10,8	72,7 ± 13,4#*
Ночные симптомы, %	до	0	23,1 ± 6,7	6,7 ± 4,6	33,3 ± 13,6	
		1	12,8 ± 5,4	16,7 ± 6,8	33,3 ± 13,6#	27,3 ± 13,4
		2	38,5 ± 7,8	36,6 ± 8,8	25,0 ± 12,5	18,2 ± 11,6
		3	23,0 ± 6,7	40,0 ± 8,9	8,4 ± 8,0	54,5 ± 15,0
	после	4	2,6 ± 2,5			
		0	58,9 ± 7,9*	33,3 ± 8,6*	33,3 ± 13,6#	
		1	25,7 ± 7,0	36,7 ± 8,8*	41,7 ± 14,2	27,3 ± 13,4
		2	10,3 ± 4,9*	30,0 ± 8,4	25,0 ± 12,5	72,7 ± 13,4#*
		3	5,1 ± 3,5			
		4				

Примечание. Критическое значение $\varphi^*=1,64$, при котором $p<0,05$. * - различия в каждой исследуемой группе в динамике; # - различия между основной группой и группой сравнения.

Таблица 2. Динамика переносимости физической нагрузки пациентов с ХОЗЛ в процессе лечения

	Основная группа		Группа сравнения	
	ХОЗЛ 2-я стадия	ХОЗЛ 3-я стадия	ХОЗЛ 2-я стадия	ХОЗЛ 3-я стадия
Норма, м	451,8 ± 11,3	444,7 ± 12,7	442,7 ± 15,4	452,1 ± 19,1
До лечения, м	275,4 ± 7,7*	282,1 ± 10,4*	274,7 ± 6,6	233,9 ± 9,0
После лечения, м	326,0 ± 11,0#	324,1 ± 10,6*#	292,4 ± 8,3#	253,8 ± 8,6#

* — $p < 0,05$ – уровень значимости различия между основной и группой сравнения;

— $p < 0,05$ – уровень значимости различия показателей в каждой исследуемой группе в динамике

в основной группе у $48,7 \pm 8,0$ % больных ХОЗЛ 2-й стадии и у $66,7 \pm 8,6$ % больных ХОЗЛ 3-й стадии, в группе сравнения соответственно у $66,7 \pm 13,6$ % и $63,6 \pm 14,5$ % больных. Малая продукция мокроты отмечена в основной группе у $56,4 \pm 7,9$ % пациентов средней тяжести и $40,0 \pm 8,9$ % пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью, в группе сравнения соответственно — у $50,0 \pm 14,4$ % и $54,5 \pm 15,0$ % пациентов. У пациентов с более тяжелым течением продукция мокроты отсутствовала у $20,0 \pm 7,3$ % больных основной группы и у $18,2 \pm 11,6$ % пациентов группы сравнения.

Параметры ФВД исходно в обеих группах характеризовалась уменьшением как объемных, так и скоростных показателей. Так у пациентов с ХОЗЛ 2-й стадии отмечено снижение бронхиальной проходимости в большей степени на уровне крупного калибра до $48,0$ % ($34,2 \div 57,6$) от нормы на фоне умеренного снижения ЖЕЛ до $69,2$ % ($63,3 \div 77,5$) и ФЖЕЛ до $63,8$ % ($52,4 \div 72,0$) от нормы, что отображало преобладание обструктивного компонента нарушений ФВД. В группе сравнения также наблюдалось снижение проходимости бронхов крупного и мелкого калибров на фоне снижения объемных показателей ФВД. У пациентов с ХОЗЛ 3-й стадии тяжелые обструктивные нарушения от $19,5$ % ($15,5 \div 27,3$) до $32,3$ % ($23,3 \div 41,1$) от нормы сопровождались значительным уменьшением значений ЖЕЛ до $53,0$ % ($45,4 \div 61,2$) и ФЖЕЛ до $45,3$ % ($38,3 \div 51,5$) от нормы, что свидетельствовало также и о снижении комплайенса легочной ткани. Рестриктивные нарушения ФВД у данных пациентов обусловлены наличием эмфиземы и пневмофиброза, а обструкция носит частично обратимый характер по определению заболевания. Максимальная вентиляция легких (МВЛ) была снижена в большей степени у пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью и составляла менее 50% от должных значений. До лечения в основной группе отмечена отрицательная корреляционная связь между длительностью заболевания и проходимостью бронхов среднего ($r = -0,45$, $p = 0,01$) и мелкого ($r = -0,48$, $p = 0,009$) калибров. До лечения выявлена достоверно низкая толерантность к физической нагрузке в обеих исследуемых группах на разных стадиях заболевания.

После курса ГБО отмечены достоверные различия в динамике респираторных симптомов (табл. 1) и переносимости физической нагрузки (табл. 2). Также наблюдалось достоверное увеличение показателей ФВД по сравнению с группой сравнения у пациентов с ХОЗЛ 2-й и 3-й стадий соответственно: ЖЕЛ с $69,2$ ($63,3 \div 77,5$) до $81,5$ ($74,5 \div 89,0$) % и с $53,0$ ($45,4 \div 61,2$) до $60,2$ ($56,4 \div 66,1$) %, ОФВ1 с $60,8$ ($53,6 \div 69,0$) до $70,9$

($63,5 \div 81,7$) % и с $36,48$ ($28,7 \div 42,5$) до $42,6$ ($37,5 \div 47,8$) %, МВЛ с $63,8$ ($51,1 \div 70,7$) до $78,3$ ($70,0 \div 93,4$) % и с $42,6$ ($32,4 \div 53,9$) до $52,2$ ($40,4 \div 56,6$) %.

После лечения методом ГБО у пациентов с ХОЗЛ отмечена положительная корреляционная связь между средним показателем пройденного расстояния и МОС75, характеризующим проводимость по бронхам мелкого калибра: у пациентов средней тяжести заболевания $r = 0,46$, $p = 0,02$, у пациентов с тяжелым течением заболевания $r = 0,49$, $p = 0,02$, что указывало на повышение толерантности к физическим нагрузкам при уменьшении выраженности дыхательной недостаточности на фоне лечения гипербарическим кислородом. Улучшение показателей ФВД к концу курса ГБО было связано как с прямым (антигипоксическим, компрессионным, гипероксическим) воздействием, так и с опосредованным влиянием и развитием длительного последствия в результате периодически повторяющихся сеансов лечебной гипероксии.

Выводы. Таким образом, включение курса гипербарической оксигенации в комплексную терапию пациентов с ХОЗЛ способствует уменьшению выраженности дыхательной недостаточности, повышает переносимость физической нагрузки, что способствует улучшению качества жизни и социальной адаптации данной категории больных.

Gryntsova A.A., Ladariya E.G., Boeva I.A., Dmitrienko V.V., Denisenko A.F.

HYPERBARIC OXYGENATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PROFESSIONAL COPD

Summary. We examined and treated 120 patients with occupational chronic obstructive pulmonary disease at different stages of the disease. 80 patients received a course of hyperbaric oxygenation in complex therapy. We investigated the changes in respiratory function and exercise tolerance in patients at stages of hyperbaric oxygenation. After treatment was found decrease the severity of respiratory symptoms, respiratory distress, increasing exercise tolerance.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, hyperbaric oxygenation, lung function, exercise tolerance.

ЛИТЕРАТУРА

1. Andreassen H., Vestbo J. Chronic obstructive pulmonary disease: an epidemiological perspective. In: *Fur. Respir. J.* 2003, nr 21, p. 347-360.
2. Celli B. R., Cote C.G., Marin J. M. et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease // *N. Engl. J. Med.* — 2004; 350:1005—1012.
3. Gross N.J. Extrapulmonary effects of chronic obstructive pulmonary disease // *Curr. Opin. Pulm. Med.* - 2001. - Vol. 7 (2). - P. 84-92.

4. Брыкалин В.П., Костюк И.Ф., Калмыков А.А., Бязрова В.В., Морозова Е.В. Клинико-иммунологические особенности профессиональной хронической обструктивной болезни легких в сочетании с артериальной гипертензией // Вісник морської медицини. – 2007. - №1. – С. 65-70.
5. Гипербарическая медицина: практическое руководство / под ред. Д.Матвеев; пер. с англ. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2009. – 720 с.
6. Гипербарическая оксигенация как метод иммунокоррекции при рецидивирующем течении хронического обструктивного бронхита. [Текст] / Е.А. Петрова, С.И. Сокуренок, М.П. Корниенко // Вопросы гипербарической медицины. - 2010. - №1-2, вып. 13. – С. 55-56.
7. Гринцова, А.А. Влияние гипербарической оксигенации на показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии / А.А. Гринцова, Е.Г.Ладария // Вісник гігієни та епідеміології. - 2010. – Т.14, №1 (Додаток). – С. 96-97.
8. Кароли, Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология [Текст] / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Клиницист. – 2007. – № 1. – С. 13–19.
9. Сазонтова, Т.Г. Роль активных форм кислорода и редокс сигнализации в защитных эффектах адаптации и гипоксии и гипероксии [Текст] / Т.Г. Сазонтова, А.Г. Жукова, И.В. Бедарева // Вопросы гипербарической медицины. – 2010. - №3, вып. 14. - С. 3-4.

УДК: 616-001.45

А.Н. Колесников, С.О. Чернуцкий, Е.А. Дружинская, А.С. Бутко, В.Н. Стасюк, С.А. Дубов, М.М. Симаков, Т.В. Андреева, В.В. Соколовская

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВОЙ ТРАВМЕ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Отделение анестезиологии и интенсивной терапии, «Клиническая Рудничная больница», г. Макеевка, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В статье освещены вопросы особенностей анестезиологического обеспечения при массовой травме военного времени. Особое внимание уделено организационным моментам анестезии у пациентов данной группы, различных видов и степеней тяжести.

Нами проведено более 348 urgentных анестезий у пациентов с травмой военного времени, которым, в основном, применялась ТВА с интубацией и проводниковой (спинальной/эпидуральной) анестезией. Были разработаны схемы применения наркотических препаратов (кетамин, фентанил и оксибутират натрия) и проводниковой анестезии в зависимости от состояния больного и тяжести полученных травм. Определены и выделены особенности периоперационного обеспечения и анестезиологического пособия у пациентов с травмами военного времени.

Выявлены недостатки в оснащение приемного отделения и операционных, проведен расчет количества пациентов, которым может быть оказана помощь одновременно. Определена тактика ведения пациентов с осколочными ранениями.

Актуальность. За последние полтора года проблема огнестрельных повреждений и минно-взрывной травмы, в связи с вооруженным конфликтом на Юго-Востоке Украины, приобрела особую важность в нашем регионе. Врачи обычных городских и районных больниц столкнулись с пациентами, пострадавшими в военном конфликте. Эта ситуация поставила перед врачами всех специальностей, но прежде всего анестезиологами, множество вопросов по организации и оказанию медицинской помощи. Таким образом, были выявлены недостатки обеспечения приемного отделения, проведения анестезиологического и хирургического пособий, разработаны и апробировали схемы анестезиологической помощи при массовом поступлении пациентов с травмой военного времени.

Целью было определить тактику ведения при массовом поступлении больных с травмой военно-

го времени, а также в зависимости от тяжести состояния и полученных травм.

Мы имеем опыт 348 urgentных анестезий (за 3 месяца июль-сентябрь 2014 года) у пациентов с травмой военного времени, из них 70 пациентов с сочетанной травмой более 3 анатомических областей (торако-абдоминальная + травматическая ампутация конечностей) и 25 пациентов с сочетанием открытой проникающей осколочной травмы головного мозга и множественного осколочного поражения поверхности тела (из них 4 детей).

Главной особенностью можно считать то, что в большинстве случаев анестезия начиналась на этапе приемного отделения, как часть интенсивной терапии.

Невзирая на существующие рекомендации [2], по нашим данным, большинство анестезий были проведены в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВВА) с искусственной вентиляцией легких (80 %) (табл. 1). Интубация и перевод на ИВЛ осуществлялась уже на этапе приемного отделения. Поэтому наличие достаточного количества адекватных респираторов, начиная с приемного отделения и заканчивая операционными, является принципиальным требованием. Исходя из этого требования, основная масса анестезий и операций была проведена в операционной хирургического отделения.

Базовыми препаратами для ТВВА являлись: кетамин в дозировке 1 мг/кг/час, фентанил 1–2 мкг/кг/час и натрия оксибутират 50–100 мг/кг/час. Применение такой комбинации позволяло эффективно компенсировать гемодинамические нарушения. Особый интерес представляет применение натрия оксибутирата, особенно у пациентов с массивной кровопотерей.

По нашему мнению, применение классических внутривенных гипнотиков (тиопентал натрия, пропофол) у пациентов с комбинированной травмой военного времени является опасным и нецелесообразным.

Таблица № 1. Особенности анестезиологического обеспечения операций у пациентов с травмой военного времени.

Отделе- ния	Виды анестезиологического обеспечения					Итого
	ТВВА с ИВЛ	Комбинирован.: ТВВА со спонт. ды- ханием + местная анестезия	Комбинирован.: ТВВА с ИВЛ + эпидуральная анестезия	Комбинирован.: ТВВА со спонт. дыханием + спинномозговая анестезия	Комбинированная: ТВВА с ИВЛ + спинномозговая анестезия	
Х	160	24	35	23	22	264
Т	5	1	-	19	-	25
НХ	25	-	-	-	-	25
ЧЛ	12	-	-	-	-	12
ООАИТ	13	-	7	-	2	22
Всего	215	25	42	42	24	348

Примечание: Х — хирургия; Т — травматология; НХ — нейрохирургия; ЧЛ — челюстно-лицевое; ООАИТ — операция в ОАИТ.

Ингаляционная анестезия с использованием севофлурана применялась нами с осторожностью, только для пациентов нейрохирургического профиля со стабильными показателями гемодинамики, и, как правило, МАК севофлурана составлял 0,49–0,63 в сочетании с модифицированной ТВВА. При тяжелых травматических поражениях головного мозга, как у взрослых, так и у детей, хорошо себя зарекомендовала ТВВА на основе 5 % кетамина в дозировках 0,05 мкг/кг/ч (не более 125 мг); 20 % оксибутирата натрия в дозировках (10–50 мг/кг/час) и фентанила 0,5–2 мкг/кг/час (в зависимости от этапа операции). Кроме того, ограничивающим для использования ингаляционной анестезии было отсутствие подачи кислорода, так как в условиях боевых действий использование централизованной подачи было опасным, в последующем, проблема с заправкой имеющихся мощностей была связана с невозможностью и опасностью организации этого процесса.

Выявленным организационным решением, рекомендуемым нами для внедрения, является использование кислородных генераторов.

Наличие такого генератора в операционной нейрохирургического отделения существенно облегчило работу анестезиолога и уменьшило возможную летальность.

Разработанной новизной можно считать применение у 28 % пострадавших спинальной/эпидуральной анестезии уже на этапе приемного отделения. Данная методика применялась у пациентов с травмой нижних конечностей, независимо от того была она превалирующей или сочетанной. На фоне обезболивания и инфузии кристаллоидов с адреномиметиками, как правило, производили интратекальное введение 2,5–3,0 мл бупивакаина на уровне L4–5. Учитывая калечащий механизм травмы, необходимость дообследования пациента и последующей его транспортировки в операционную, данная методика позволяла достигнуть качественной и быстрой анестезии основного альгогенного участка. Невзирая на зачастую декомпенсированную гемодинамику, своевременная блокада болевой перцепции позволяла более эффективно бороться с проявлениями шока.

У 12 % пациентов, данный вид анестезии был основным, с комбинацией в условиях операционной с ТВВА с самостоятельным дыханием. Для ТВВА использовали сочетание кетамина 2 мг/кг и бензодиазепина (сибазона) 0,05 мг/кг.

Наиболее эффективной, по нашему опыту, является следующая методика: после выполнения спинальной/эпидуральной анестезии, при необходимости дополнительной седации, в шприц набирается 2,0 мл кетамина и 2,0 мл сибазона, содержимое разводится до 20,0 мл 0,9 % NaCl. Учитывая шоковое состояние, предоперационное обезболивание, данная смесь вводится болюсно по 2,0–3,0 мл до достижения необходимой глубины анестезии. Анестезия и умеренная аналгезия наступает через 3–5 минут после введения и длится в течение 15–30 минут, в среднем, для достижения анестезии без угнетения дыхания на фоне проводниковой аналгезии, достаточно до 10,0 мл данной смеси. При более быстром введении смеси, возможно развитие достаточного длительного диспноэ/апноэ, что нивелирует все положительные эффекты методики.

У 16% пациентов, после дообследования, в связи с особенностями минно-взрывных травм, перечисленных выше, в условиях операционной была применена комбинация проводниковой анестезии с ТВВА с ИВЛ. Необходимо отметить, что в этих условиях, для ТВВА проводилась редукция дозы фентанила до 0,3–0,5 мкг/кг/час (в зависимости от уровня работы хирургов), с сохранением дозировки кетамина 0,5–1,0 мг/кг/час и натрия оксибутирата 50–100 мг/кг/час.

Особой группой пострадавших являются пациенты с травмой лицевого скелета [2]. Достаточно калечащий механизм как пулевой, так и осколочной травмой создает серьезные трудности с обеспечением проходимости дыхательных путей. Хорошей рекомендацией является проведение немедленной трахеостомии. Однако под нашим наблюдением находились несколько пациентов, у которых самостоятельное дыхание было возможно только сидя с опущенной головой. В этом случае проводили интубацию при помощи фибробронхоскопа с последующей трахеостомией. Поэтому наличие не только бронхоскопа, а и подготовлен-

ных специалистов по выполнению тяжелой интубации является желательным. Как клинический пример, запомнился пациент, который вследствие тяжелой осколочной травмы лицевого скелета и трахеи, мог дышать только в положении «сидя» на корточках с опущенной головой (в остальных положениях дыхание было невозможно), которого удалось интубировать при помощи фибробронхоскопа. Для помощи при интубации пациента пришлось поднимать на руках в положении «на корточках», для купирования вегетативных реакций, после премедикации было введено 0,5 кетамина в разведении до 10,0 мл 0,9 % NaCl. После интубации трахеи, бригадой челюстно-лицевых хирургов была выполнена нижняя трахеостомия уже на операционном столе.

1. Особенности послеоперационной интенсивной терапии и примерный список медикаментозного обеспечения.

Главной особенностью, следует считать, что в протоколе лечения исчезли наконец-то препараты, эффективность которых сомнительна, а стоимость высока.

С учетом опыта [1–3], был выявлен список расчета (примерного) на одного раненого, необходимый при формировании заказа и создания запаса в приемном отделении. Хорошим организационным решением является формирования наборов, которые выдаются сразу на пациента.

На 1 раненого с учетом наркоза.

1. Р-р NaCl 0,9 %, р-р Глюкозы 5 % — 2,0 л (10 флаконов по 200 мл; 5 по 400 мл, оптимально в таре по 1,0 л пластик)

2. ГЭК/гелофузин 1 флакон 500 мл.

3. Жгут кровоостанавливающий

4. Маннит — 1 флакон

5. Антибиотик 1 флакон (Амоксициллин/клавулат или Цефоперазон/Сульбактам).

6. Венфлон 2 шт.

7. Шприцы 20,0 — 2 шт; 10,0 — 2 шт; 5,0 — 2 шт.

8. Система ПК 2 шт.

9. Игла для спинномозговой пункции — 1 шт.

10. Бупивакаин — 1 флакон (20 мл)

11. Набор для катетеризации подключичной вены — 1 шт.

12. Адреналин — 2 амп.

13. Кордиамин/кофеин — 1 амп.

14. Дексаметазон — 3 амп.

15. Ранитидин/омепразол — 1 амп.

16. Транексамовая кислота — 2 фл.

17. Этамзилат натрия — 2 амп.

18. Перчатки — 5 пар

19. Бинт — 1 уп.

20. Вата — 1 уп

21. Пластырь — 1 шт.

22. Воздуховод — 1 шт.

23. Эндотрахеальная трубка (7,5) — 1 шт.

24. Зонд желудочный — 1 шт.

25. Санационный катетер — 2 шт.

26. Уретральный катетер — 1 шт.

27. НПВП (инфузионный парацетамол Инфулган) — 1 флакон.

28. Анальгин — 2 амп.

29. Спирт/стерилиум — 1 флакон

30. Шовный материал.

В условиях отделения интенсивной терапии данный список существенно не менялся. Принци-

пиальным моментом является организация энтерального питания. Использование стандартных смесей (Фрезубин, Нутрикомп и т.д.) было ограничено возможностями. В этих условиях, хорошо себя проявила детская смесь «Малыш», «Малютка» (или любая другая). Запас смесей для парентерального питания является приоритетом, потому что решение проблемы при помощи альбумина является как клинически, так и экономически необоснованным.

Добавочный список для отделения ИТ включал в себя:

1. Оптимально 2-х–3-х компонентные смеси для парентерального питания (Оликлиномель, Кабивен, Нутрифлекс и др.)

2. Энтеральное питание — оптимально Фрезубин, Нутрикомп или детское питание (Малыш, малютка и др.)

3. Прозерин, метоклопрамид

4. Аскорбиновая кислота

5. Памперсы, пеленки

6. Сульфат магния 20%

7. Антибактериальные препараты (аминогликозиды, защищенные цефалоспорины, фторхинолоны).

8. Сальбутамол (вентилор, амп по 2,0 мл)

9. Амброксол

10. Трахеостомические трубки.

Выводы. Таким образом, при подготовке ЛПУ в качестве базового для оказания помощи пациентам с минно-взрывной травмой необходимы следующие мероприятия.

1. Оснащение приемного отделения и операционных адекватными респираторами для ИВЛ.

2. Оснащение операционных и отделений ИТ кислородными генераторами.

3. Необходимо провести расчет количества пациентов, которые могут быть обслужены одновременно, в зависимости от степени тяжести травмы.

4. Все пациенты с осколочными ранениями поверхности тела должны рассматриваться как угрожаемые по проникающим ранениям и полиорганности поражения.

5. Анестезией выбора может считаться комбинация ТВВА на основе кетамина, фентанила и оксибутирата натрия и проводниковой анестезии.

6. В приемном отделении целесообразно иметь набор из расчета «на одного пациента», что позволит оптимизировать пополнение запасов медикаментов.

7. Хотелось бы напомнить о том, что «Врач, бросивший больного, должен быть уподоблен дезертиру» (Гиппократ).

A.N. Kolesnikov, S.O. Chernutsky, E.A. Druzinskaya, A.S. Butko, V.N. Stasiuk, S.A. Dubov, M.M. Simakov, T.V. Andreeva, V.V. Sokolovskaya.

EMERGENCY ANESTHESIA CARE AT MASS INJURY WAR TIME

Summary. The article shows the specific features of anesthetic management during mass trauma of war. Particular attention is paid to organizational aspects of anesthesia in patients with war injuries of various kinds and degrees of severity. We have conducted more than 348 urgent anesthesia in patients with trauma of war, which mainly applies to TVA with intubation and conduction (spinal / epidural) anesthesia. It was developed patterns of use of narcotic drugs (ketamine, fentanyl and sodium oxybutyrate) and conduction anesthesia, depending on the severity of the patient and to injury. Identify and highlight features and provide perioperative anesthetic in patients with injuries of war. Revealed shortcomings in equipment and operating the front desk, we calculated the

number of patients that can be served at the same time, depending on the severity of the injury. Determined the tactics of patients with shrapnel wounds.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь раненым на войне / под ред. Ю.С. Полушина.– СПб.: ЭЛБИ–СПб, 2003. – 287 с.

2. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. Руководство для врачей / Под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова.– М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – 672 с.
3. Общая хирургия повреждений. Руководство для врачей. Г.Н. Цыбуляк. – СПб., 2005, –648 с.

УДК:616.831+617.51]-001+615.81:355

А.А. Лыков, Е.С. Поважная, И.В. Терещенко, И.В. Пеклун, И.В. Зубенко, Л.А. Лыкова

МЕТОДИКИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ПОЛУЧЕННОЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Важную роль в системе медицинской реабилитации последствий черепно-мозговых травм у лиц, пострадавших в результате военных действий, играет физиотерапия. Физические факторы при данной патологии должны оказывать дифференцированное влияние, направленное на коррекцию процессов возбуждения или торможения в центральной нервной системе. У пациентов с черепно-мозговой травмой и преобладанием процессов возбуждения показаны седативные влияния (магнитотерапия), на фоне депрессии целесообразно использовать стимулирующие методы и физические факторы (дарсонвализация), которые составляют суть адаптационной терапии.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, реабилитация, физиотерапия

Актуальность. Проблема реабилитации пациентов, травмированных вследствие боевых действий, стала весьма актуальна на Донбассе в последние полтора года. Как правило, травмы получают лица молодого трудоспособного возраста, повреждения преимущественно носят сочетанный характер, что увеличивает процент инвалидизации пострадавших. Проведенный статистический анализ показал высокий удельный вес пациентов с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ), полученной вследствие взрывной волны (около 40 %). Сотрясения и ушибы головного мозга являются причиной значимого нарушения функционирования нервной, сердечнососудистой, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, общего физического состояния организма, снижения моторных, сенсорных и интеллектуальных возможностей человека. Первостепенными становятся вопросы своевременной и грамотной организации и проведения медицинской реабилитации данной категории больных для скорейшего восстановления здоровья и работоспособности пострадавших.

Реабилитация лиц с последствиями ЗЧМТ с использованием только фармакологических средств не всегда эффективна. Важной задачей, в этом случае, является разработка дополнительных методов реабилитации, например, физиотерапевтической, которая способствует быстрому восстановлению и компенсации нарушенных функций, предотвращает развитие осложнений и формирование стойкой инвалидизации. Использование физических факторов объясняется хорошей их переносимостью, физиологичностью, патогенетической направлен-

ностью действия, отсутствием осложнений, экономической выгодой.

В основе патогенеза любого патологического состояния, в т.ч. ЗЧМТ, лежат типовые процессы, интенсивность которых определяется реактивностью организма. Клинические проявления этих изменений составляют суть клинко-патогенетических синдромов. Вопрос выбора методов медицинской реабилитации с учетом неспецифического и индивидуального их действия решается на основе выделения в клинике и патогенезе заболеваний синдромов, которые отображают степень проявления общих изменений и характеризуют клинические особенности самого заболевания. Влияния физическими факторами должны быть направлены на оптимизацию реактивности организма и коррекцию процессов возбуждения и торможения в ЦНС. При ведущем дисневротическом синдроме с преобладанием процессов возбуждения показаны седативные влияния, на фоне депрессии и доминирования процессов торможения в ЦНС целесообразно использовать стимулирующие методы и физические факторы, которые составляют суть адаптационной терапии.

Выбор методик воздействия при ЧМТ определяется возможностью модулировать эффекты нейродинамических процессов ЦНС при минимальной интенсивности физического фактора, что важно для эффективной нейрореабилитации. Применение физических факторов транскраниально или на воротниковую зону сопровождается генерализованным характером ответных реакций, включением нейрогуморальных механизмов гомеостаза. Перестройка системы гомеостаза в свою очередь формируют долгосрочные эффекты транскраниальной физиотерапии. Влияния физическими факторами должны способствовать коррекции процессов возбуждения и торможения в ЦНС и нормализации реактивности организма.

В связи с этим целью данной работы является изучение эффективности низкоинтенсивной магнитотерапии и дарсонвализации при лечении последствий ЗЧМТ у пострадавших вследствие боевых действий.

Материалы и методы. При проведении процедур использовалось магнитное поле низкой частоты от аппарата «Градиент 1» с магнитоиндуктором

№ 2 с генерацией тока синусоидального с частотой 50 Гц, магнитной индукцией 10 мТл. Процедура отпускала по битемпоральной методике, 15 минут, 12–15 процедур ежедневно. Дарсонвализацию отпускали с помощью аппарата Искра 1, генерирующий искровой разряд с частотой 110 Гц, длиной 25 мм. Использовали контактную, лабильную методику на воротниковую зону, 10 минут, 10–12 процедур ежедневно. Противопоказаниями к назначению магнитотерапии, кроме общих, было высокое диастолическое давление (свыше 110 мм рт.ст.), наличие металлических осколков в очаге, для дарсонвализации — низкое артериальное давление (ниже 100/60 мм рт.ст.).

Для оценки психоэмоционального статуса пациентов, перенесших ЗЧМТ, использовали психометрические шкалы: Гамильтона (для оценки тревоги), Монтгомери-Асберга (для оценки депрессии). Для изучения признаков утомления и снижения резервов здоровья проводилось анкетирование больных. Оценивалось также общее состояние пациентов, неврологические симптомы, изучалась динамика артериального давления и пульса.

Больные были разделены на три группы. Пациентам первой группы (18 человек) на фоне традиционного медикаментозного лечения проводили магнитотерапию битемпорально. Больным второй группы (20 человек) наряду с медикаментозной терапией отпускали дарсонвализацию воротниковой зоны. Третья группа (12 человек) была контрольной. Больные получали только медикаментозную терапию.

Результаты и обсуждение. До проведения лечения у пациентов всех групп наблюдались симптомы тревоги или тревожных состояний (43 %), у 32 % исследуемых выявлена депрессия. В среднем у 22 % больных получены субъективные оценки признаков утомления (от слабого до переутомления) — слабость, раздражительность, пониженное настроение.

В результате клинических наблюдений отмечены хорошая переносимость проведенного лечения и отсутствие побочных реакций у больных всех групп. Ни у одного пациента не было ухудшения самочувствия.

Сравнительный анализ динамики клинических симптомов заболевания выявил более выраженный регресс клинической симптоматики во 2 группе больных — улучшение самочувствия наступало после 2–3 дня лечения у 82 % пациентов. В то время как у больных, получавших магнитотерапию, улучшение наступало с 4–5 дня лечения.

После проведенного курса магнитотерапии наблюдалось положительное изменение среднего балла по шкале оценки тревоги Гамильтона на 47,8 % (средний балл с $9,2 \pm 3,2$ до $4,8 \pm 1,2$). По шкале оценки депрессии — на 30,4 % (средний балл с $10,2 \pm 4,3$ до $7,1 \pm 3,4$).

Среди пациентов второй группы также имела место позитивная динамика показателей. Отмечалось улучшение среднего балла по шкале тревоги Гамильтона на 33,4 % (средний балл с $9,3 \pm 2,4$ до $6,2 \pm 1,8$), по шкале оценки депрессии Монтгомери — Асберга — на 50,9 % (средний балл с $10,6 \pm 4,2$ до $5,2 \pm 1,1$).

В контрольной группе также наблюдалась положительная динамика показателей, но изменения были менее значимыми. Так средний балл по шкале Гамильтона снизился на 22,4 %, а по шкале Монтгомери-Асберга — на 21,5 %.

По окончании курса лечения положительная динамика также касалась как субъективной оценки степени утомления, так и его конкретных проявлений, снизилось число пациентов, отмечавших «сильную» и «среднюю» степень утомления. Исчезают проявления невротических и вегетативных расстройств, нормализовался сон.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии битемпоральной магнитотерапии и дарсонвализации воротниковой зоны на выраженность симптомов депрессии и тревоги, улучшение неврологического статуса больных после ЗЧМТ. Выявлено, что битемпоральное воздействие магнитным полем оказывает более выраженное положительное влияние на симптомы тревоги, а дарсонвализация — на симптомы депрессии.

Учитывая, что в основе психогений лежит типовой процесс — дисневротический синдром, который в зависимости от состояния ВНС проявляется либо активацией возбуждения, либо, напротив, усилением торможения, для назначения того или иного вида реабилитационных мероприятий необходимо в первую очередь определить вегетативный тонус пациента. С этой целью необходимо проводить тест, устанавливающий форму психогении и дисневротического синдрома (с доминирующим возбуждением ЦНС на фоне симпатотонии с чувством паники, тревоги, или, напротив, преобладанием тормозных процессов в ЦНС с ваготонией, депрессией). Выявление с помощью этого теста формы психогении (депрессивной или истерической) определяет дифференцированную седативную или тонизирующую тактику лечения.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности методов физиотерапевтической реабилитации в лечении последствий ЧМТ у пострадавших вследствие боевых действий. Отбор пациентов на тот или другой метод лечения должен осуществляться с учетом исходного состояния вегетативной нервной системы больного, ее баланса. Пациентам с чувством паники, тревоги на фоне симпатотонии показаны седативные методы (например, битемпоральная магнитотерапия). Напротив, депрессивные проявления на фоне парасимпатикотонии требуют назначения тонизирующих методик лечения (например, дарсонвализация воротниковой зоны).

A. Lykov, E. Povazhnaya, I. Tereschenko, I. Peklun, I. Zubenko, L. Lykova

THE METHODS OF PHYSIOTHERAPY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL INJURY CAUSED BY THE MILITARY ACTIVITIES

Abstract. *Physiotherapy plays an important role in the rehabilitation of the patients with craniocerebral injury caused by the military activities. The influence of the physical agents should be differentiated and should be adjusted on the correction of the excitation and inhibition processes in the central nervous system in these patients. Sedative agents are shown in craniocerebral injury patients with a predominance of excitation processes, such as magneto therapy. Stimulating methods of adaptation therapy should be used in patients with depression and inhibition processes at central nervous system, for example darsonvalization.*

Keywords: *craniocerebral injury, rehabilitation, physiotherapy.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров В.В., Дроздова Е.А. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой // Неврология, 2013. Выпуск № 4. – С. 15–23
3. <http://cyberleninka.ru/journal/n/nevrologiya-neyropsihiatriya-psihsomatika>
4. <http://cyberleninka.ru/journal/n/nevrologiya-neyropsihiatriya-psihsomatika>"психосоматика
5. Привалова Н.Н. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций у больных с сотрясением головного мозга: Автореф. дис. канд. мед. наук. М, 2001. – 25 с.
6. Розин А.И., Горганеева Н.П., Счастный Е.Д., Репин А.Н. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // Сибирский медицинский журнал. 2010, Выпуск № 3–1, том 25. – С. 12–15

УДК 616-089.168.1-089.5-036.4-06

Н.Н. Смирнова ¹, Г.А. Городник ¹, Е.В. Онищенко ²

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ И PRE-EMPTIVE АНЕСТЕЗИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького ¹
КЛПУ «Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение» ²

Реферат. В статье обсуждается проблема адекватности послеоперационного обезболивания при оперативных вмешательствах большой и огнестрельных ранения брюшной полости. На собственном клиническом материале приводятся доказательства целесообразности использования мультимодального и превентивного подходов к периоперационному обезболиванию. Делается акцент на необходимости поиска путей дальнейшей оптимизации послеоперационного обезболивания.

Ключевые слова: послеоперационная боль, оценка боли, схемы обезболивания, оперативные вмешательства большой, огнестрельные ранения

Актуальность. Послеоперационная боль продолжает оставаться актуальной проблемой и в XXI веке как в нашей стране, так и за рубежом. Хорошее купирование болевого синдрома после травмы или оперативного вмешательства позволяет не только облегчить страдания пациента, но также способствует его быстрой активизации и достижению максимально быстрых и хороших результатов лечения.

Приведенные в литературе данные интенсивности послеоперационного болевого синдрома колеблются в достаточном широком диапазоне — от выраженной боли в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75 % пациентов в зависимости от тяжести травмы и принятых схем обезболивания [1, 2, 3, 4].

Практически все системы организма испытывают на себе негативное влияние послеоперационного болевого синдрома. Формирование многокомпонентного болевого ощущения обеспечивается многоуровневой ноцицептивной системой, включающей сеть периферических ноцицепторов и центральных нейронов, расположенных в различных структурах ЦНС и реагирующих на повреждающее воздействие [5, 6]. В настоящее время ведущее значение занимают упреждающий (pre-emptive) и мультимодальный подходы к периоперационному обезболиванию, которые предусматривают раннее начало и одновременное воздействие на различные уровни формирования боли. Разработка вышеуказанных методов ведется постоянно [7, 8]. В эксперименте обоснованы и патофизиологические механизмы мультимодальной анестезии [9]. Однако существуют литературные данные, ставящие под сомнение эффективность данного подхода. Quinn H. Hogan, в частности, указывает на расхож-

дения экспериментальных и клинических данных, принимая во внимание существенные отличия в патофизиологии и нейрофармакологии боли у животных и человека [10]. Подбор сопоставимых групп для исследования боли среди пациентов клиники достаточно сложен, учитывая необходимость сознательного уменьшения интенсивности обезболивания, что формирует обширное пространство для возможности подвергать сомнению данный метод. Боевые действия на юго-востоке Украины в 2014–2015 гг. сформировали группу пациентов с огнестрельными ранениями различной локализации и тяжести, у которых обезболивание в силу обстоятельств (доставка неспециализированными бригадами, самообращение, запаздывание медицинской помощи в связи с продолжающимися обстрелами и невозможностью приблизиться к пострадавшему, нахождение под завалами) было существенно отсрочено в сравнении даже с urgentными операциями «мирного» времени. Это позволило провести оценку качества обезболивания в сравнении с плановыми операциями, которые продолжали также выполняться.

Цель исследования. Изучить интенсивность послеоперационного болевого синдрома при оперативных вмешательствах по поводу огнестрельных ранений органов брюшной полости и плановых операциях в условиях многопрофильной хирургической клиники.

Материалы и методы. Для оценки интенсивности послеоперационного болевого синдрома использована визуально-аналоговая шкала интенсивности боли (ВАШ) (рис. 1), по которой с помощью специальной линейки с бегунком пациентам предлагалось оценить болевые ощущения в различное время.

Условно болевые ощущения от 1 до 2,9 баллов расценивались как легкие, от 3 до 4,9 — умерен-

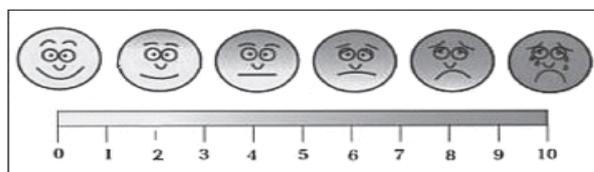


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли

Таблица 1. Различия интенсивности болевого синдрома по ВАШ при использовании комбинации дексетопрофен+промедол в сравнении моноанестезией промедолом при операциях большой травматичности

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0–24	24–48	49–72
2.1 и 2.2	kS	–	1,26	1,03
	pkS	–	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05

ные, от 5 до 6,9 — средние, от 7 до 8,9 — сильные, 9 до 10 сильные нестерпимые.

Наблюдение продолжалось от 0 часов до 72 часов послеоперационного периода включительных интервалах: 0–24 часов; 25–48 часов; 49–72 часов.

Оценка интенсивности послеоперационного болевого проводилась у пациентов двух группах: группа 1 (n = 23) — оперативные вмешательства при огнестрельных ранениях брюшной полости и забрюшинного пространства и группе 2 (n = 82) — плановые операции большой травматичности на органах брюшной полости.

У всех больных использовалась общая анестезия с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). С целью премедикации за 30–40 мин до операции больные получали ингибитор протонной помпы (пантопризол 40 мг внутривенно). Премедикация на операционном столе осуществлялась с помощью м-холиноблокатора (атропин в дозе 0,01–0,02 мг/кг), бензодиазепинового транквилизатора (диазепам 0,2–0,5 мг/кг внутривенно), опиоидов (фентанил 0,5–1,5 мкг/кг), орошения задней стенки глотки 10 % раствором лидокаина. Для индукции использовали тиопентал натрия в дозе 5–6 мг/кг. Интубация трахеи осуществлялась после введения сукцинилхолина в дозе 1–1,5 мг/кг. Для поддержания наркоза использовали низкопоточную анестезию севофлюраном (1,5–1,8 % МАК) с FiO₂ 95–100 %. ИВЛ проводилась в режиме нормовентиляции. Для поддержания релаксации применяли пипекурония бромид 0,02–0,05 мг/кг. Анестезия поддерживалась фракционным введением фентанила (1–3 мкг/кг каждые 20–30 минут). 59 пациентам второй группы до начала оперативного пособия выполнялась пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне Th6-Th9, и анестезия дополнялась постоянным введением ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 6–14 мл/час. 12 пациентам первой группы выполнялась пункция и катетеризация эпидурального пространства в течение вторых суток послеоперационного периода, поскольку до начала ургентного оперативного вмешательства установка эпидурального катетера была затруднительна из-за возбужденного состояния раненных, значительной кровопотери.

В послеоперационном периоде пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от различных схем обезболивания:

1. пациенты без эпидурального катетера, получавшие:

- тримеперидин по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов (группа 2.1, n=9; группа 1.1, n=3);
- тримеперидин по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов совместно с декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 2.2, n = 14; группа 1.1, n = 5).

2. пациенты с установленным эпидуральным катетером, получавшие:

- постоянную инфузию ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3–12 мл/час со-

вместно с тримеперидином по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов (группа 2.3, n = 21; группа 1.3, n = 2).

- постоянную инфузию ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3–12 мл/час совместно с тримеперидином по 20 мг внутримышечно каждые 6 часов и декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 2.4, n = 25; группа 1.4, n = 2).

- постоянную инфузию ропивакаина (концентрация 2 мг/мл) со скоростью 3–12 мл/час совместно с декскетопрофеном 50 мг каждые 8 часов (группа 2.5, n = 12). В группе с огнестрельными ранениями данная схема не использовалась в виду необходимости дополнительного обеспечения психоэмоционального комфорта в послеоперационном периоде, которое достигалось путем введения, в том числе, наркотических анальгетиков.

Скорость инфузии ропивакаина подбиралась индивидуально в зависимости от интенсивности боли и уровня артериального давления (допускалось снижение АД не более 20–25 % от исходного).

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере с помощью пакетов лицензионных программ «Microsoft Excel 2007», «Statistica 10». Оценивали средние значения (M), их погрешность (m), t-критерий Стьюдента (kS), достоверность разницы показателей (pkS).

Результаты и их обсуждение. В группе с огнестрельными ранениями при использовании комбинации декскетопрофен+тримеперидин в сравнении моноанестезией тримеперидином не выявлена достоверная разница во всех изучаемых временных интервалах (p ≤ 0,05).

В группе плановых операций большой травматичности при комбинации наркотического анальгетика и НПВП в сравнении с использованием только наркотического анальгетика статистически недостоверное уменьшение боли выявлено в период от 25 до 48 часов (6,3 ± 0,33 и 6,8 ± 0,22 баллов по ВАШ, p ≤ 0,05) и 49–72 часов (4,9 ± 0,28 и 5,3 ± 0,27 баллов по ВАШ, p ≤ 0,05); в период от 0 до 24 часов пациенты испытывали болевые ощущения одинаковой интенсивности (8,4 ± 0,39 и 8,5 ± 0,41 баллов по ВАШ) (табл. 1).

Использование эпидуральной анестезии как компонента обезболивания во время оперативного вмешательства с последующей продленной анестезией в послеоперационном периоде достоверно (p ≤ 0,05) уменьшало интенсивность болевого синдрома в сравнении с группами без эпидуральной анестезии во всех интервалах послеоперационного периода: от 8,45 ± 0,41 до 6,65 ± 0,33 и от 6,7 ± 0,32 до 5,2 ± 0,29 баллов по ВАШ соответственно в группе с огнестрельными ранениями; от 7,45 ± 0,3 до 5,1 ± 0,29 и от 5,3 ± 0,32 до 4,2 ± 0,27 баллов в группе плановых операций. Исключением (уменьшение статистически недостоверно — 7,65 ± 0,39 и 6,7 ± 0,32 баллов по ВАШ, p ≤ 0,05) явился пери-

Таблица 2. Различия интенсивности болевого синдрома по ВАШ в группах без эпидуральной анестезии и с эпидуральной анестезией

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0–24	24–48	49–72
2А и 2В	kS	4,9	3,89	2,27
	pkS	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$
	kS	не сопоставимы из-за отсутствия эпидурального катетера в группе 1В	1,88	3,3
1А и 2В	pkS		$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$

од с 25 до 48 часов послеоперационного периода в группе пострадавших с огнестрельными ранениями. Мы связываем недостаточную эффективность эпидуральной анальгезии с более поздним началом этого варианта обезболивания. В дальнейшем, в период с 49 до 72 часов, разница в болевых ощущениях ($6,65 \pm 0,33$ и $5,2 \pm 0,29$ баллов по ВАШ соответственно, $p \leq 0,05$) между указанными группами становится достоверной (табл. 2).

В группах с использованием эпидуральной анестезии при плановых операциях большой травматичности (группа 2В) и при оперативных вмешательствах, связанных с огнестрельными ранениями (группа 1В), оценка интенсивности болевого синдрома выявила достоверно ($p \leq 0,05$) меньшую интенсивность боли группе 2В (от $4,0 \pm 0,27$ до $5,3 \pm 0,34$ и от $5,1 \pm 0,27$ до $6,8 \pm 0,28$ баллов по ВАШ соответственно). Также выявлено достоверно более длительное сохранение интенсивных болевых ощущений: в период от 49 до 72 часов от окончания оперативного вмешательства в группах 2В-1В показатель боли по ВАШ составил в среднем $4,7 \pm 0,29$ и $5,2 \pm 0,27$, соответственно (табл. 3).

Нами также были изучена потребность в дополнительных дозах нестероидных противовоспалительных препаратов из-за выраженного болевого синдрома. За дополнительную потребность мы принимали более чем двукратное введение препаратов указанной группы сверх назначенного плана обезболивания в течение 72 часов после оперативного вмешательства. Результаты представлены на рисунке 2.

Внеплановое обезболивание НПВП было необходимо чаще при эпидуральной анестезии, нача-

той в послеоперационном периоде, по сравнению с началом обезболивания до операции, при близком по травматичности хирургическом вмешательстве (группы 2В – 1В; $p \leq 0,05$), что может свидетельствовать о начале формирования центральной сенситизации.

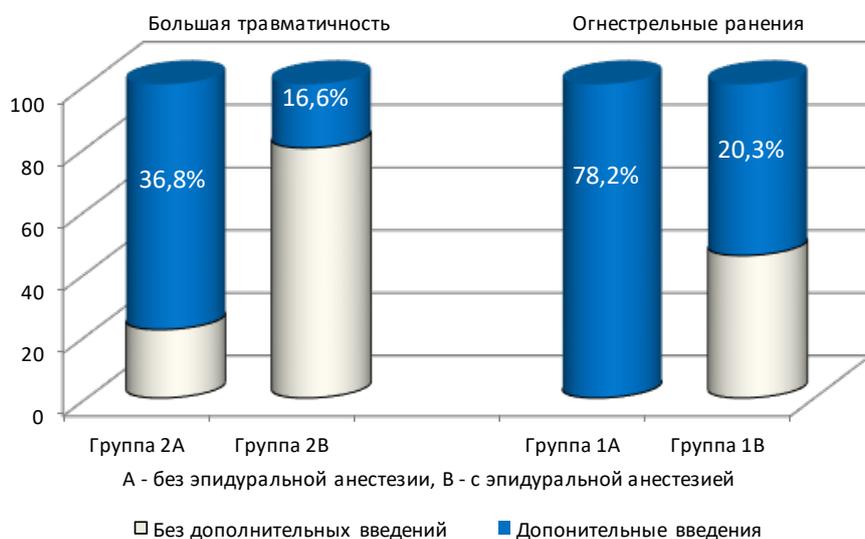


Рис. 2. Потребность в дополнительных дозах НПВП в изучаемых группах пациентов

Выводы. Начало эпидуральной анестезии после травмы менее эффективно — длительность сохранения послеоперационной боли увеличивается в сравнении с использованием эпидурального обезболивания как составной части мультимодальной анестезии во время оперативного пособия с последующим продолжением в послеоперационном периоде, что может быть объяснено запуском механизмов центральной сенситизации.

При оперативных вмешательствах большой травматичности средний показатель интенсивности болевого синдрома по ВАШ в группах без использования продленной эпидуральной анестезии находится в диапазоне сильных болевых ощущение-

Таблица 3. Различия интенсивности и длительности болевого синдрома по ВАШ в группах при плановых операциях большой травматичности и при оперативных вмешательствах, связанных с огнестрельными ранениями

Группы сравнения	Статистические показатели	Интервалы после оперативного вмешательства, часы		
		0–24	24–48	49–72
ВАШ _{ср} * 2В	kS	не сопоставимы из-за отсутствия эпидурального катетера в группе 3В	4,15	2,52
и ВАШ _{ср} 1В	pkS		$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$

Примечание. * ВАШ_{ср} — среднее значение интенсивности болевого синдрома в группе

ний; при эпидуральной анестезии — в диапазоне болевых ощущений средней интенсивности, что позволяет рекомендовать данный компонент как обязательный (при отсутствии противопоказаний) у пациентов, которые подвергаются обширным оперативным вмешательствам.

3. Значительный удельный вес дополнительно обезболивания во всех изученных группах вызывает необходимость поиска путей дальнейшей оптимизации послеоперационного обезболивания, в частности, применения превентивной анестезии.

G.A. Gorodnik 1, N.N. Smirnova 1, E.V. Onishchenko 2

MULTIMODAL AND PRE-EMPTIVE ANESTHESIA IN OPTIMIZATION OF PERIOPERATIVE ANALGESIA

Summary. *The article discusses the problem of the adequacy of postoperative analgesia in surgical interventions large and gunshot wounds of the abdomen. In our own clinical material proofs of the feasibility of using a multimodal and proactive approach to perioperative analgesia. It emphasizes the need to find ways to further optimize postoperative analgesia.*

Keywords: *post-operative pain, pain assessment, pain relief scheme, surgery large trauma, gunshot wounds*

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов А.Ю. Ноцицептивные реакции и цитокиновый профиль в структурах головного мозга крыс на фоне антигенной стимуляции / А.Ю. Козлов, А.Ю. Абрамова, Е.В. Никенина, В.В. Цатрян // Российский журнал боли. 2013. № 1 (36). – С. 11-12

2. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома. Патогенетические основы и клиническое применение: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — М., 2000. — 42 с.
3. Овечкин А.М. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы / А.М. Овечкин, С.В. Свиридов // Медицина неотложных состояний. 2011, № 6 (37) – С. 5-9
4. Carr D. Acute pain / D.Carr, L. Goudas // Lancet. 1999. V. 353. – P. 2051–2058
5. Chauvin M. Postoperative patient management. Pain after surgical intervention / M. Chauvin // Presse Med. 1999. V. 28. – P. 203–211
6. Harmer M. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services / M. Harmer, K. Davies // Anaesthesia. 1998. V.53. – P. 424–430
7. Neugebauer E. Recommendations and guidelines for perioperative pain therapy in Germany / E. Neugebauer, H. Wulf // Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1998. V. 115. – P. 666–671
8. Campiglia L. Pre-emptive analgesia for postoperative pain control: a review / L. Campiglia, G. Consales, A.R. De Gaudio // Clin. Drug Investig. 2010. Suppl 2. – P. 15–26
9. Vadivelu N. Preventive analgesia for postoperative pain control: a broader concept. / N. Vadivelu, S. Mitra, E. Schermer, V. Kodumudi, A.D. Kaye, R.D. Urman // Local Reg Anesth. 2014. Vol. 7. – P. 17–22
10. Hogan Q.H. No preemptive analgesia: is that so bad. / Hogan Q.H. //Anesthesiology. 2002, № 96 (3). – P. 526-537

ПЕДИАТРИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

УДК 616.839+612.821.2/.3+159.922:303.6

А.В. Дубовая^{1,2}, Е.В. Пшеничная¹, Е.В. Бордюгова¹, В.Г. Конов², Н.А. Тонких¹

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА, ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹,
Институт неотложной и восстановительной медицины им. В.К. Гусака, г. Донецк²

Реферат. В статье описаны проявления психовегетативного синдрома у 119 детей (65 девочек и 54 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет с различными соматическими заболеваниями, проживающих в условиях военного конфликта. Представлены результаты использования бициклического производного мочевины (мебикар) и γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорида (фенибут) в комплексном лечении пациентов. Дополнение комплексного лечения детей с психовегетативным синдромом 21-дневным курсом обсуждаемых препаратов повысило его эффективность, что подтверждалось более быстрой и выраженной положительной динамикой показателей психоэмоционального и вегетативного статуса, прежде всего, уменьшением степени тревожности, конфликтности, уровня хронического стрессового состояния, уменьшением симпатического влияния вегетативной нервной системы на деятельность сердца. При наличии у ребенка с психовегетативным синдромом повышенной тревожности и диссомнии патогенетически более обосновано включение в комплекс лечения мебикара. При сочетании повышенной тревожности с депрессивным и астеническим синдромом предпочтительнее использовать фенибут.

Ключевые слова: дети, психовегетативный синдром, мебикар, фенибут

Актуальность. Стресс, который по определению Н. Selye (1936) является «органическим, физиологическим, нервно-психическим расстройством, а именно нарушением обмена веществ, вызванным раздражающими факторами» [16], в настоящее время сопровождает каждый день жизни жителей Донбасса. Хронический стресс в условиях боевых действий (постоянная угроза для жизни, ранения и смерть родных и близких, необходимость смены места жительства и т.д.) приводит к истощению компенсаторных возможностей головного мозга и развитию состояния «предболезни», в формировании которого существенная роль отводится дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса, где локализуются психические и вегетативные центры. Клинически это проявляется дезинтеграционным психовегетативным синдромом (ПВС) [3]. При этом имеет значение не столько сила, частота и длительность стрессорного фактора, сколько индивидуальная реакция на него ребёнка [9, 10, 12, 17].

Термин «психовегетативный синдром» в середине XX века предложил немецкий исследователь W.Thiele для обозначения дисбаланса вегетативной регуляции деятельности внутренних органов, возникающего в ответ на психогенный стресс [3].

Несмотря на то, что ПВС не является самостоятельной нозологической единицей, большинство врачей используют этот термин в своей практике для синдромального описания психогеннообусловленных полисистемных вегетативных изменений [1, 6]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, даже в мирное время до 80 % пациентов с различной соматической патологией имеют ПВС [1]. Психовегетативный синдром характеризуется избыточным реагированием на стресс, что проявляется соматовегетативными симптомами (кардиалгия, абдоминалгия, цефалгия, цисталгия, головокружение, длительная и «необъяснимая» гипертермия, одышка, чувство неполноты вдоха, «ком» в горле, тошнота, энурез и др.) и эмоциональными нарушениями (повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, обидчивость, раздражительность, запинки в речи, нарушения сна и др.) [3]. С указанными жалобами пациенты могут обращаться за медицинской помощью к педиатру, терапевту, семейному врачу, кардиологу, гастроэнтерологу, пульмонологу, неврологу, что делает проблему ПВС междисциплинарной, определяет актуальность раннего выявления ПВС и эффективного устранения имеющихся изменений с использованием патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных мероприятий [6, 9, 10, 12, 15].

Дисбаланс вегетативной нервной системы (ВНС) в ответ на стресс состоит в повышении активности симпатического и угнетении парасимпатического отдела ВНС [5]. Активация симпатoadреналовой системы приводит к изменению функционирования нейромедиаторных систем головного мозга, в частности, к ослаблению ГАМК-эргических процессов [4]. Именно гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) является основным тормозным нейромедиатором центральной нервной системы, играет существенную роль в углеводном и аминокислотном обмене в головном мозге, способствует нормализации метаболических процессов в нервной системе [2]. При активации ГАМК-системы наблюдается угнетение симпатической активности ВНС, поэтому в поиске путей коррекции ПВС у детей, проживающих в условиях локального военного конфликта, наше внимание было обращено на препараты, влияющие на ГАМК-эргическую передачу — бициклическое производное мочевины (мебикар) и γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут). Активно проникая через

гематоэнцефалический барьер, мебекар воздействует на различные структурно-функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы [2]. Среди основных нейромедиаторных эффектов мебекара — его центральное ГАМК-эргическое, серотонинэргическое и менее выраженное холинэргическое действие на фоне значительной адренолитической активности. Описана умеренная транквилизирующая активность препарата, способность устранять тревогу, страх, внутреннее эмоциональное беспокойство и раздражительность [4]. Фенибут является производным ГАМК и фенилэтиламина. Указанное определяет его центральное ГАМК-эргическое действие: активно проникая через гематоэнцефалический барьер, фенибут стимулирует ГАМК-В-рецепторы (медленные тормозные рецепторы) нейронов, преимущественно коры головного мозга, гипоталамуса и лимбико-ретикулярного комплекса, усиливая процессы торможения [4]. Активация ГАМК-эргических процессов в коре головного мозга обуславливает ноотропный, антигипоксический и антиамнестический эффект препарата [14]. Воздействием на нейроны гипоталамуса, координирующего деятельность ВНС, объясняется вегетостабилизирующее действие фенибута [2]. Описан его транквилизирующий эффект, обусловленный влиянием на лимбико-ретикулярный комплекс [4, 13]. β -фенилэтиламин способствует высвобождению и торможению обратного захвата дофамина, что определяет антиастеническое действие препарата [2].

Изучение проявлений психовегетативного синдрома у детей с различной соматической патологией, проживающих в условиях военного конфликта, анализ эффективности бициклического производного мочевины (мебекар) и γ -амино- β -фенилмасляной кислоты гидрохлорида (фенибут) в коррекции ПВС, клинической безопасности препаратов стало целью настоящей работы.

Материалы и методы. Обследованы 119 детей (65 девочек и 54 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет с психовегетативным синдромом и различной соматической патологией (нарушения ритма сердца, первичная и вторичная артериальная гипертензия, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма), которые находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии, кардиохирургии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ), а также наблюдались в консультативной поликлинике ИНВХ в 2014–2015 году.

Комплекс проведенного обследования включал сбор и анализ жалоб по специально разработанному опроснику; объективный осмотр с измерением артериального давления (АД); стандартную электрокардиографию (ЭКГ); 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД (СМАД), оценку вариабельности ритма сердца (ВРС). Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили комплексно на основании данных ВРС, опросника В. В. Седнева [11] с анализом по шкале «вегетативные расстройства», цветового теста Люшера (ЦТЛ) с расчетом коэффициента хронического стрессового состояния по Г. А. Аменеву [8]. Вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности

оценивали по ВРС с расчётом показателей временного и спектрального анализа 256 кардиоциклов (около 5 минут) в соответствии с рекомендациями Комитета экспертов Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии [15]. Временной анализ ВРС включал следующие показатели: SDNN (мс) — стандартное отклонение всех анализируемых RR интервалов; SDNNi (мс) — среднее значение стандартных отклонений за 5-минутные периоды; RMSSD (мс) — квадратный корень суммы разностей последовательных RR интервалов; pNN 50 % — процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50мс. Увеличение величин временных показателей ВРС расценивали как усиление парасимпатического влияния, снижение — как активацию симпатического. При спектральном анализе ВРС оценивали следующие компоненты: высокочастотный (high frequency — HF) — волны от 0,15 до 0,40 Гц (показатель мощности парасимпатического звена регуляции); низкочастотный (low frequency — LF) — волны 0,04–0,15 Гц (показатель мощности симпатического звена регуляции); очень низкий (very low frequency — VLF) — волны 0,0033–0,04 Гц (показатель мощности гуморального звена регуляции). Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В. В. Седнева [11] и ЦТЛ [8]. Для оценки качества жизни детей использовали специальный опросник «Качество жизни детей, больных вегетативной дисфункцией» по Н. В. Хайтовичу [13].

Комплекс лечения пациентов включал: лечебно-охранительный режим с достаточной продолжительностью ночного сна и обязательным дневным отдыхом; обогащение рациона питания продуктами, богатыми калием, кальцием и магнием; лечение соматического заболевания согласно клиническим протоколам; групповой психотренинг [9] с ежедневными сеансами в течение 2 недель; массаж головы и воротниковой зоны ежедневно в течение 10 дней или точечный самомассаж в домашних условиях; контрастный душ с последующим растиранием махровым полотенцем; электрофорез с 6 % раствором NaBr на воротниковую зону в течение 10 дней; витаминно-минеральный препарат (согласно инструкции по применению препарата).

Методом случайного отбора дети были разделены на три группы, однородные по соматической патологии. Группу «Комплексное лечение» составили 35 детей (19 девочек и 16 мальчиков); группу «Комплексное лечение + мебекар» — 47 детей (24 девочки и 23 мальчика), комплекс лечения которых был дополнен мебекаром; группу «Комплексное лечение + фенибут» — 37 детей (22 девочки и 15 мальчиков), комплекс лечения которых был дополнен фенибутом. Курс лечения во всех группах составил 21 день. Препараты пациенты принимали согласно инструкции по применению.

Критерии эффективности включали динамику жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса исходно и после окончания 21-дневного курса лечения. Качество жизни детей оценивали исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения.

Переносимость препарата оценивал врач по следующей шкале: «хорошая», «удовлетворитель-

ная», «неудовлетворительная»; безопасность лечения — путем регистрации нежелательных явлений ежедневно в течение курсового лечения мепикаром и фенибутом. Оценка удовлетворенности результатами лечения дети и/или их родители давали, используя интегральную шкалу IMPSS.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа «MedStat».

Результаты и обсуждение. Исходный анализ жалоб детей с психоэмоциональным синдромом свидетельствовал об их наличии у 117 (98,3 ± 1,2 %) обследованных, при этом 67 (56,3 ± 4,5 %) детей предъявляли их самостоятельно, у 50 (42,0 ± 4,5 %) пациентов они были выявлены при активном опросе врача. Независимо от основного соматического заболевания, наиболее часто детей беспокоили головная боль (90 чел., 75,6 ± 3,9 %) и боль в области сердца (62 чел., 52,1 ± 4,6 %). Головокружение отмечали 59 (49,6 ± 4,6 %) чел., боль в животе — 55 (46,2 ± 4,6 %) чел., учащенное сердцебиение — 49 (41,2 ± 4,5 %) чел., повышенную потливость — 41 (34,5 ± 4,4 %) чел., чувство неполноты вдоха — 25 (21,0 ± 3,7 %) чел., тошноту — 19 (16,0 ± 3,4 %), ощущение жара — 15 (12,6 ± 3,0 %) чел., частое мочеиспускание — 6 (5,0 ± 2,0 %) чел.

Обращало внимание наличие у всех обследованных астеноневротического синдрома (повышенная утомляемость при физической нагрузке, раздражительность, обидчивость, «страхи» и др.) независимо от пола, возраста, продолжительности клинических проявлений основного заболевания. Нарушения сна в виде позднего засыпания, беспокойного, поверхностного сна, ночных пробуждений имели 41 (34,5 ± 4,4 %) чел.

По мнению детей, основными причинами снижения качества их жизни были тревога за свое здоровье и жизнь (75,6 ± 3,9 % чел.), нарушенный ночной сон (74,8 ± 4,0 % чел.), повышенная утомляемость, обидчивость, раздражительность (62,2 ± 4,4 % чел.), цефалгия (60,5 ± 4,5 % чел.), головокружение (54,6 ± 4,6 % чел.), кардиалгия (50,4 ± 4,6 % чел.), боль в животе (22,7 ± 3,8 % чел.).

На стандартной ЭКГ у 27 (22,7 ± 3,8) чел. зарегистрирована синусовая аритмия, у 25 (21,0 ± 3,7 %) чел. — синусовая тахикардия. Согласно результатам анализа 24-часового мониторирования ЭКГ, в дневное время при эмоциональных переживаниях и физических нагрузках у 37 (31,1 ± 4,2 %) обследованных констатированы эпизоды синусовой аритмии, у 32 (26,9 ± 4,1 %) пациентов — пароксизмы синусовой тахикардии; в ночное время у 15 (12,6 ± 3,0 %) детей зарегистрирована синусовая брадикардия.

При анализе показателей СМАД обращало внимание неадекватное повышение АД на эмоциональное напряжение и физическую нагрузку у 79 (66,4 ± 4,3 %) чел.

У 71 (59,7 ± 4,5 %) чел. отмечено снижение рNN50 (на 23 %) и RMSSD (на 17 %) в сравнении со здоровыми сверстниками, что свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела ВНС [2]. Подтверждением нарушения симпатико-вагального баланса у обследованных детей было статистически значимое снижение низкочастотных компонентов спектра (1175 ± 460) в сравнении со здоровыми (1652 ± 596, p < 0,05).

Динамика основных жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса детей с психоэмоциональным синдромом групп «Комплексное лечение», «Комплексное лечение + мепикар» и «Комплексное лечение + фенибут» исходно и после окончания 21-дневного курса лечения представлена в табл. 1.

Как свидетельствуют данные табл. 1, полученное комплексное лечение оказало положительный эффект на самочувствие детей трех групп с большей степенью выраженности у пациентов, получивших дополнительно обсуждаемые препараты: в сравнении с исходными данными статистически значительно уменьшилось количество детей, предъявлявших жалобы на кардиалгии, цефалгии, головокружение, боль в животе. Обращало внимание, что после окончания курса лечения во всех группах отмечалось уменьшение ощущения жара, снижение потливости, уменьшение одышки, возникающей при эмоциональных переживаниях, исчезновение «комка» в горле.

Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на показатели психоэмоционального статуса детей трех групп с большей степенью выраженности у пациентов, получивших дополнительно исследуемые препараты. Так, статистически значимо (p < 0,001) в сравнении с исходными данными уменьшились проявления тревожности у детей, комплекс лечения которых был дополнен мепикаром или фенибутом, что подтверждает транквилизирующий эффект указанных препаратов.

После окончания курса лечения статистически реже пациентов трех групп беспокоила диссомния. Степень выраженности положительного эффекта была выше у детей, комплекс лечения которых был дополнен мепикаром. Следует отметить появление у 6 (16,2 ± 6,1 %) детей младшего школьного возраста повышенной сонливости на 2-е – 3-и сутки после начала курса фенибута, в связи с чем его доза была уменьшена вдвое с последующим исчезновением указанных проявлений.

Обращало внимание, что 3-недельный курс комплексного лечения с включением мепикара не оказал статистически значимого влияния на уменьшение выраженности депрессивного и астенического синдрома у детей с ПВС. У 2 детей группы I, имевших исходно высокий уровень депрессии и астении, мепикар на 14-й день лечения был отменен ввиду нарастания выраженности депрессивного и астенического синдрома. В то же время, включение в комплекс лечения фенибута сопровождалось статистически значимым (p < 0,05) уменьшением в сравнении с исходными данными степени выраженности астении (40,5 ± 8,1 % и 18,9 ± 6,4 % соответственно) и депрессии (21,6 ± 6,8 % и 5,4 ± 2,1 % соответственно), что может быть обусловлено влиянием β-фенилэтиламина, входящего в состав препарата.

Под воздействием проведенного лечения статистически реже у пациентов трех групп наблюдались обидчивость, раздражительность, плаксивость, что сопровождалось снижением степени конфликтности по данным опросника Седнева В.В. с большей степенью выраженности у пациентов, получивших мепикар. После окончания курса лечения у пациентов трех групп статистически значимо уменьшилась степень выраженности хронического стрессового состояния.

Таблица 1. Динамика основных жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса детей с психовегетативным синдромом групп «Комплексное лечение», «Комплексное лечение + мебикар» и «Комплексное лечение + фенибут» исходно и после окончания 21-дневного курса лечения (частота встречаемости)

Показатель	До лечения (n = 119)						После лечения (n = 119)					
	Группа «Комплексное лечение + мебикар» (n = 47)		Группа «Комплексное лечение + фенибут» (n = 37)		Группа «Комплексное лечение» (n = 35)		Группа «Комплексное лечение + мебикар» (n = 47)		Группа «Комплексное лечение + фенибут» (n = 37)		Группа «Комплексное лечение» (n = 35)	
	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m	Абс.	%, M ± m
Цефалгии	36	76,6 ± 7,0	28	75,7 ± 7,1	26	74,3 ± 7,4	12	25,5 ± 7,2***	11	29,7 ± 7,5 ⁰⁰⁰	18	51,4 ± 8,4 ^{^^}
Кардиалгии	23	48,9 ± 8,2	21	56,8 ± 8,1	18	51,4 ± 8,4	6	12,8 ± 5,5**	6	16,2 ± 6,1 ^{00&}	7	20,0 ± 6,80 [^]
Головокружение	27	57,4 ± 8,1	17	45,9 ± 8,2	15	42,9 ± 8,4	7	14,9 ± 5,9***&	6	16,2 ± 6,1 ⁰	7	20,0 ± 6,80 [^]
Абдоминалгии	23	48,9 ± 8,2	15	40,5 ± 8,1	17	48,6 ± 8,4	6	12,8 ± 5,5**	7	18,9 ± 6,4 ⁰	8	22,9 ± 7,10 [^]
Уровень тревожности выше среднего	28	59,6 ± 7,2	21	56,8 ± 8,1	18	51,4 ± 8,4	7	14,9 ± 5,2***	5	13,5 ± 5,6 ⁰⁰⁰	11	31,4 ± 7,8
Диссомния	23	48,9 ± 8,2	17	45,9 ± 8,2	15	42,9 ± 8,4	6	12,8 ± 5,5**	6	16,2 ± 6,1 ⁰	7	20,0 ± 6,80 [^]
Уровень астении выше среднего	18	38,3 ± 8,0	15	40,5 ± 8,1	17	48,6 ± 8,4	10	21,3 ± 6,7	7	18,9 ± 6,4 ⁰	8	22,9 ± 7,10 [^]
Депрессия	10	21,3 ± 6,7	8	21,6 ± 6,8	7	20,0 ± 6,8	4	8,5 ± 4,6	2	5,4 ± 2,1 ⁰	2	5,7 ± 2,20
Конфликтность	27	57,4 ± 8,1	21	56,8 ± 8,1	18	51,4 ± 8,4	7	14,9 ± 5,9***&	6	16,2 ± 6,1 ^{00&}	7	20,0 ± 6,80 [^]
Уровень хронического стрессового состояния выше среднего	36	76,6 ± 7,0	28	75,7 ± 7,1	26	74,3 ± 7,4	12	25,5 ± 7,2***	11	29,7 ± 7,5 ⁰⁰⁰	18	51,4 ± 8,40 ^{^^}
Дисбаланс вегетативной регуляции	45	95,7 ± 3,3	35	94,6 ± 3,7	33	94,3 ± 3,9	21	44,7 ± 8,2***&	21	56,8 ± 8,1 ⁰⁰⁰	26	74,3 ± 7,4 [^]

Примечания: ** — различие достоверно ($p < 0,01$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + мебикар»; *** — различие достоверно ($p < 0,001$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + мебикар»; 0 — различие достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + фенибут»; 00 — различие достоверно ($p < 0,01$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + фенибут»; 000 — различие достоверно ($p < 0,001$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + фенибут»; ^ — различие достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение»; ^^ — различие достоверно ($p < 0,01$) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение»; & — различие достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с показателем после лечения в группе «Комплексное лечение».

Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на восстановление симпатико-вагального баланса у детей трех групп, статистически чаще у пациентов, получивших дополнительно мебикар (24 чел., 46,2 ± 4,6 %) или фенибут (14 чел., 37,8 ± 8,0 %), что может быть объяснено вегетостабилизирующим действием указанных препаратов. Комплексное лечение привело к повышению в сравнении с исходными данными рNN50 на 14 % и RMSSD на 12 %; у пациентов, получивших мебикар, — повышение рNN50 на 25 % и RMSSD на 23 %; у детей, получивших фенибут, — повышение рNN50 на 28 % и RMSSD на 25 %, что свидетельствовало об уменьшении симпатического влияния ВНС на деятельность сердца [1].

Согласно результатам стандартной ЭКГ и 24-часового мониторирования ЭКГ и АД, после окончания лечения у детей с психовегетативным синдромом достоверно чаще в сравнении с исходными данными регистрировалась нормальная частота сердечных сокращений и уровень АД: статистиче-

ски чаще у пациентов, получивших дополнительно фенибут (24 чел., 64,9 ± 7,8 %) или мебикар (29 чел., 61,7 ± 7,1 %) в сравнении с основной группой (14 чел., 40,0 ± 8,3 %, $p < 0,05$).

Обращало внимание улучшение качества жизни у 19 (54,3 ± 8,4 %) детей, получивших комплексное лечение, у 29 (61,7 ± 7,1 %) чел., получивших в составе комплексного лечения мебикар, у 27 (64,9 ± 7,8 %) чел., получивших в составе комплексного лечения фенибут.

Переносимость мебикара у 45 детей была оценена врачом как «хорошая», у 2 пациентов — «удовлетворительная». Анализ удовлетворенности детьми и/или родителями результатами лечения свидетельствовал, что 11 (23,4 %) чел. были «всего удовлетворены», 27 (57,4 %) чел. — «удовлетворены», 7 (14,9 %) чел. дали ответ «относительно нейтрально», 2 (4,3 %) чел. — «не удовлетворен». Переносимость фенибута у 31 ребенка была оценена врачом как «хорошая», у 6 пациентов — «удовлетворительная». Анализ удовлетворенности

детьми и/или родителями результатами лечения свидетельствовал, что 9 (24,3 %) чел. были «всецело удовлетворены», 23 (62,2 %) чел. — «удовлетворены», 4 (10,8 %) чел. дали ответ «относительно нейтрально», 1 (2,7 %) чел. — «не удовлетворен».

Таким образом, психовегетативный синдром у детей с различными соматическими заболеваниями, проживающих в условиях локального военного конфликта, характеризовался соматовегетативными симптомами и изменениями психоэмоционального статуса (повышенная тревожность, нарушения сна, депрессия, астения, высокий уровень хронического стрессового состояния и др.), снижающими качество жизни пациентов. У всех обследованных выявлено нарушение симпатико-вагального баланса с повышением активности симпатического отдела ВНС у 59,7 % обследованных. Дополнение комплексного лечения детей с психовегетативным синдромом 21-дневным курсом мепикара и фенибута повысило его эффективность, что подтверждалось более быстрой и выраженной положительной динамикой показателей психоэмоционального и вегетативного статуса, прежде всего, уменьшением степени тревожности, конфликтности, уровня хронического стрессового состояния, уменьшением симпатического влияния ВНС на деятельность сердца. При наличии у ребенка с психовегетативным синдромом повышенной тревожности и диссомнии патогенетически более обосновано включение в комплекс лечения мепикара. При сочетании повышенной тревожности с депрессивным и астеническим синдромом предпочтительнее использовать фенибут.

G.V. Dubova, Ye.V. Pshenichnaya, Ye.V. Bordyugova, V.G. Konov, N.A. Tonkyh

PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IN CHILDREN IN MILITARY CONFLICTS, WAYS OF ITS CORRECTION

Abstract. The manifestations of psychovegetative syndrome in 119 children (65 girls and 54 boys) aged from 7 till 16 years with a variety of medical conditions are presented. The results of the use of bicyclic derivative of urea (Mebicar) and γ -amino- β -phenylbutyric acid hydrochloride (Phenibut) in the complex of treatment of patients are discussed. Addition of complex treatment of children with psychovegetative syndrome 21-days course of study drugs increased its efficiency, as evidenced by a more rapid and pronounced positive dynamics of indicators of emotional and vegetative status, above all, the degree of reduction of anxiety, conflict, the level of chronic state of stress, decreased sympathetic influence activity of the heart. In the presence in children with psychovegetative syndrome increased anxiety and sleep disorders more justified inclusion in the complex treatment of Mebicar. When combined with increased anxiety and depressive asthenic syndrome is preferable to use Phenibut.

Key words: children, psychovegetative syndrome, Mebicar, Phenibut

ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматиче-

ской практике / Е.С. Акарачкова // Лечащий врач. 2010, № 10. – С. 5 – 8

2. Бурчинський С.Г. Сучасні підходи до фармакотерапії нейроциркуляторної дистонії / С.Г. Бурчинський // Ліки. 2005, № 1–2. – С. 1–4
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. проф. Вейна А.М. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
4. Громов Л.А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л.А. Громов, Е.Т. Дудко // Вісник фармакології та фармації. 2003, № 10. – С. 11 – 17
5. Заваденко Н.Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский // Педиатрия, 2012. Т. 91, № 2. – С. 1–9
6. Котова О.В. Возможности лечения психовегетативного синдрома / О.В. Котова // Трудный пациент. 2011. Т. 9, № 12. – С. 31–34
7. Леженко Г.О. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика / Г.О. Леженко, О.Є. Пашкова // Дитячий лікар. 2011, № 4. – С. 20–32
8. Максименко Ю.Б. Цветовая символика в экспериментально-психологических исследованиях: Учебное пособие. Донецк: «Эра Психологии», 2004. – 72 с.
9. Нагорна Н.В. Немедикаментозна терапія і профілактика вегето-судинної дисфункції у дітей та підлітків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.10 «Педіатрія» / Н.В. Нагорна. – К., 2001. – 37 с.
10. Эффективность ноофена в коррекции нарушений психоэмоционального статуса у детей с вегето-сосудистой дисфункцией / Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова и др. // Современная педиатрия. 2012, №7 (47). – С. 47 – 51
11. Седнев В.В. Детский опросник невротизма (ДОН) (методические указания) / В.В. Седнев, З.Г. Збарский, А.К. Бурцев. Донецк. 1997. – 8 с.
12. Симпатико-вагальный баланс у детей с вегето-сосудистой дисфункцией и возможность его коррекции / Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Пшеничная Е.В. и др. // Современная педиатрия. – 2013. – № 5 (53). – С. 140–146.
13. Хайтович М.В. Нейропсихосоматичні співвідношення у дітей з вегетативними дисфункціями / М.В. Хайтович // Педіатрія, акушерство та гінекологія. 1999, № 4. – С. 84–85.
14. Щекина Е.Г. Особенности ноотропной терапии / Е.Г. Щекина // Провизор. 2008. № 2. – С. 6–9
15. Эффективность ноофена в улучшении качества жизни детей с вегето-сосудистой дисфункцией / Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В. и др. // Современная педиатрия. – 2013. – № 2 (50). – С. 49–54.
16. Guidelines for implantation of cardiac pacemaker and antiarrhythmia devices. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association. Task force on Assessment of diagnostic therapeutic cardiovascular procedures (Committee of Pacemaker Implantation) // J. Am. Coll. Cardiol. – 1998.–Vol. 31 (5). – P. 1175–1209
17. Uzark K. Parenting stress and children with heart disease / K. Uzark, K. Jones // J. Pediatr. Health Care. 2003. Vol. 17 (4) – P. 163–168

УДК 616-053.3-085:355.1

Г.Л. Линчевский, О.К. Головки

О ПУТЯХ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В сложившейся социально-экономической ситуации на территории Донбасса в связи с нарушенной структурой эффективной регионализации неонатальной службы обострились проблемы оказания неотложной помощи новорожденным. В статье на основании результатов материнского (соматического, акушерского и инфекционного) анамнеза и историй болезни их новорожденных детей, прошедших через профильные отделения лечебных учреждений третьего уровня, авторами разработана и предложена лечебным учреждениям первого и второго уровня регионализации программа расширенной оптимизации знаний и навыков по первичной реанимации новорожденных с акцентом на стабилизацию состояния новорожденных и подготовку их к дальнейшей транспортировке. Оценка результатов внедрения данных разработанных учебных программ в практику охраны здоровья новорожденных свидетельствует о существенном влиянии их на показатели неонатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: первичная реанимация новорожденных, предтранспортивная подготовка, стабилизация состояния, безопасная транспортировка детей.

Актуальность. В сложившейся социально-экономической ситуации на территории Донбасса обострились проблемы оказания неотложной помощи новорожденным как в родильных домах и отделениях, так и в отделениях патологии новорожденных, на этапах эвакуации в отделения высшего уровня.

Нарушенная структура эффективной регионализации возлагает повышенную ответственность за оказание своевременной специализированной помощи новорожденным на местах, организацию и проведение предтранспортивной подготовки и безопасной транспортировки детей. Учитывая сложившуюся ситуацию на местах (увеличение количества новорожденных высокого перинатального риска), становится очевидным, что оказание перинатальной помощи невозможно без эффективной системы транспортировки. Это может быть связано с проблемами госпитализации или транспортировки рожениц и родильниц из-за высокого риска осложнений беременности или родов, возникновением у новорожденных проблем, которые невозможно предусмотреть до рождения.

В связи с этим увеличилось число запросов в адрес Донецкого регионального учебно-методического центра Первичной реанимации новорожденных (ДРУМЦ ПРН) [1] на возникшую необходимость проведения занятий с целью повышения уровня современных знаний, овладения практическими навыками первичной реанимации и интенсивной терапии, предтранспортивной подготовки и транспортировки новорожденных в лечебных учреждениях первого и второго уровня регионализации (в родильных домах и детских отделениях местных больниц) в свете предложений и рекомендаций

Международного согласительного Комитета по вопросам реанимации (ILCOR).

В 2010 году Международный согласительный Комитет по вопросам первичной реанимации новорожденных [3] опубликовал новые рекомендации, основные принципы которых касаются, в отличие от предыдущих рекомендаций 2005 года [2], не только первых минут после рождения, а и использование их на протяжении всего постнатального периода, если ребенок требует реанимационной помощи по каким-либо причинам.

Учитывая вышесказанное, ДРУМЦ ПРН совместно с сотрудниками кафедры неонатологии УНИПО, а в дальнейшем — кафедры педиатрии и неонатологии ФИПО ДонНМУ, разработали и предложили лечебным учреждениям первого и второго уровня регионализации программу расширенной оптимизации знаний и навыков по ПРН с акцентом на подготовку детей к дальнейшей транспортировке. Начиная со второго триместра 2014 года по настоящее время, сотрудниками ДРНМЦ ПРН были проведены выездные циклы повышения квалификации по указанной программе в г. Донецке (ЦГКБ № 3 и № 6), Макеевке, Мариуполе, Славянске для врачей-неонатологов, акушеров-гинекологов, реаниматологов, акушеров и медицинских сестер профильных отделений. За истекшее время подготовлено и проаттестовано 193 сотрудника лечебных учреждений.

Все материалы, подготовленные по указанным вопросам, базируются на выводах систематических обзоров, мета-анализов, результатах отдельных контролируемых рандомизированных исследований и других надежных клинических и экспериментальных исследований эффективности и безопасности оказания интенсивной и неотложной помощи новорожденным [4].

Представленные рекомендации преимущественно не касаются какой-то специфической нозологической формы, а описывают начало реанимации и послереанимационную помощь новорожденному ребенку независимо от причины, которая определила необходимость ее оказания [5].

Проведенный анализ соматического и акушерского анамнезов 775 матерей детей, прошедших через профильные отделения лечебных учреждений третьего уровня в 2014–2015 г.г. свидетельствует об увеличении роста носителей инфекций на 25 %, а также об увеличении соматической и инфекционной патологии (32,5 %) со снижением иммунной защиты на фоне хронического стресса. И хотя данное утверждение, несомненно, нуждается в углубленном научном анализе — результаты этих событий очевидны. Все большее число недоношенных и доношенных детей, по данным отделения реанимации, хирургии и патологии новорожденных и прокуратуры Республиканской детской кли-

нической больницы г. Донецка, нуждаются в реанимационной и стационарной помощи, повышении качества диагностики и лечения на местах. Вместе с тем, в сложившихся условиях, по данным отделений новорожденных ОДКБ, ухудшились показатели работы койки, снизился ее оборот, возросло пребывание на койке до 21,9 (в 2014 г. — 17,7), снизилась хирургическая активность. Все вышеперечисленное свидетельствует об увеличении числа детей с тяжелой патологией, поздней госпитализации их на третий уровень с одной стороны и вынужденного пребывания, и лечения в местных стационарах. А несвоевременность транспортировки ухудшает результаты оказания медицинской помощи недоношенным и больным детям, родившимся в лечебных учреждениях несоответствующего уровня перинатальной помощи.

Оценка результатов внедрения учебных программ ПРН в практику охраны здоровья новорожденных свидетельствует о существенном влиянии их на показатели неонатальной заболеваемости и смертности. Они повышают ответственность администрации родильных домов за организацию и обеспечение реанимационной помощи новорожденным в родильных залах (операционных); обеспечение и распределение необходимого оборудования; разработку и внедрение локальных протоколов реанимационной и послереанимационной помощи новорожденным; непрерывное обучение медицинского персонала и постоянный контроль теоретических знаний и практических навыков. Знакомство с организацией службы на местах подтверждает в основном положительную реакцию руководства лечебных учреждений на рекомендации по внедрению положений программы ПРН и транспортировки новорожденных.

В ходе подготовки к оказанию реанимационной помощи новорожденному, среди прочих установочных положений, одним из главных является выявление факторов риска и прогнозирование исхода родов и состояния новорожденного для своевременного оказания помощи. Важное условие — соблюдение теплового режима помещения и реанимационного стола не менее 25°C, использование теплых пеленок при приеме новорожденного, недоношенного и ребенка, рожденного путем кесарева сечения.

В случаях отсутствия самостоятельного дыхания, наличия судорожных дыхательных движений или сниженного мышечного тонуса следует немедленно: позвать на помощь; пережать и перерезать пуповину; информировать мать о необходимости оказания реанимационной помощи ребенку; перенести на теплый реанимационный стол и начать первичную помощь с последующей оценкой состояния. При наличии загрязненных меконием околоплодных вод необходимо оценить «активность» ребенка — наличие адекватного самостоятельного дыхания, мышечного тонуса, частоту сердечных сокращений. Если у новорожденного имеется дыхательная депрессия (апноэ или дыхание типа гаспинг) и/или сниженный мышечный тонус (отсутствуют активные движения, свисают конечности), или ЧСС меньше 100 уд./мин, ребенок обеспечивается проходимостью дыхательных путей на фоне правильного положения, под контролем прямой ларингоскопии санируется гипофаринкс, после чего проводится интубация и санация трахеи.

В дальнейшем ребенок подлежит наблюдению с оценкой степени тяжести дыхательных расстройств, одышки, втяжения податливых участков грудной клетки, экспираторного стопа. Контроль состояния каждые 15 минут в течение первого часа, т.к. при наличии повторных апноэ или других дыхательных расстройств такие дети могут потребовать повторной санации трахеи до начала вентиляции под положительным давлением [6].

При рождении ребенка со сроком гестации менее 32 недель дополнительные усилия направляются на профилактику охлаждения, поскольку стандартные мероприятия тепловой защиты могут не предупредить возникновение гипотермии в этой категории новорожденных. Следует учитывать, что приблизительно половина объема крови недоношенного ребенка находится в плаценте, поэтому время пережатия, отсроченное на 30–45с, может обеспечить увеличение объема крови на 8–24 %, достоверно увеличить гематокрит, уменьшить частоту внутрижелудочковых кровоизлияний и некротизирующего энтероколита (А). Глубоконедоношенный ребенок со сроком гестации менее 28 недель и массой менее 1000 г сразу после рождения принимается в согреты пеленки и, не вытирая, помещается в пищевой полиэтиленовый пакет, а голова остается снаружи. Далее голова обсушивается и надевается шапочка. При наличии самостоятельного дыхания ребенок в мешке удерживается ниже уровня плаценты 30–45с. Затем он отделяется от матери, переносится под источник лучистого тепла для оказания первичной реанимационной помощи и оценки тяжести состояния. После стабилизации состояния или оказания необходимой реанимационной помощи глубоконедоношенного ребенка как можно скорее переводят в отделение интенсивной терапии согласно требованиям «тепловой цепочки»: оптимально — в транспортном инкубаторе.

Если ребенок не дышит самостоятельно или имеется патологический тип дыхания и ЧСС менее 100 уд./мин, ему немедленно проводится искусственная вентиляция легких (ИВЛ) маской с контролем уровня оксигенации крови по данным пульсоксиметрии. Датчик пульсоксиметра присоединяется к внутренней поверхности запястья правой руки.

При показателях ЧСС менее 60 уд./мин после 30с ИВЛ показано проведение непрямого массажа сердца в течение 45–60с. Следующим шагом реанимационных мероприятий при неэффективном непрямом массаже сердца на фоне масочного ИВЛ — проведение медикаментозной терапии с неотложным введением адреналина в трахею и последующей катетеризацией вены пуповины для введения адреналина по 0,3–0,5 мл/кг 0,01 % раствора и борьбы с гиповолемией — введение 0,9 % раствора натрия хлорида 10 мл/кг массы тела при наличии показаний.

После восстановления адекватной вентиляции и кровообращения ребенок должен быть переведен в отделение интенсивной терапии для адекватного наблюдения и лечения. Новорожденному должно быть проведено полное объективное обследование с оценкой состояния и его соответствия критериям программ лечебной гипотермии с последующим началом пассивного охлаждения или сохранением «тепловой цепочки». В дальней-

шем — обеспечение лабораторного и инструментального обследования, сосудистого доступа и проведение инфузионной терапии.

При решении организационных вопросов по обеспечению своевременной претранспортной диагностики состояния ребенка и созданию возможностей для безопасной транспортировки новорожденных на третий уровень оказания специализированной помощи возрастает необходимость знания и владения основами стабилизации функции жизненно важных систем организма. Организацию транспортировки недоношенных и больных детей в лечебные учреждения высшего уровня должна осуществлять выездная неонатальная бригада неотложной помощи и интенсивной терапии, которая обеспечивает неотложную транспортировку детей из одного лечебного учреждения в другое. Принимающее учреждение — отделения интенсивной терапии, патологии новорожденных с хирургией новорожденных Республиканской детской клинической больницы — учреждения 3-го уровня, которые оказывают помощь новорожденным детям с соматической, инфекционной, неврологической и хирургической патологией как доношенным, так и недоношенным с различным сроком гестации.

G.L. Linchevsky, O.K. Golovko

ABOUT WAYS TO OPTIMIZE EMERGENCY CARE OF NEWBORNS AT THE PRESENT STAGE

Summary. *In the current socio-economic situation on the territory of Donbass due to disturbed structure of an effective regionalization of neonatal services have increased the provision of emergency newborn care. In the article on the basis of the results of somatic, obstetric and maternal history of infectious diseases and stories of their newborns that have passed through the profile*

departments of medical institutions of the third level, the authors have developed and proposed medical institutions of the first and second level of the regionalization program optimization advanced knowledge and skills for primary reanimation of newborn infants with focus on stabilization of the newborn and preparing them for further transportation. Evaluation of implementation results of data developed training programs in public health practice newborn shows their significant impact on the neonatal morbidity and mortality.

Keywords: *primary reanimation of newborn infants, pretransport preparation, stabilization, safe transport of children.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Первинна реанімація і післяреанімаційна допомога новонародженим: клінічний протокол надання неонатологічної допомоги дітям // Наказ МОЗ України № 312 від 08.06.2007 р. – Київ, 2007. – 54 с.
2. International Liaison Committee on Resuscitation. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations // *Circulation*. 2005. V. 112, SIII. – P. 1–136
3. Part 11: Neonatal resuscitation. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations / J. Wyllie, J.M. Perlman, J. Kattwinkel [et al.] // *Resuscitation*. 2010. V. 81S. – P. 260–287
4. Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save. // C.L. Darmstadt, Z.A. Bhutta, S. Cousens [et al.] // *Lancet*. 2005. V. 365. – P. 977–988
5. Am Academy of Pediatrics, Am College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care / Ed. By C. Lockwood, J. Lemons. – 6th ed. – Elk Grove Village, IL; Am Academy of Pediatrics, 2007. – 205 p.
6. Usta I.M. Risk factors for meconium aspiration syndrome/ I.M. Usta, B.M. Mercer, B.M. Sibai // *Obstet. Gynecol.* 1995. V.86. – P. 230–234

УДК 616.12-008-053.2(477.62)“20”

Е.В. Пшеничная¹, Е.В. Бордюгова¹, А.В. Дубовая^{1,2}, Н.А. Тонких¹, В.Г. Конов², Н.В. Катрич²

КАРДИАЛГИЯ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ ДОНБАССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹
Институт неотложной и восстановительной хирургии им В.К. Гусака², г. Донецк

Реферат. *Социальное напряжение в Донбассе привело к учащению жалоб детей на боль в проекции сердца. Экстравазальная компрессия позвоночных артерий сопровождается клиническими признаками недостаточности вертебробазиллярной артериальной системы, кардиалгией, вегетативными расстройствами, в том числе нарушением моторики желудочно-кишечного тракта и тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Указанное способствует формированию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а это в свою очередь рефлекторно может вызывать боль в проекции сердца.*

Ключевые слова: *кардиалгия, дети, недостаточность вертебро-базиллярной артериальной системы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь*

Боль в области сердца (кардиалгия) — симптом различных заболеваний, имеющих кардиальную и внекардиальную природу [10]. В мирное время в Украине и России кардиалгию регистрируют у 10–41,4 % детей школьного возраста, в США ежегодно с жалобами на боль в сердце в различные медицинские учреждения обращаются до 600000 детей [7, 9, 11].

Кардиалгия может иметь различное происхождение: заболевания сердца и крупных сосудов; патология органов грудной клетки, кардиодиафрагмальный и психовегетативный синдром, дегенеративно-дистрофические процессы в шейном отделе позвоночника, миофасциальные нарушения и др. [1, 2, 5, 6]. Боль в области сердца вызывает страх у ребенка, тревогу у его родителей и других членов семьи, беспокойство у персонала детского учреждения. Жалобы на кардиалгию являются поводом для углубленного обследования, в процессе которого, наряду с клиническими и различными современными лабораторными и инструментальными методами, первостепенную роль играют профессионализм врача, умение наблюдать, анализировать и логически обобщать полученные данные [8].

Социальное напряжение в Донбассе, обусловленное вооруженным конфликтом и экономическим кризисом, привело к учащению жалоб детей на кардиалгию. Целью настоящей работы является ана-

лиз причин болевого синдрома в проекции сердца в детском возрасте в современных реалиях Донбасса.

Материалы и методы. На первом этапе нашей работы изучена структура и произведен сравнительный анализ заболеваемости детей, получавших лечение в отделении кардиологии, кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака за первые 9 месяцев 2014 г. и 2015 г. Затем осуществлен ретроспективный анализ историй болезни 31 пациента (13 мальчиков, 18 девочек) от 7 до 17 лет, основная жалоба которых — боль в проекции сердца.

Оценивали жалобы, данные объективного осмотра, физического развития, показатели артериального давления; стандартной электрокардиографии (ЭКГ) в 12 общепринятых отведениях; по показаниям — 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД с оценкой variability ритма сердца; эхокардиографическое исследование сердца; острофазовые показатели, антистрептолизин О, уровень электролитов крови, ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов, дуплексное или триплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, электроэнцефалография (ЭЭГ), рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными спондилограммами; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; фиброгастроудоденоскопия (ФГДС). Оценку вегетативного статуса проводили с использованием шкалы «вегетативных расстройств» по опроснику В. В. Седнева [12], оценку физического развития — с использованием центильных таблиц (Майданник В. Г. и соавт., 2012 г.).

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа «MedStat».

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ структуры заболеваемости детей, поступивших в отделение детской кардиологии, кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В. К. Гусака за первые 9 месяцев 2014 г. и 2015 г., показал увеличение в 2,2 раза числа пациентов с артериальной гипертензией (I 10.0), в 2 раза — детей с ювенильными гемангиомами (D 18.0), в 1,6 раза — с дисплазией соединительной ткани (M 35.9), в 1,4 раза — с нарушением вертебро-базиллярной артериальной системы (G 45.0); уменьшение в 4 раза количества пациентов с миокардитами (I 40), на 6,4 % числа детей с врожденными пороками сердца (Q

Таблица 1. Возраст детей с кардиалгией в зависимости от пола

Возраст	Мальчики (n=13)		Девочки (n=18)	
	Абс.	%	Абс.	%
7-11 лет	9	69,2	5	27,8
12-15 лет	3	23,1	9	50,0
16-17 лет	1	7,7	4	22,2

20-Q 28). Относительное число детей с хронической ревматической болезнью сердца (I 05-I 09), нарушением ритма сердца (I 49) осталось на прежнем уровне.

Среди больных, предъявлявших при поступлении жалобы на боль в проекции сердца, были пациенты с клиническими признаками нарушения вертебро-базиллярной артериальной системы (G45.0) на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника (G55.3) и экстравазальной компрессии позвоночных артерий (в дальнейшем — синдром позвоночной артерии — СПА) — 15 (48,4 %) чел. — I группа. У 16 (51,6 %) чел. кроме СПА, диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — II группа. Среди пациентов обеих групп преобладали девочки — 18 (58,1 %) чел., мальчиков было — 13 (41,9 %) чел. Возраст детей с кардиалгией в зависимости от пола отражен в табл. 1.

Как видно из табл.1, кардиалгия констатирована у 69,3 % мальчиков в возрасте 7–11 лет и у 50,0 % девочек — в 12–15 лет. Вероятно, увеличение частоты кардиалгий у девочек в 12–15 лет обусловлено особенностями пубертатного периода, когда происходят интенсивные изменения в строении тела и внутренних органов, отмечается качественная перестройка нейроэндокринной регуляции, что значительно изменяет морфологические и физиологические соотношения отдельных органов и систем.

Оценка физического развития пациентов с кардиалгиями (табл. 2), произведенная с использованием перцентильных таблиц, выявила у 19 (61,3 %) детей дисгармоничное физическое развитие: за счет избыточной массы тела и ожирения I ст. — у 10 (32,3 %) чел., низкой массы — у 3 (9,7 %) чел., высокого роста — у 4 (12,9 %) чел, уменьшения объема грудной клетки — у 8 (25,8 %) чел. У 2 (6,5 %) детей отмечалось сочетанное отставание по массе, росту и окружности грудной клетки.

Таблица 2. Физическое развитие пациентов с кардиалгией

Показатель	Группа I (n=15)			Группа II (n=16)		
	Масса	Рост	Окружность грудной клетки	Масса	Рост	Окружность грудной клетки
< 3 перцентилей	-	-	-	1 (6,3%)	-	3 (18,75%)
3-10 перцентили	1 (6,7%)	3 (20%)	3 (20,0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)
10-90 перцентили	10 (66,7%)	10 (66,7%)	9 (60,0%)	8 (50,0%)	13 (81,3%)	8 (50,0%)
90-95 перцентили	3 (20,0%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	-	-	2 (12,5%)
> 95 перцентилей	1 (6,7%)	-	-	6 (37,5%)*	2 (12,5%)	1 (6,3%)
Всего	15	15	15	16	16	16

Примечания: * — $\chi^2 = 4,240$, (3,841 при числе степеней свободы 1), $p < 0,05$.

Таблица 3. Клиническая характеристика боли у детей с кардиалгией

Характеристика боли	Группа I (n=15)	Группа II (n=16)
Локализация		
• в области верхушки	12 (80,0 %)	7 (43,8 %)
• в области левого соска	2 (13,3 %)	3 (18,8 %)
• за грудиной	1 (6,7 %)	6* (37,5 %)
Характер боли		
• колющая	13 (%)	10 (62,5 %)
• ноющая	1 (6,7 %)	3 (18,8 %)
• давящая	1 (6,7 %)	3 (18,8 %)
• усиливающаяся на вдохе	14	10 (62,5 %)
Иррадиация		
• отсутствует	15 (100,0 %)	13 (81,25 %)
• в плечо, лопатку	0	3 (18,8 %)
Развитие болевого синдрома		
• независимо от физической и эмоциональной нагрузки	7 (46,7 %)	2 (12,5 %)
• после физической нагрузки (наклоны, приседания)	1 (6,7 %)	10* (62,5 %)
• после физической и эмоциональной нагрузки	6 (60,0 %)	4 (25,0 %)
• после сна	1 (6,7 %)	0

Примечания: * — $\chi^2 = 10,670$, (3,841 при числе степеней свободы 1), $p < 0,05$.

Обращает на себя внимание преобладание детей с массой, превышающей 95 перцентиль, во II группе (СПА+ГЭРБ), что носит статистически значимый характер. Указанное свидетельствует о влиянии избыточной массы и ожирения I ст. в формировании ГЭРБ у детей с СПА. В то время как, по

данным Дубровской М. И. (2010, 2013), изучавшей влияние избыточной массы на формирование ГЭРБ у здоровых детей, клиническая картина поражений верхних отделов пищеварительного тракта не зависит от массы тела [3, 4].

Клиническая характеристика кардиалгии отражена в табл. 3.

Как видно из табл. 3, в обеих сравниваемых группах наиболее часто боль носила колющий характер, усиливалась на вдохе и локализовалась на верхушке или в области левого соска, без иррадиации. В группе детей с СПА и ГЭРБ (II группа) статистически значимо чаще боль локализовалась за грудиной и носила ноющий или давящий характер. Характерной особенностью боли у этих детей было ее появление после физической нагрузки в виде наклонов и приседаний (статистически значимый признак). У пациентов I группы у 7 (46,7 %) чел. болевой синдром развился независимо от физической и эмоциональной нагрузки, у 6 (60,0 %) — после физической и эмоциональной нагрузки, по 1 (6,7 %) чел. — после физической нагрузки и после сна.

Несмотря на кардиалгию, у 10 (66,7 %) чел. I группы и 11 (68,75 %) чел. II группы ЭКГ была в норме, у 5 (33,3 %) чел. I группы и 2 (12,5 %) чел. II группы выявлена синусовая тахикардия, что также у детей является вариантом нормы. По 1 (6,25 %) пациенту из II группы (СПА+ГЭРБ) имели предсердную экстрасистолию, синусовую брадиаритмию, атриовентрикулярную блокаду I ст.

Характеристика брахиоцефальных сосудов по данным дуплексного и триплексного сканирования у детей с кардиалгией приведена в табл. 4.

Как видно из табл. 4, у всех пациентов обеих групп имело место поражение позвоночных артерий, представленное извитостью, гипоплазией, экстравазальной компрессией, сочетанием гипоплазии и экстравазальной компрессии позвоночных артерий.

В продолжении диагностического поиска причин кардиалгии всем пациентам проведена рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными спондилограммами, результаты которых отражены в табл. 5.

Как видно из табл. 5, у всех обследованных детей имеет место нестабильность в разных сегментах шейного отдела позвоночника. Нестабильность одновременно во всех отделах позвоночника статистически значимо чаще констатирована во II группе детей (СПА+ГЭРБ). Указанные изменения сопровождались и электроэнцефалографическими феноменами (табл. 6).

Таблица 4. Состояние брахиоцефальных сосудов у детей с кардиалгией по данным дуплексного и триплексного сканирования

Состояние брахиоцефальных сосудов	Группа I (n=15)	Группа II (n=16)
Извитость внутренних сонных артерий	5 (33,33 %)*	0,00
Извитость позвоночной артерии		
• справа	0,00	0,00
• слева	1 (6,67 %)	0,00
Гипоплазии позвоночных артерий		
• справа	1 (6,67 %)	1 (6,25 %)
• слева	1 (6,67 %)	1 (6,25 %)
Экстравазальная компрессии позвоночных артерий		
• справа	5 (33,33 %)	8 (50,00 %)
• слева	1 (6,67 %)	2 (12,50 %)
• с двух сторон	3 (20,00 %)	0,00
Сочетание гипоплазии позвоночных артерий с экстравазальной компрессией		
• слева	0,00	3 (18,75 %)
• с двух сторон	3 (20,00 %)	1 (6,25 %)

Примечания: * — $p < 0,05$.

Таблица 5. Результаты рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными спондилограммами у детей с кардиалгией

Нестабильность шейного отдела позвоночника	Группа I (n=15)	Группа II (n=16)
СII – СIII	4 (26,76 %)	4 (25,00 %)
СIII – CIV	6 (40,00 %)	6 (37,50 %)
CIV – CV	2 (13,33 %)	0,0
CV – CVI	2 (13,33 %)	0,0
СII – СIII, СIII – CIV, CIV – CV, CV – CVI	1 (6,67%)	7 (43,75%)*
Антилистец СIII, CIV, CV	1 (6,67%)	3 (18,75%)

Примечания: * — $\chi^2 = 9,930$, (3,841 при числе степеней свободы 1), $p < 0,05$.

Заключения ЭЭГ-исследований у всех детей обеих групп свидетельствовали о регуляторных нарушениях, дисфункции диэнцефальных образований, выраженных диффузных изменениях, повышенном пороге пароксизмальной готовности головного мозга. Обращает внимание преобладание дисфункции неспецифических вегетативных образований у детей с СПА и ГЭРБ (II группа), что является статистически значимым показателем.

Таблица 6. Электроэнцефалографические показатели у детей с кардиалгией

Показатель	Группа I (n=15)	Группа II (n=16)
Дисбаланс вегетативной регуляции	12 (80,00 %)	14 (87,50 %)
Уровень тревожности выше среднего	8 (53,33 %)	9 (56,25 %)
Диссомния	6 (40,00 %)	7 (43,75 %)
Уровень астении выше среднего	5 (33,33 %)	12 (75,00 %)*
Уровень депрессии выше среднего	3 (20,00 %)	4 (25,00 %)
Уровень стрессового состояния выше среднего	10 (66,67 %)	15 (93,75 %)

Примечания: * — $\chi^2 = 4,240$, (3,841 при числе степеней свободы 1), $p < 0,05$.

Таблица 7. Состояние вегетативного и психоэмоционального статуса детей с кардиалгией

Показатель	Группа I (n=15)	Группа II (n=16)
Дисбаланс вегетативной регуляции	12 (80,00 %)	14 (87,50 %)
Уровень тревожности выше среднего	8 (53,33 %)	9 (56,25 %)
Диссомния	6 (40,00 %)	7 (43,75 %)
Уровень астении выше среднего	5 (33,33 %)	12 (75,00 %)*
Уровень депрессии выше среднего	3 (20,00 %)	4 (25,00 %)
Уровень стрессового состояния выше среднего	10 (66,67 %)	15 (93,75 %)

Примечания: * — $\chi^2 = 5,090$, (3,841 при числе степеней свободы 1), $p < 0,05$.

Полученные результаты подтверждают и данные анкетирования по детскому опроснику невротизма [12] (табл. 7).

Как видно из табл. 7, у всех детей с кардиалгией отмечались нарушения вегетативного и психоэмоционального статуса, причем у детей с СПА и ГЭРБ (II группа) уровень астении больше среднего был в 2,4 раза выше, чем в I группе (разница статистически значима).

Выводы. Кардиалгия у детей в современных реалиях Донбасса обусловлена преимущественно невоспалительным поражением сердца.

У обследованных детей кардиалгию выявили у 69,3 % мальчиков в возрасте 7–11 лет и у 50,0 % девочек — в 12–15 лет. У 61,3 % детей с кардиалгией

констатировано дисгармоничное физическое развитие, в том числе у 32,3 % за счет избыточной массы тела и ожирения I ст. В настоящее время в Донбассе у детей значительно изменился характер статико-динамических нагрузок. Вынужденно малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, чрезмерное увлечение компьютерами, планшетами и смартфонами способствует развитию нестабильности шейного отдела позвоночника у детей с дисплазией соединительной ткани. Дезинтеграция роста и созревания в периоды физиологического вытяжения, приводит к нарушению моторики желудочно-кишечного тракта и нижнего пищеводного сфинктера в частности, что способствует формированию ГЭРБ, а это в свою очередь рефлекторно может вызывать боль в проекции сердца.

Одной из наиболее частых причин кардиалгии является синдром позвоночной артерии, возникающий на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника, извитости и/или экстравазальной компрессии позвоночной артерии, сопровождающийся клиническими признаками недостаточно-

сти вертебро-базиллярной артериальной системы и вегетативными расстройствами.

Таким образом, жалобы на боль в области сердца встречаются часто и требуют от врача серьезной клинической оценки.

Ye.V. Pshenichnaya, Ye.V. Bordyugova, G.V. Dubova, N.A. Tonkyh, V.G. Konov, N.V. Katrich

CHILDREN'S CARDIALGIA IN TODAY'S REALITIES OF DONBASS

Summary. Social tension in the Donbass led to frequent complaints of pain in children at the projection of the heart. Extravasal compression of the vertebral arteries by clinical signs of disease vertebral-basilar arterial system cardialgia, vegetative disorders, including dysmotility of the gastrointestinal tract, and the tone

of the lower esophageal sphincter is accompanied. The above contributes to the formation of gastroesophageal reflux disease, and this in turn can cause pain reflex in the projection of the heart.

Key words: *cardialgia, children, lack of vertebral-basilar arterial system, gastroesophageal reflux disease.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифиллина К.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у школьников. Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. 2007. – С. 104–106
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. проф. Вейна А.М. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
3. Дубровская М.И. Состояние верхних отделов пищеварительного тракта у детей с избыточной массой тела. Автореферат дисс. д.м.н., 14.01.08 – педиатрия. РГМУ, Москва, 2010. – 41 с.
4. Дубровская М.И. Факторы формирования гастроэзофагеального рефлюкса у детей и современные принципы терапии / М.И. Дубровская, Ю.Г. Мухина // Доктор. 2013, №3 (81). – С. 42–44
5. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии: клинические варианты, классификация, принципы диагностики и лечения / В.И. Калашников // Международный неврологический журнал. 2010, №1 (31). – С. 93–100
6. Климовицкий В.Г. Диспластическая нестабильность шейного отдела позвоночника у подростков / В.Г. Климовицкий, Т.Я. Усикова, А.И. Кравченко // Здоровье ребенка. 2009, № 6 (21). – С. 42–45
7. Котова О.В. Кардиалгии у детей и подростков / О.В. Котова, Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина, И.В. Рябконов // Вопросы диагностики в педиатрии. 2013. Т.5. № 4. – С. 64–68
8. Нагорна Н.В. Кардіальні аспекти... грижі стравохідного отвору діафрагми у дітей // Н.В. Нагорна, О.В. Бордюгова, Г.В. Дубова та ін. // Здоровье ребенка. 2009, №3 (18). – С. 74–80
9. Нагорная Н.В. Опыт применения препарата Нотта при подготовке учащихся к первым школьным экзаменам / Н.В. Нагорная, Т.В. Волченская, О.С. Карташова и др. // Современная педиатрия. – 2004, № 2. – С. 51–54
10. Самойленко В.В. Современные представления о кардиалгии / В.В. Самойленко // Фарматека. 2012, №9. – С. 27–35
11. Сенаторова А.С. Изменение процессов реполяризации миокарда у детей: граница нормы и патологии / Сенаторова А.С., Санина И.А., Вергелис Н.В. // Современная педиатрия. 2011, № 2 (36). – С. 155–159
12. Седнев В.В. Детский опросник неврозов (ДОН) (методические указания) / В.В. Седнев, З.Г. Збарский, А.К. Бурцев. Донецк, 1997. – 8 с.

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

УДК 616.89+159.96]-036.12:355(477.62)

В.А. Абрамов, Е.М. Денисов, О.Н. Голоденко

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ В ДОНБАССЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В статье приведены результаты социально-демографического, психологического и психопсихологического обследования 170 респондентов. Показаны особенности психического здоровья и некоторых составляющих личностного потенциала, пострадавших в результате воздействия хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе. У значительного количества обследуемых выявлен недостаточный уровень личностных ресурсов, стрессоустойчивости и возможности самостоятельно совладать со стрессом.

Ключевые слова: психическое здоровье, личностный потенциал, стресс, боевые действия

Вступление. Любая война, тем более с гуманитарной и информационно-психологической составляющей — это стрессовое событие исключительного характера. У большинства людей это событие вызывает дистресс и оказывает крайне негативное влияние на все стороны его жизнедеятельности, включая здоровье, физическое, психологическое и социальное благополучие [2]. Это относится и к непосредственным участникам боевых действий, и к мирному населению, переживающему травматический стресс военного времени, и к ветеранам войны в связи с трудностями социальной адаптации при возвращении к условиям мирной жизни [1]. Эти последствия в разные времена определялись как Вьетнамский синдром, Афганский или Чеченский синдром. С точки зрения социально-медицинских и психологических проявлений эти синдромы имеют много общего.

Стресс в условиях боевых действий связан со множеством отрицательных влияний и прежде всего с длительностью его воздействия. При этом изменения в нервной системе человека успевают сформироваться и закрепиться, приводя к соответствующим нарушениям после психотравмирующего эпизода — формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [3, 7]. Расстройства с отставленным во времени и менее резким началом проявляются обычно после дополнительных, нередко незначительных воздействий. Феномен «запоздалой реактивности» является одной из наиболее характерных черт развития психической патологии в результате боевых действий. Регулярное пребывание в жизнеопасной обстановке, психическое и физическое перенапряжение, психосоматическое истощение вызывают психобиологические изменения, которые могут запускать патогенетический механизм боевой пси-

хической травмы. Сущность боевой психической травмы состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию [4].

С физиологической точки зрения основными компонентами боевого стресса являются: эмоциональный стресс (совокупность отрицательных переживаний с соответствующим вегетативным «аккомпанементом»), физиологический стресс (адаптационное напряжение организма под влиянием факторов среды), общее утомление, связанное с интенсивной деятельностью без отдыха [5].

Целью настоящей работы является оценка особенностей психического здоровья и некоторых составляющих личностного потенциала, пострадавших в результате воздействия хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе.

Материалы и методы. Было обследовано 170 человек (76,5 % — женщины; 23,5 % — мужчины) в возрасте от 20 до 60 лет. Образовательный уровень исследуемых был следующим: начальное образование имели 3 чел. (1,7 %), среднее — специальное — 19 чел. (11,2 %), неполное — высшее — 140 чел. (82,3 %) и высшее образование было у 8 человек (4,8 %). Подавляющее большинство респондентов (82,3 %) студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 30,6 % — средний медицинский персонал, 10 % — младший медицинский персонал, 1,7 % — врачи. Длительность пребывания в зоне военного конфликта (апрель 2014 г. — июнь 2015 г.) составила: весь период — 91 чел. (53,3 %), свыше 6 месяцев — 14 чел. (8,2 %), 5–6 месяцев — 61 чел. (35,9 %), 3–4 месяца — 5 чел. (2,9 %), 1–2 месяца — 2 чел. (1,1 %).

Большинство обследованных отнесло себя к следующим категориям пострадавших вследствие боевых действий: а) мирное население, проживающее на территории с военными действиями и близлежащих территориях, пострадавшее морально и психологически — 105 чел. (61,8 %) и б) пострадавшие от негативных последствий военных, политических и экономических событий, а также информационной войны (распались семьи, разладились отношения с друзьями, родственниками, знакомыми, детьми на фоне противоположных политических убеждений) — 49 чел. (28,9 %).

Таблица 1. Средние значения толерантности к неопределённости по шкале толерантности МакЛейна в адаптации Е.Г. Луковицкой

Шкала	М	SD
Отношение к новизне	12,3	3,47
Отношение к сложным задачам	27,3	7,08
Отношение к неопределённым ситуациям	37,1	7,75
Предпочтение неопределённости	45,1	11,04
Толерантность к неопределённости	43,5	11,56
Средний балл толерантности	-0,06	14,7

Уровень стрессогенности переживаемой ситуации за последние месяцы 54 человек (31,7 %) оценили как высоких, 90 человек (52,9 %) — как средний и только 26 чел. (15,4 %) — как низкий. Ухудшение физического состояния в этот период отметили 51 чел. (30 %), психического здоровья — 109 чел. (64,1 %).

В данной работе мы оценивали один из компонентов личностного потенциала лиц, пострадавших в результате хронического стресса (толерантность к неопределённости), а также выраженность психопатологических симптомов, нервно-психического напряжения (НПН) и качество жизни (КЖ).

Для изучения толерантности к неопределённости применялась шкала толерантности к неопределённости МакЛейна в адаптации Е.Г. Луковицкой. Учитывались средние значения пунктов опросника [6].

С целью оценки выраженности психопатологических симптомов, использовался опросник психопатологической симптоматики Дерогатиса (SCL-90-R) [6]. Ответы на 90 пунктов опросника подсчитывались и интерпретировались по 10 основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизация», «обсессивность — компульсивность», «межличностная сензитивность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «фобии», «паранойальные тенденции», «психотизм», «дополнительные симптомы» и по трём обобщенным шкалам второго порядка: «общий симптоматический индекс», «индекс выраженности дистресса», «индекс проявления симптоматики».

Для оценки уровня НПН использовался опросник «определение нервно-психического напряжения», разработанный Т.А. Немчиновым [6]. Опросник включал в себя 30 пунктов, разделяющий каждый их пунктов на три степени: слабо выражен (1 балл), средняя степень выраженности (2 балла), резко выражен (3 балла). По содержанию опросника все признаки разделялись на три группы утверждений: первая группа отражала наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны внутренних органов, вторая группа — наличие (отсутствие) психического дискомфорта и жалоб со стороны психической системы, третья группа — общая характеристика, частота, продолжительность, степень выраженности НПН.

Оценка КЖ проводилась при помощи опросника SF-36, состоящего из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал. Физический компонент здоровья включал в себя «физическое функционирование» (PF), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), «интенсивность телесной боли» (BP), «общее состояние здоровья» (GH). Психический компонент здоровья состоял из

следующих шкал: «психическое здоровье» (MH), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), «социальное функционирование» (SF), «жизненная активность» (VT). Оценка представленных шкал изменялась от 0 до 100 баллов. Более высокие результаты указывали на лучшее КЖ.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и их обсуждение. При анализе средних значений пунктов опросника толерантности к неопределённости 92 человека (54,1 %) отнесены к категории интолерантных к неопределённости, т.е. воспринимающих информацию с множественным выбором как угрозу или разновидность психологического дискомфорта; 78 респондентов (45,9 %) выявили позитивное отношение к ситуации неопределённости как к неизбежности, которую надо уметь пережить, справиться, преодолеть (табл. 1).

Отрицательный средний балл толерантности ($-0,06 \pm 14,7$ балла) свидетельствовал о том, что испытуемые чувствовали дискомфорт в сложных, неоднозначных, неопределённых ситуациях, боялись неизвестности, старались внести в свою жизнь и окружающую среду максимальную ясность и однозначность, часто путём искусственного упрощения сложной реальности и «закрывания глаз» на реально существующие трудноразрешимые проблемы. Они плохо воспринимали новые тенденции и веяния ($12,3 \pm 3,47$ балла), отмечали трудности при решении сложных проблем ($27,3 \pm 7,08$ балла), недостаточно относились к неопределённым ситуациям ($37,1 \pm 7,75$ балла). Граница между предпочтением ($45,1 \pm 11,04$ балла) и толерантностью к неопределённости была размыта ($43,5 \pm 11,56$ балла) и находилась на уровне ниже среднего.

У обследуемой категории лиц отмечалось превышение нормативных значений по опроснику SCL-90-R в девяти из тринадцати шкал: «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «межличностная тревожность», «тревога», «враждебность», «фобии», «общий симптоматический индекс», «индекс проявления симптоматики», «индекс выраженности дистресса» (табл. 2).

Достаточно высокие значения по шкале «соматизация» ($1,45 \pm 0,81$ балла) обуславливались появлением различных неприятных ощущений со стороны внутренних органов. Так, 58,3 % респондентов отмечали различные не выраженные и не мешающие работе болевые ощущения. У 59,4 % — наблюдался не выраженный дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, тяжесть в подложечной области). У 54,8 % — выявлялись неприятные ощущения в области сердца в виде покалывания и сжатия, лабильность артериального давления, сердцебиение, тахикардия. Достаточно высокая оценка по шкале «обсессивность — компульсивность» ($1,03 \pm 0,64$ балла) была связана с неприятными, повторяющимися мыслями, воспоминаниями, представлениями о военных событиях. Высокие результаты по шкале «межличностная тревожность» ($1,35 \pm 0,89$ балла) отражали

Таблица 2. Оценка выраженности психопатологических симптомов при помощи опросника SCL-90-R

Шкалы	Балл	
	N = 170	
	М	SD
Соматизация	1,45	0,81
Обсессивность – компульсивность	1,03	0,64
Межличностная тревожность	1,35	0,89
Депрессия	0,97	0,66
Тревога	1,25	0,81
Враждебность	1,09	0,90
Фобии	1,12	0,63
Паранойяльность	0,82	0,76
Психотизм	0,36	0,32
Дополнительные симптомы	0,61	0,57
Общий симптоматический индекс	0,91	0,58
Индекс проявления симптоматики	43,7	24,4
Индекс выраженности дистресса	1,68	0,56

ощущение личностной неполноценности, самоосуждения, беспокойства и заметного эмоционального дискомфорта в межличностных взаимоотношениях. У части обследуемых (30 %) отмечалось обострённое чувство осознания собственного Я и негативные ожидания относительно взаимоотношений с другими людьми.

Высокая оценка по шкале «тревога» ($1,25 \pm 0,81$ балла) свидетельствовала о наличии повышенной нервозности и беспокойства, тревожности, эмоционального и мышечного напряжения, тремора, приступов паники. Высокие значения по шкале «враждебность» ($1,09 \pm 0,90$ балла) были связаны с наличием у опрошенных раздражительности, гнева, агрессии, ощущения неприязни к другим людям. Достаточно высокие результаты по шкале «фобии» ($1,12 \pm 0,63$ балла) свидетельствовали о наличии у данного контингента опасений и страха за своё здоровье и будущее. Некоторые из них боялись выйти из дома (20,7 %), испытывали страх попасть под обстрел (32,5 %). У 18,5 % — наблюдалось чувство вины.

Необходимо отметить наличие у обследуемых высокого общего симптоматического индекса

Таблица 3. Качество жизни обследуемых при помощи опросника SF-36

Шкалы	M	
	M	SD
N = 170		
1. PF	86,3	11,3
2. RP	83,7	20,7
3. BP	82,8	19,9
4. GH	69,2	17,0
5. VT	80,8	17,0
6. SF	71,5	24,3
7. RE	67,0	19,7
8. MH	70,2	20,1

($0,91 \pm 0,58$ балла), индекса выраженности дистресса ($1,68 \pm 0,56$ балла), являющихся индикаторами типа реагирования личности на стрессовую ситуацию. Достаточно высоким оказался индекс проявления симптоматики ($43,7 \pm 24,4$ балла), показывающий количество положительных ответов от 1 до 4-х баллов.

Полученные результаты нервно-психического напряжения по методике Т.А. Немчина позволяет сделать вывод о наличии у респондентов физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны внутренних органов. Так, 54,3 % лиц отмечали различные не выраженные и не мешающие работе болевые ощущения. 57,1 % — наблюдали лёгкий дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, тяжесть в подложечной области). У 51,1 % — выявлялись неприятные ощущения в области сердца в виде покалывания и сжатия, лабильность АД, сердцебиение, тахикардия.

Необходимо отметить некоторую активизацию когнитивной деятельности обследуемых (внимание, память, сообразительность, умственная работоспособность) на фоне некоторого снижения эмоционального состояния. У 43 % человек эмоциональный фон характеризовался ощущением подавленности, озабоченности, пессимистичности. 57,1 % опрошенных отмечали чувство усталости, безразличия, апатию, снижение общего психического тонуса, 51,4 % — не выраженные проблемы со сном в виде трудности засыпания, частных ночных пробуждений, кошмарных сновидений. Такое же количество обследуемых (51,4 %) связывали эти нарушения с наличием боевых действий. 57,1 % — считали, что их психическое напряжение продолжалось в течение всего времени пребывания в зоне вооружённого конфликта. Общая степень нервно-психического напряжения почти у половины опрошенных (49,5 %) соответствовала умеренному уровню психического напряжения ($42,7 \pm 10,5$ баллов).

Отмечено негативное влияние хронического стресса, связанного с военными действиями на оценку качества жизни обследуемого контингента (табл. 3).

Текущая военно-политическая ситуация оказывала негативное влияние на эмоциональное ролевое функционирование ($67,0 \pm 19,7$ балла). При этом эмоциональное состояние испытуемых мешало выполнению работы в повседневной деятельности (уменьшение объема выполненной работы, снижение её качества). Низкими показателями характеризовалось восприятие общего ($69,2 \pm 17,0$ балла) и психического ($70,2 \pm 20,1$ балла) здоровья. Эти результаты подтверждались наличием у опрошенных соматических жалоб (головная боль, тошнота, сердцебиение и т.д.), внутренней напряжённости, тревоги, страха, опасения за свою жизнь, сниженного настроения, пессимистических мыслей. Необходимо отметить некоторое снижение уровня социального функционирования ($71,5 \pm 24,3$ балла), что характеризуется ограничением социальной активности (общение, проведение времени с друзьями, семьёй, отношения в коллективе). Наиболее высокая оценка качества жизни у обследуемых отмечалась в шкалах «физическое функционирование» ($86,3 \pm 11,3$ балла), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($83,7 \pm 20,7$ балла), «телесная боль» ($82,8 \pm 19,9$ балла).

Выводы. Проведенное исследование показывает интолерантное отношение обследуемых к сложившейся военно-политической ситуации. Этому способствует неопределенность в представлениях о перспективах, собственного пути, утрата защищенности личности, деформация нравственных ценностей и самоидентификации. Проживание в зоне вооруженного конфликта способствует формированию не только физиологического и эмоционального стресса, но и некоторых субклинических психопатологических симптомов. Воздействие хронического стресса (более 6 месяцев), связанного с военными действиями, приводит к развитию нервно-психической напряженности II степени по Т.А. Немчинову. С одной стороны происходит активация симпатической нервной системы, когнитивных функций, с другой стороны — снижение эмоционально-волевых функций, появление физического дискомфорта и психосоматических симптомов. Также воздействие стрессовой ситуации приводит к значимому ухудшению КЖ в большинстве сфер жизнедеятельности и низкой оценке своего психического здоровья.

Полученные результаты дают определенные теоретические и прикладные знания, которые могут быть использованы для дальнейшего изучения уровня стрессоустойчивости, жизнестойкости и преодоления кризисных состояний у лиц, пострадавших от боевых действий в Донбассе.

V.A. Abramov, E.M. Denisov, O.N. Golodenko

THE FEATURE OF MENTAL HEALTH AND PERSONALITY RESOURCES IN INDIVIDUALS AFFECTED WITH CHRONIC STRESS ASSOCIATED WITH MILITARY ACTIONS IN THE DONBASS

Abstract. *The article introduces the results of the socio-demographic, psychological and pathopsychological 170*

УДК 616.89-02:617-001.48-085.83

И.А. Бабюк, Г.М. Фирсова, И.И. Сперанский, Д.В. Соболев, Е.А. Ракитянская

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С МИННО-ВЗРЫВНЫМИ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк,
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Реферат. *В данной статье рассмотрены вопросы формирования и течения психических нарушений, обусловленных минно-взрывными и огнестрельными ранениями. Предложена этапность в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи для пациентов в отделении общесоматического профиля.*

Ключевые слова: *минно-взрывная, формирования психических состояний у раненых, психотерапевтическое медикаментозное лечение*

Актуальность. Состояние психической устойчивости организма человека во время локальных военных конфликтов, его поведение непосредственно во время ранения и после экстремального случая, несмотря на наличие большого количества литературных сообщений, изучено не полно. Поэтому остается актуальным изучение негативных психических реакций, их коррекция и лечения при различных огнестрельных и минно-взрывных ранениях [3, 5].

survey respondents. The peculiarities of mental health and some aspects of personality potential affected with chronic stress associated with military actions in the Donbass. In a significant number of respondents revealed an insufficient level of personal resources, stress tolerance and ability to cope with stress.

Key words: *mental health, personality potential, stress, military actions*

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: «Анахарсис», 2005. – 200 с.
2. Мухамадиев Д.М., Мунинова Р.Х. Социально-психиатрическая оценка качества жизни гражданских лиц, пострадавших в результате минновзрывной травмы // Российский психиатрический журнал. 2010, № 1. – С. 63–67
3. Погосов А.В. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия). Курск: КГМУ, 2006. – 207 с.
4. Рыбников О.Н., Маныхин В.В. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших ранение в боевых действиях // Военно-медицинский журнал, 2004, № 3. – С. 24–27
5. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Соц. и клин. Психиатр, 2009, № 1. – С. 12–18
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. – 272 с.
7. Solomon Z., Neria Y., Ohry A. et al. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study // Amer. J. Psychiat. 1994. Vol. 151, N 4. – P. 554–559

стройства невротического уровня, проявляющиеся депрессивными нарушениями в виде вялости, адинамии, безразличия к случившемуся и окружающим, сонливостью, страхом потери той или иной жизненно важной функции и т.д. [1, 2].

Боевой стресс у участников военных конфликтов, а также длительная дезадаптация у местного населения, которое оказывается между огнем противоборствующих сторон, подвергаясь угрозе жизни, являются главными этиологическими факторами психосоматической патологии у этих лиц в отдалённом периоде [4, 7, 8]. Признаки психической дезадаптации, не выявленные своевременно и, соответственно, некомпенсированные, усиливаются под влиянием социальной среды и, со временем, перерастают в глубокие посттравматические проявления в психике, что, в конечном счете, отражается на качестве жизни таких пациентов [6, 10].

Целью данной работы явилось изучение психического реагирования и динамики формирования психотических состояний у раненых, разработка и применение эффективных способов психотерапевтического и медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено две группы больных, пострадавших во время военных действий, которые находились на лечении в Донецком ожоговом центре ИВХ им. Гусака в периоды с июня 2014 года по декабрь 2014 (первая группа) и с января 2015 года по июль 2015 года (вторая группа). Первую группу составили 73 пациента, которым проводился ретроспективный анализ истории болезни, психотерапия не проводилась. Вторая группа была представлена 55 пациентами (49 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет, из них военнослужащих было — 38 (69,1 %), мирных жителей — 17 (30,9 %).

Наблюдение и исследования производились в первые 24 часа с момента травмы, каждые 3–5 дней лечения, перед выпиской и при диспансерном осмотре через 3–5 недель после выписки из стационара.

В процессе исследования проводилась структурированная беседа, применялись психодиагностический метод: шкала самооценки (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина), шкала депрессии Зунге, многофакторный опросник личности СМОЛ (сокращенный мультифакторный опросник личности), индивидуально-типологический опросник (ИТО), оценка психо-эмоционального состояния (Тест Люшера) с последующей компьютерной обработкой и усреднением результатов тестирования.

Во время оказания первой медицинской помощи, транспортировке в стационар и первые часы пребывания в лечебном учреждении уделялось особое внимание купированию острой психотической симптоматики, созданию охранительного режима, уровневого подхода медперсонала к психическому здоровью раненых.

Результаты исследований и их обсуждение. Структура психических расстройств, вызванных минно-взрывными и огнестрельными ранениями, у обследуемых была представлена реакцией на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации в виде острой реакции на стресс (9,5 %), ПТСР (21,7 %) и расстройств адаптации (67,8 %).

У больных с реакцией на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации при сочетанной травме наблюдаются повышенные показатели ситуативной

и личностной тревожности (у 92 % и у 75 % соответственно), депрессии (у 88,9 %), а также дисгармоничный индивидуально-типологический профиль с акцентуациями или дезадаптирующими свойствами по одной или нескольким осям (у 94,5 %).

Установлено, что показатели ситуативной тревожности коррелируют с тяжестью боевой травмы (11 = 0,66), посттравматическими дефектами тела (11 = 0,72) и наличием хронического стресса (11 = 0,68); личностной тревожности — с наличием хронического стресса (11 = 0,89) и психическим травматизмом в анамнезе (11 = 0,77); депрессии — со сроками госпитализации (11 = 0,76) и наличием хронического стресса (11 = 0,82).

С целью купирования психотических и фобических состояний использовали постоянный контроль психического состояния пациентов, ежедневные беседы, дифференцированную психотерапию (ПТ), назначение профилактического медикаментозного воздействия психотропными препаратами.

Установлено, что в ПТ пострадавших с боевой травмой эффективен этапный подход с использованием различных методик и их сочетания, при котором последовательно решаются три основные задачи: терапия и профилактика ПТСР; работа с тревожно-депрессивной симптоматикой и болевым синдромом; глубинная ПТ хронических внутриличностных и межличностных конфликтов (эффективное сочетание нескольких методик).

Мы определяли 3 периода оказания психотерапевтической помощи пострадавшим во время ограниченных военных конфликтов.

Первый период (непосредственно в очаге поражения и длится до 2 дней после ранения) характеризовался психогенно-шоковым состоянием осмысления происшедшего, особенно для родственников пострадавших и требовал в основном купирования тревожно-фобических и депрессивно-фобических реакций. Особое внимание было уделено людям с ярко выраженным истерическим реагированием, проявляющим повышенную агитацию и тревогу. Они нуждались в изоляции и проведении психотерапевтической работы в комбинации с гипнотерапией, релаксационными методиками, лекарственным лечением. У каждого 5 пациента (14 %) с тяжелыми и крайне тяжелыми ранениями развивались астено-депрессивные состояния, иногда, с суицидальными намерениями. В связи с этим, уже в раннем периоде назначались транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты.

Второй период (от 2 до 3 недель после окончания первого периода) характеризовался осознанием пережитого и развитием первичной психотравматизации. Основной задачей психотерапевтической помощи в этот период явилось переключение внимания больных от воспоминаний и мыслей о случившемся на стремление к выздоровлению. В этот период использовались методы рациональной психотерапии, методики аутогенной тренировки, релаксационные дыхательные техники.

Третий период (начинается через 1–1,5 месяца после поражения и продолжается неопределённо длительное время) требует от психотерапевта помочь пострадавшим и их родственникам предупредить возникновение вторичной психотравматизации, связанной с осознанием негативных последствий травмы, помочь социально устроиться

после выписки и окончания лечения. В этом периоде мы расширяли применение психофармакологических методов, направленных на компенсацию появившихся соматических изменений и психотерапевтическое лечение — направленное на купирование выраженных психоэмоциональных расстройств, страха уродства, использовали когнитивно-поведенческую ПТ. При развитии астено-депрессивного и астено-ипохондрического синдромов, применяли комбинированную групповую психотерапию с привлечением родственников и близких пострадавшего. При лечении депрессии с астенией назначали препарат из группы активирующих антидепрессантов в комбинации с малыми дозами антипсихотических нейролептиков. При тревожных депрессиях использовали антидепрессанты с седативным эффектом, комбинируя их с транквилизаторами бензодиазепинового ряда.

Нами разработаны дифференцированные схемы терапии постстрессовых состояний в соответствии с особенностями течения и патогенеза развития психических расстройств. Эффективность предложенных программ подтверждена результатами объективных исследований. Согласно которым на фоне проведенной психотерапии отмечается положительная динамика основных психофизиологических показателей: улучшилось самочувствие, активность и настроение, снизился уровень невротизации и реактивной тревожности.

Применение ПТ в комплексе лечения больных с сочетанной травмой улучшает клинические показатели: в 1,6 раз снижает количество повторных операций и в 1,8 раза — случаев развития пневмоний, что приводит к уменьшению в 1,2 раза показателей койко-дней и, следовательно, к повышению социальной экономичности и эффективности лечения.

По данным катамнеза установлено, что ПТ способствует профилактике развития ПТСР, повышает качество психической и социальной адаптации, приводит к гармонизации индивидуально-типологического профиля.

Таким образом, практическая значимость исследования заключается в том, что разработана этапность в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи для пациентов, перенесших огнестрельную и минно-взрывную травму, у которых изучены и описаны основные клинические формы нозогенных пограничных психических расстройств. Полученные сведения о распространенности и характере психических нарушений при сочетанной травме, их типологии и клиническая динамика, а также — возможностях реабили-

тации, имеют значение для дальнейшего изучения проблем диагностики, а также лечения с использованием методов психотерапии.

I.A. Babyuk, G.M. Firsov, I.I. Speranski, D.V. Sobolev, E.A. Rakityanskaya
ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MINE-EXPLOSIVE AND GUNSHOT WOUNDS

Summary. *The article examines the issues of formation and course of mental disorders caused by mines and explosive and gunshot wounds. Proposed phasing in providing psychiatric and psychological care for patients in the Department of somatic profile.*

Key words: *mental disorders, gunshot wounds, psychiatric and psychological care*

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М. Медицина, 1993. – 400 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии. // *Materia Medica*, №1 (9), 1996. – С. 29–56
3. Бехтерев В.М. Война и психозы // *Обозр. психиатр., неврол. и эксперим. психол.* 1914/1915. Т.19, № 4/6. – С. 317–335
4. Василевский В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого посттравматического стрессового расстройства. // В.Г. Василевский, Т.А. Фастовцов // *Рос. психиатр. журн.* 2005, №2. – С. 7–10
5. Гречко А.Т. «Минная война», взрывные поражения, медицинские и социальные аспекты реабилитации раненых. // *Проблемы реабилитации.* СПб., 2001, № 2. – С. 24–31
6. Гуманенко Е.К., Козлова В.К. Политравма: травматическая болезнь, современная стратегия лечения. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.
7. Дедушкин В.С., Косачев И.Д., Ткаченко С.С., Шаповалов В.М. Оказание медицинской помощи и объем лечения пострадавших с взрывными повреждениями (Обзор литературы) // *Воен.-мед. журн.* 1992, № 1. – С. 13–17
8. Ениклопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. // *Российский психиатрический журнал*, 1998, №3. – С. 50–56
9. Захаров В.Н., Цыган В.И., Фесюн А.Д., Семенов Н.И. Адаптационный синдром при травмах в условиях боевой обстановки // *Проблемы реабилитации.* –СПб., 2000, №1. – С. 73–75
10. Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Зборовский А.М., Седнев В.В. Психические расстройства у пострадавших от термических и комбинированных техногенных поражений. – Монография, Донецк, 2012
11. Хан В.В. Характеристика адаптационных возможностей и функционального состояния организма военнослужащих, участвующих в боевых действиях в Чеченской Республике / В.В. Хан // *Воен.-мед. журн.*, 2006, № 2. – С. 56

УДК 616.89:614.8

В.В. Волобуев, С.В. Титиевский, В.Н. Черепков, В.С. Воеводина, А.В. Кравчук, А.М. Пушкарук

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Республиканская клиническая психоневрологическая больница — Медико-психологический центр, г. Донецк*

Реферат. В статье рассматриваются психоневрологические последствия военного времени и экстремальных условиях жизнедеятельности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Путем клинко-эпидемиологического исследования с использованием годовых статистических данных Республиканской клинической психоневрологической больницы — медико-психологического центра за 2010–2014 гг. была проанализирована структура пациентов, получивших помощь в стационарных и амбулаторных подразделениях с выявлением психоневрологических особенностей исследуемого контингента в период активных боевых действий в нашем регионе. Выявлены основные необходимые аспекты дальнейшего совершенствования качества оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи населению, находящемуся в условиях военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности.

Ключевые слова: психоневрологические последствия, военное время, экстремальные условия жизнедеятельности, непсихотические психические расстройства, посттравматический стресс.

Актуальность. Последние десятилетия выдвинули перед медицинскими науками, точками приложения которых является область охраны психического здоровья, целый ряд принципиально новых проблем. Это связано с возрастающими (как локальными, так и глобальными) конфликтами с использованием военной техники и вызывающими экстремальные условия жизнедеятельности, в первую очередь у мирного населения.

Особенностью современного исторического этапа является стремительный темп происходящих перемен, связанных с затянувшимися военными действиями на территории нашего региона. Под воздействием этих перемен одновременно оказались под угрозой все устоявшиеся основы общественной жизни — семейные, профессиональные, национальные, культуральные, экономические. Такие же данные получены исследователями при изучении влияния военных конфликтов на психическое здоровье [1, 3, 5]. За исторически короткий срок существенно изменились не только условия жизни, природная среда, характер профессиональной деятельности, но и сознание отдельного человека, его потребности, ценностные ориентации. Изменению также подвергается вся система человеческих взаимоотношений [1, 3].

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях военного времени и в экстремальных условиях жизнедеятельности, связанных с угрозой существования человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе возникновения непсихотических психических расстройств. Их наличие может способствовать развитию, проявляется в течении

или клинической картине непсихотического психического расстройства, в первую очередь, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности [2, 4].

Для оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи населению с непсихотическими психическими расстройствами создано и на протяжении 13 лет функционирует ведущее по профилю, учреждение — Республиканская клиническая психоневрологическая больница — Медико-психологический центр (далее — Центр). Подобные центры организованы и функционируют как в Российской Федерации, так и в странах Западной Европы. Специалисты Центра на протяжении многих лет проводят обследование (диагностику) психического состояния, осуществляют лечение с применением методов психотерапевтического воздействия, профилактику возможного обострения психического расстройства непсихотического спектра и медицинскую реабилитацию пациентов с непсихотическими (пограничными) психическими расстройствами, а также расстройствами, в происхождении которых ведущим является психологический фактор. В составе мультидисциплинарных бригад (психиатр, психотерапевт, практический психолог) специалисты Центра оказывают медико-психологическую и психотерапевтическую помощь пациентам в кризисных состояниях с расстройствами, развившимися в результате, техногенных аварий и катастроф, различных видов насилия. Особенно востребованы были специалисты Центра в последнее время на всей территории военного конфликта. Накопленный опыт работы наших специалистов дает возможность проанализировать психоневрологические последствия военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Целью данного исследования явилось изучение психоневрологических последствий военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Материалы и методы. Пациенты с наличием непсихотических психических расстройств (в соответствии с критериями МКБ-10), которые обратились за помощью в Центр, были отобраны для изучения возникновения психоневрологических последствий военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности.

Лечение данных больных как в стационарных, так и в амбулаторных условиях проводилось в со-

ответствии с клиническими протоколами и стандартами оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи. Детальное изучение психоневрологических последствий проводилось путем клинико-эпидемиологического исследования с использованием годовых статистических данных Центра.

Все пациенты были разбиты на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, получившие амбулаторную помощь в Центре в 2010–2014 гг., а во вторую — тот же контингент, но получивший помощь в стационарных условиях.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализирована структура непсихотических психических расстройств психоневрологического профиля среди всех впервые обратившихся в амбулаторные психотерапевтические кабинеты Центра в 2010–2013 гг. в сравнении с 2014, когда в нашем регионе велись активные военные действия (таблица 1).

Все непсихотические психические расстройства были разделены по нозологическим шифрам согласно действующей классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). Как следует из приведенных данных отмечается увеличение количества пациентов с органической психоневрологической симптоматикой непсихотического регистра (из группы F00-09), а также с невротическими, связанными со стрессом и соматоморфными расстройствами (группа F40-49). Наряду с прогнозируемым увеличением психоневрологических последствий военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности в виде ПТСР и расстройств адаптации из группы F40-49, также отмечается статистически значимое увеличение пациентов с органической психоневрологической патологией, которая возникла либо обострилась вследствие комплексного влияния вышеназванных факторов, как на психическую, так и на соматоневрологическую сферы здоровья человека.

Увеличение количества пациентов, пролеченных амбулаторно, напрямую связано с реализацией специалистами Центра основных принципов оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи, а именно: приближенности к населению (доступности); её соответствии современному уровню научных знаний; необходимости и достаточности лечебных мероприятий с минимальными социально-правовыми ограничениями; ступенчатости; преемственности; законности, гуманности, добровольности, соблюдения прав и свободы человека и гражданина.

При анализе динамики психоневрологической патологии у пациентов, получивших стационарную помощь в Центре в 2010–2014 гг. (таблица 2), отмечается снижение количества больных с органической психоневрологической симптоматикой непсихотического регистра (из группы F00-09), а также с расстройствами зрелой личности и поведения непсихотического регистра (группа F60-69), в то время как пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (группа F40-49) поступали в стационарные отделения в равном количестве, как и в 2011–2013 гг.

При анализе причин снижения количества пациентов, пролеченных стационарно в связи с наличием вышеназванных заболеваний было выявлено,

Таблица 1. Динамика психоневрологической патологии, получивших амбулаторную помощь в Центре в 2010–2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014
F 00-09	517	355	199	293	789
F 30-39	0	76	0	46	45
F 40-49	777	804	1142	1857	2112
F 50-59	67	35	24	24	34
F 60-69	56	34	23	35	85

Таблица 2. Динамика психоневрологической патологии у пациентов, получивших стационарную помощь в Центре в 2010–2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014
F 00-09	1283	1418	1318	1402	965
F 21	8	6	10	9	8
F 30-39	40	76	206	130	121
F 40-49	716	598	584	536	530
F 50-59	3	5	8	7	5
F 60-69	355	347	341	347	205

что пациенты с исследуемой психоневрологической нозологией отмечали невозможность госпитализации в стационар по следующим причинам:

- страх за близких («как они останутся без меня в такое время»);
- страх за материально-жилищные условия («я не могу потерять работу», «что случится с моим домом, квартирой: без присмотра, их ограбят и т.д.);
- желанием получать помощь ближе к месту проживания;
- необходимостью систематически получать гуманитарную, материальную и другую социальную помощь от государственных учреждений и общественных организаций, что требовала больших временных затрат.

Выводы. Основные психоневрологические последствия военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами представлены нозологиями из групп F00-09 (непсихотического регистра) и F40-49.

В условиях военного времени и экстремальных условий жизнедеятельности наиболее востребованными были лечебно-диагностические мероприятия на амбулаторном этапе с применением мультидисциплинарного подхода (психиатр, психотерапевт, практический психолог).

Увеличение количества пациентов с психоневрологической патологией, пролеченных амбулаторно, прямо связано с реализацией основных принципов оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи.

Дальнейшее совершенствование качества оказания медико-психологической помощи населению требует:

- усиления сети амбулаторных психотерапевтических кабинетов с расположением их на базе крупных общесоматических лечебно-профилактических учреждений;

• усиления кадрового состава врачами-психотерапевтами и практическими психологами.

V.V. Volobuyev, S.V. Titievsky, V.N. Cherepkov, V.S. Voyevodina, A.V. Kravchuk, A.M. Pushkaruk

PSYCHONEUROTIC CONSEQUENCES OF WAR AND EXTREME CONDITIONS OF LIFE IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Summary. *The article discusses the neuropsychiatric consequences of war and extreme conditions of life in patients with non-psychotic mental disorders. Through clinical and epidemiological studies using annual statistics of the Republican clinical psychiatric hospital — Medical-psychological center for 2010–2014 the structure of patients who received care in inpatient and outpatient departments with the identification of psychoneurological features of the contingent during the period of active hostilities in our region was analyzed. The main relevant aspects to further improve the quality of the medico-psychological and psychotherapeutic help to the population in conditions of war and extreme conditions of life is identified.*

УДК: 616.89-008-057.875:355

Е.М. Денисов¹, В.А.Абрамов¹, Д.В. Плотников²

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У СТУДЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹,
Курский государственный медицинский университет²

Реферат. *В статье приведены результаты социально-демографического и психологического обследования 140 студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Психопатологические симптомы мы выявляли при помощи симптоматического опросника SCL-90-R. Выявлена высокая распространенность и выраженность вегетативных, соматизированных, астенических, тревожных и депрессивных симптомов у студентов.*

Ключевые слова: *психопатологические симптомы, студенты, стресс, боевые действия*

Вступление. Термин «стресс» с полным правом можно считать одним из символов нашего времени. И это не столько дань моде, сколько отражение насущной потребности понять, что же движет развитием человека, какова его связь с миром и как он выживает в меняющейся среде, от чего зависит его здоровье и благополучие [2]. С физиологической точки зрения основными компонентами боевого стресса являются: эмоциональный стресс (совокупность отрицательных переживаний с соответствующим вегетативным «аккомпанементом»), физиологический стресс (адаптационное напряжение организма под влиянием факторов среды), общее утомление, связанное с интенсивной деятельностью без отдыха [7].

Одной из неотъемлемых составляющих этой концепции является проблема «травматического стресса» или, как принято в международных классификациях — проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [5]. Это относится и к непосредственным участникам боевых действий, и к мирному населению, переживающему травматический стресс военного времени, и к ветеранам во-

Key words: *neuropsychiatric effects, war time, extreme living conditions, non-psychotic mental disorders, post-traumatic stress*

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: модели развития и их клинико-диагностические характеристики / Ю.А. Александровский // Психиатрия и общество: сб. науч. работ, посвященный 80-летию ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва, 5–7 декабря 2001 г. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2001. – С. 32–49
2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. М.: Анахарсис, 2005. – 200 с.
3. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
4. Тарабарина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабарина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
5. Chilcoat H.D. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways / H.D. Chilcoat, N. Breslau // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. Vol. 55. – P. 913–917

йны в связи с трудностями социальной адаптации при возвращении к условиям мирной жизни [9].

Регулярное пребывание в опасной для жизни обстановке, психическое и физическое перенапряжение, психосоматическое истощение вызывают психобиологические изменения, которые могут запускать патогенетический механизм боевой психической травмы. Сущность боевой психической травмы состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию [6].

Медико-социальные последствия боевой психической травмы, её клинико-психопатологические и лечебно-реабилитационные аспекты являются предметом многочисленных исследований, проведенных в России и за рубежом [2, 4, 5]. Несмотря на повышенный интерес ученых к проблеме боевых ПТСР, многие её аспекты остаются неразрешенными, а сведения, содержащиеся в специальной литературе, несистематизированными и противоречивыми [1, 10].

Целью настоящего исследования являлась оценка выраженности психопатологических симптомов у студентов, находящихся в состоянии хронического стресса, связанного с военными действиями в Донбассе.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование 140 студентов медицинских факультетов 4–го курса Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (73,5 % женщин и 26,5 % мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет. Большинство студентов (54,5 %) опреде-

ляли субъективный уровень стресса как средний, 33,5 % — как высокий, и только 12,0 % — как низкий уровень. Подавляющее большинство студентов (84,6 %) находились в зоне военного конфликта более года (апрель 2014 г. — июнь 2015 г.). Больше половины обследуемых (55,3 %) относили себя к категории граждан из мирного населения, проживающих на территории с боевыми действиями, пострадавших морально и психологически. Большинство студентов (61,5 %) отмечали субъективное ухудшение психического здоровья. Данные лица вошли в основную группу исследования. Группа сравнения включала в себя 131 студента Московского государственного университета им. М. Ломоносова (данные Д.А. Леонтьева, 2009) [3].

С целью оценки выраженности психопатологических симптомов у студентов, использовался симптоматический опросник SCL-90-R [8]. Ответы на 90 пунктов опросника подсчитывались и интерпретировались по 10 основным шкалам психопатологических симптомов: «соматизация», «обсессивность — компульсивность», «межличностная сензитивность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «фобии», «паранойяльные тенденции», «психотизм», «дополнительные симптомы» и по трём обобщенным шкалам второго порядка: «общий симптоматический индекс», «индекс выраженности дистресса», «индекс проявления симптоматики». Каждый из 90 вопросов оценивался по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствовало позиции «совсем нет», а 4 — «очень сильно».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение. Результаты обследования студентов по симптоматическому опроснику SCL-90-R представлены в таблице 1.

У студентов основной группы статистически достоверное превышение в несколько раз нормативных значений по опроснику SCL-90-R наблюдались практически во всех шкалах: «соматизация», «обсессивность — компульсивность», «межличностная тревожность», «депрессия», «тревога», «враждебность», «фобии», «дополнительные симптомы», «общий симптоматический индекс», «индекс проявления симптоматики», «индекс выраженности дистресса».

Достаточно высокие значения по шкале «соматизация» ($1,37 \pm 0,73$ балла) обуславливались у студентов различными неприятными ощущениями со стороны внутренних органов. Так, 54,3 % опрошенных отмечали различные не выраженные и не мешающие учебе и работе болевые ощущения. 57,1 % студентов наблюдали не выраженный дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, тяжесть в подложечной области). У 53,5 % студентов выявлялись различные неприятные

ощущения в области сердца в виде покалывания, сжатия, лабильность АД, сердцебиение, тахикардия. У 52 % студентов имели место вегетативные расстройства, в виде повышенной потливости, похолодания конечностей, ощущение прилива жара к голове, потемнение в глазах, головокружение.

Высокая оценка по шкале «обсессивность — компульсивность» ($1,00 \pm 0,74$ балла) была связана у студентов с повторяющимися навязчивыми мыслями, воспоминаниями, представлениями о боевых событиях. Высокие результаты по шкале «межличностная тревожность» ($1,22 \pm 0,69$ балла) обуславливались ощущением личностной неполноценности, самоосуждения, беспокойства и заметного эмоционального дискомфорта в межличностных взаимоотношениях. Некоторые студенты (30 %) сообщали об обострённом чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно взаимоотношений с другими людьми.

Достаточно высокие результаты по шкале «депрессия» ($1,03 \pm 0,66$ балла) были связаны с наличием у обследуемых депрессивных симптомов. Студенты жаловались на тревогу, тоску, подавленность, сниженное настроение, потерю сна, аппетита, слезливость, постоянно думали о психотравмирующей ситуации, не могли учиться. В некоторых случаях встречалось чувство вины (18,5 %).

Высокая оценка по шкале «тревога» ($1,20 \pm 0,83$ балла) свидетельствовала о наличии у студентов повышенной нервозности и беспокойства, тревожности, эмоционального и мышечного напряжения, тремора, приступов паники. Высокие значения по шкале «враждебность» ($1,02 \pm 0,92$ балла) были

Таблица 1. Сравнительная оценка выраженности психопатологических симптомов при помощи симптоматического опросника SCL-90-R

№	Шкалы	Основная группа		Группа сравнения	
		n = 140		n = 131	
		М	SD	М	SD
11.	Соматизация	1,37*	0,73	0,55	0,46
22.	Обсессивность – компульсивность	1,00*	0,74	0,78	0,54
33.	Межличностная тревожность	1,22*	0,69	0,85	0,65
44.	Депрессия	1,03*	0,66	0,72	0,55
55.	Тревога	1,20*	0,83	0,58	0,53
66.	Враждебность	1,02*	0,92	0,74	0,65
77.	Фобии	0,93	0,59	0,32	0,37
88.	Паранойяльность	0,30	0,74	0,73	0,59
99.	Психотизм	0,58	0,30	0,34	0,35
1	Дополнительные симптомы	1,00*	0,52	0,54	0,49
11.	Общий симптоматический индекс	1,01*	0,54	0,64	0,43
12.	Индекс проявления симптоматики	42,4*	25,4	36,6	17,2
13.	Индекс выраженности дистресса	1,56*	0,46	1,35	0,39

Примечание: М — среднее значение, SD — стандартное отклонение. * — достоверные отличия при $p < 0,05$

связаны с наличием у студентов раздражительности, гнева, агрессии, ощущения неприязни к другим людям. Достаточно высокие результаты по шкале «фобии» ($0,93 \pm 0,59$ балла) свидетельствовали о наличии у данного контингента опасений и страха за своё здоровье и будущее. Некоторые студенты боялись выйти из дома (20,7 %), испытывали страх попасть под обстрел (32,5 %).

Из дополнительных симптомов опросника SCL-90-R необходимо выделить наличие астенических симптомов. Так 51,4 % студентов отмечали повышенную утомляемость, ощущение разбитости и физической усталости, трудность концентрации внимания, явления раздражительной слабости с повышенной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью. У половины обследуемых (50,5 %) наблюдалось нарушение сна в виде проблем с засыпанием, частыми ночными пробуждениями, наличием кошмарных сновидений.

Необходимо отметить наличие у лиц основной группы достаточно высокого общего симптоматического индекса ($1,01 \pm 0,54$ балла), индекса выраженности дистресса ($1,56 \pm 0,46$ балла), являющихся индикаторами типа реагирования личности на стрессовую ситуацию. Достаточно высоким в отличие от группы сравнения являлся индекс проявления симптоматики ($42,4 \pm 25,4$ балла), показывающий количество положительных ответов от 1 до 4-х баллов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии у студентов, находящихся в зоне военного конфликта не только физиологического и эмоционального стресса, но и формирования субклинических соматизированных, вегетативных, астенических, тревожных и депрессивных симптомов, снижении стрессоустойчивости и возможности самостоятельно совладать со стрессом и преодолеть его последствия.

Эти данные с незначительной погрешностью можно экстраполировать на весь контингент студентов и прогнозировать значительную распространённость посттравматических стрессовых расстройств у всего населения Донбасса.

Возникающая при этом необходимость оказания квалифицированной помощи пострадавшим в разных странах решается путём создания специальных медико-психологических реабилитационных служб и научных разработок в этой области.

E.M. Denisov, V.A. Abramov, D.V. Plotnikov

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AMONG STUDENTS IN THE ZONE OF MILITARY CONFLICT

Summary. *The article introduces the results of the social-demographic, pathopsychological survey of 140 students of Donetsk national medical university named of M. Gorkiy. The psychopathological symptoms we determined by symptomatic scale SCL-90-R. We detected a high prevalence and severity of vegetative, somatization, asthenic, anxious and depressive symptoms among students.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунц А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе // *Обозр. психиатр. и мед. психол.* 1994, № 2. – С. 77–79
2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: «Анахарсис», 2005. – 200 с.
3. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // *Личностный потенциал: структура и динамика* / под ред. Д.А. Леонтьева. М: Смысл, 2011. – С.107–130
4. Мухамадиев Д.М., Мунинова Р.Х. Социально-психиатрическая оценка качества жизни гражданских лиц, пострадавших в результате минновзрывной травмы // *Российский психиатрический журнал*, 2010, № 1. – С. 63–67
5. Погосов А.В. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния у военнослужащих (клиника, факторы риска, терапия). Курск: КГМУ, 2006. – 207 с.
6. Рыбников О.Н., Маныхин В.В. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших ранение в боевых действиях // *Военно-медицинский журнал*, 2004, № 3. – С. 24–27
7. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // *Соц. и клин. Психиатр*, 2009, № 1. – С. 12–18
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. – 272 с.
9. Solomon Z., Neria Y., Ohry A. et al. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study // *Amer. J. Psychiat*, 1994. Vol. 151, N 4. – P. 554–559
10. Taft C.T., Willing S.M., Howard J.M. et al. Trauma, PTSD and Partner Violence in Military Families // *Risk and Resilience in U.S. Military Families*. 2011, N 3. – P. 195–212

УДК 616.89:614.8

*С.В. Титиевский, В.С. Воеводина, В.Н. Черепков, Е.А. Ткаченко, И.М. Гостюк,
В.В. Волобуев, М.Б. Доценко*

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Республиканская клиническая психоневрологическая больница — Медико-психологический центр, г. Донецк*

Реферат. С целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе проанализированы 26 случаев госпитализаций больных с данной патологией летом 2015 г. Установлено преобладание у обследованных депрессии и тревоги психогенного характера.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психиатрия военного времени, депрессия, тревога

Актуальность. Оценка влияния боевых действий на психическое здоровье мирного населения, живущего в условиях их ведения, достаточно сложна, поскольку следует учитывать воздействие не только патогенных факторов военного времени в виде прямой угрозы для жизни, но и ряда неблагоприятных социально-экономических условий, провоцирующих развитие психических расстройств: массовой безработицы, плохого питания, низкого качества воды, отсутствия социальной инфраструктуры, неудовлетворительного медицинского обслуживания, разрушенного жилья [2]. В то же время, данные расстройства представляют собой серьезную проблему. В частности, практически у всех жителей Чечни (82,4 %) в период боевых действий отмечались различной степени выраженности непсихотические формы психических расстройств, проявлявшиеся нарушениями невротического уровня, характерологическими и поведенческими отклонениями. Эти расстройства были способны приобретать массовый характер, определяя не только состояние психического здоровья, но и социально-психологический климат населения в целом [2]. Данное исследование проведено с целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе.

Материалы и методы. Случайным методом нами отобраны 100 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Республиканской клинической психоневрологической

больнице — медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2014–2015 г.г. Из их числа проанализированы все случаи (26) госпитализаций в течение последних 3 месяцев, предшествовавших данному исследованию (июнь-июль 2015 г.), поскольку данный подход обеспечивал оптимальную ретроспективную оценку состояния обследованных в период ведения боевых действий в Донбассе. Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

Результаты и обсуждение. Из числа обследованных 12 чел. (46,2 %) составили мужчины, 14 чел. (53,8 %) — женщины, в возрасте от 41 до 64 лет, постоянно проживающие в ДНР (г. Донецке (19 чел., 73,0 %; Кировский район — 7 чел., 26,9 %; Куйбышевский район — 7 чел., 26,9 %; Буденовский район — 2 чел., 7,7 %; Киевский район — 2 чел., 7,7 %; Ленинский район — 1 чел., 3,8 %), г. Макеевке (2 чел., 7,7 %), г. Докучаевске (1 чел., 3,8 %), Амвросиевском районе (1 чел., 3,8 %)) и на территории Донбасса вне ДНР (3 чел., 11,6 %); постоянную работу имели 8 чел. (30,8 %), 18 чел. (69,2 %) не работали; 3 чел. (11,6 %) являлись участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, 1 чел. (3,8 %) — инвалид войны, служивший в Афганистане), 1 чел. (3,8 %) обследовался в связи желанием служить в ополчении.

После начала боевых действий в Донбассе 8 чел. (30,8 %) впервые в жизни поступили на стационарное лечение в РКПБ-МПЦ г. Донецка, 18 чел. (69,2 %) там до начала данных событий также проводилось стационарное лечение. Кратность поступлений в военное время и длительность заболевания к моменту обследования указаны в табл. 1.

Можно сделать вывод о том, что достаточно большое количество обследованных (почти треть) впервые начали лечиться после начала боевых действий, причем это были люди среднего и пожилого возраста.

Таблица 1. Характеристика обследованных

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Возраст (полных лет)	53,0	41,0	64,0	6,6	1,3
Длительность заболевания (полных лет)	7,0	0,0	33,0	8,4	1,3
Кратность поступления в РКПБ-МПЦ г.Донецка после начала боевых действий в Донбассе	2,0	1,0	4,0	1,0	0,2

Таблица 2. Представленность психопатологических симптомов у обследованных

Показатель (симптом)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Сниженное настроение	0,769	0,430	0,084
Тревога	0,769	0,430	0,084
Нарушение сна	0,769	0,430	0,084
Рассеянность (неустойчивость) внимания	0,731	0,452	0,089
Истощаемость (утомляемость)	0,654	0,485	0,095
Раздражительность	0,615	0,496	0,097
Слабость	0,538	0,508	0,100
Замедленность (торпидность, снижение темпа) мышления	0,500	0,510	0,100
Апатия	0,423	0,504	0,099
Страх	0,423	0,504	0,099
Снижение аппетита	0,346	0,485	0,095
Снижение памяти	0,308	0,471	0,092
Плаксивость	0,269	0,452	0,088
Вспыльчивость (конфликтность)	0,231	0,430	0,084
Ипохондричность	0,231	0,430	0,084
Двигательная заторможенность (снижение активности)	0,192	0,402	0,079
«Ком» в горле	0,192	0,430	0,079
Демонстративность	0,154	0,368	0,072
Ангедония	0,115	0,326	0,064
Паника (в структуре панических атак)	0,038	0,196	0,038

Диагностически обследованные распределились следующим образом: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) — 8 чел. (30,8 %), органическое расстройство личности (F07.0) — 4 чел. (15,5 %), тревожное расстройство органической природы (F06.4) — 3 чел. (11,6 %), расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции (F43.22) — 3 чел. (11,6 %), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) — 2 чел. (7,7 %), смешанное расстройство личности (F61.0) — 1 чел. (3,8 %), хроническое изменение личности (F62.8) — 1 чел. (3,8 %), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — 1 чел. (3,8 %), смешанное тревожно-диссоциативное расстройство (F41.3) — 1 чел. (3,8%), церебрастенический синдром (F06.8) — 1 чел. (3,8 %), без психических расстройств — 1 чел. (3,8 %).

Таким образом, несмотря на значительную долю впервые лечившихся после начала боевых действий, расстройства адаптации диагностированы примерно у одной десятой части обследованных. Это может объясняться кратностью госпитализаций в период, превышающий год, и, соответственно, — трансформацией данной патологии в невротическое расстройство, в первую очередь, — в смешанное тревожное и депрессивное расстройство (приблизительно у трети больных). Обращает на себя внимание отсутствие у госпитализированных посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), характерного для комбатантов [1, 4].

В 11 случаях (42,3 %) в медицинских картах отсутствовали указания на связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий, в 15 случаях (57,7 %) отчетливо подчеркивалась данная связь (например, большая

указывает, что заболела «несколько дней назад, когда вновь начали обстреливать наш город»).

Выявленные клинически доминирующие психопатологические симптомы регистрировались нами с помощью кодов «0» (отсутствие симптома) и «1» (наличие симптома). В табл. 2, соответственно, отражена представленность (удельный вес) указанных проявлений.

Представленные нарушения сложно оценить вне их связи с синдромальной либо нозологической принадлежностью. Обращает на себя внимание превалирование сниженного настроения, тревоги и нарушений сна, а также рассеянности (неустойчивости) внимания, что, как можно предположить, в целом отражает доминирование у обследованных патологии, при которой основными симптомокомплексами являются депрессивный и тревожный. Невыраженная представленность двигательной заторможенности и ангедонии (при высоком удельном весе сниженного настроения), вероятно, свидетельствует о значимости психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных. Выявлена также невысокая представленность истерических форм реагирования.

Неврологическая патология у обследованных была представлена следующим образом: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) — 6 чел. (23,2 %) (ДЭП 1–2 степени — 4 чел. (15,5 %), ДЭП 2 степени — 2 чел. (7,7 %)), энцефалопатия сложного генеза — 2 чел. (7,7 %), резидуальная энцефалопатия — 2 чел. (7,7 %), вегетососудистая дистония — 2 чел. (7,7 %), токсико-гипоксическая энцефалопатия вследствие отравления угарным газом на производстве — 1 чел. (3,8 %), остеохондроз — 1 чел. (3,8 %). У 12 (46,1 %) обследованных неврологическая патология выявлена не была.

Таблица 3. Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных личностных особенностей, тревоги и депрессии (баллы)

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
1 шкала теста СМЛ	66,4	55,0	77,0	9,4	4,2
2 шкала теста СМЛ	68,2	53,0	74,0	8,6	3,9
3 шкала теста СМЛ	66,0	51,0	82,0	11,6	5,2
4 шкала теста СМЛ	58,2	48,0	73,0	10,2	4,6
5 шкала теста СМЛ	58,6	51,0	66,0	7,2	3,2
6 шкала теста СМЛ	70,4	65,0	74,0	3,9	1,7
7 шкала теста СМЛ	64,2	54,0	73,0	7,9	3,5
8 шкала теста СМЛ	70,2	57,0	79,0	8,5	3,8
9 шкала теста СМЛ	60,0	44,0	75,0	12,1	5,4
10 шкала теста СМЛ	62,4	49,0	70,0	8,2	3,7
Уровень тревоги (тест Люшера, 1-й выбор)	3,0	0,0	9,0	2,6	0,6
Уровень тревоги (тест Люшера, 2-й выбор)	3,4	0,0	9,0	2,7	0,6
Реактивная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	44,7	10,0	68,0	15,2	3,5
Личностная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	56,9	26,0	73,0	13,1	3,0
Уровень тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	15,0	12,0	17,0	2,0	0,8
Уровень депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	14,5	9,0	18,0	3,1	1,3
Уровень депрессии (тест Зунга)	48,3	30,0	58,0	9,9	2,6

У обследованных выявлена следующая терапевтическая патология: гипертоническая болезнь 2 стадии – 7 чел. (26,9 %), хронический панкреатит – 5 чел. (19,3 %), вегетосудистая дистония – 2 чел. (7,7 %), хронический бронхит – 1 чел. (3,8 %), злокачественное новообразование – 1 чел. (3,8 %), острое отравление угарным газом – 1 чел. (3,8 %), деформирующий остеоартроз – 1 чел. (3,8 %). У 8 (30,9 %) обследованных терапевтическая патология выявлена не была.

Данные проведенного указанным больным экспериментально-психологического исследования представлены в табл. 3.

Средние значения шкал теста СМЛ, в основном, находятся в диапазоне, свидетельствующем о заострении личностных черт, при умеренно высоких максимальных значениях (несмотря на наличие у части обследованных клинически верифицированной личностной патологии). Нужно отметить невысокое среднее значение определяемого по 12-балльной шкале метода цветных выборов (теста Люшера) уровня тревоги, без тенденции к повышению тревожности в процессе обследования. Значительно более высокие показатели тревожности, с тенденцией к преобладанию личностной тревожности, демонстрируют средние показатели теста Спилбергера-Ханина; о высокой тревожности свидетельствуют также средние показатели госпитальной шкалы. Клинически же тревога была у обследованных одним из наиболее частых симптомов (табл. 4). Значительный уровень депрессии у

обследованных также не выявлен (госпитальная шкала, тест Зунга), что, при депрессии как одном из наиболее часто выявлявшихся у обследованных симптомов (табл. 4), может быть объяснено её преимущественно психогенным характером.

Обращает на себя внимание объективно подтверждаемая недостаточно высокая способность памяти обследованных как к краткосрочному (невысокие средние значения количества слов при всех воспроизведениях после повторения), так и к долгосрочному (невысокие среднее и максимальное значения количества слов отсроченного воспроизведения) удержанию информации [3]. В то же время, клинически снижение памяти проявилось менее, чем в трети случаев (табл.2). Способность концентрировать внимание у обследованных также объективно недостаточно высока [3], о чем свидетельствуют средние показатели времени, затраченного на каждую из таблиц теста Шульце (при удовлетворительных минимальных значениях, хотя минимальный возраст обследованных – 41 год). При этом, клинически нарушение внимания принадлежало к числу наиболее часто выявлявшихся симптомов (табл. 4). Указанные изменения памяти и внимания могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

Сравнивая полученные данные с известными из литературы сведениями о непсихотической психической патологии у жителей Чечни в период боевых действий [2], можно отметить общие черты в виде

Таблица 4. Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных памяти и внимания

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Количество слов в 1-м воспроизведении (тест 10 слов)	3,9	3,0	5,0	0,8	0,3
Количество слов во 2-м воспроизведении (тест 10 слов)	5,6	5,0	6,0	0,5	0,2
Количество слов в 3-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,1	5,0	8,0	1,1	0,4
Количество слов в 4-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,4	5,0	9,0	1,3	0,4
Количество слов в 5-м воспроизведении (тест 10 слов)	7,3	6,0	9,0	1,1	0,4
Количество слов отсроченного воспроизведения (тест 10 слов)	3,9	1,0	5,0	1,4	0,5
Тест Шульте, 1-я таб. (с)	59,6	42,0	90,0	15,6	5,2
Тест Шульте, 2-я таб. (с)	62,3	42,0	103,0	20,0	6,7
Тест Шульте, 3-я таб. (с)	59,9	42,0	70,0	11,5	3,8
Тест Шульте, 4-я таб. (с)	61,9	37,0	96,0	18,2	6,1
Тест Шульте, 5-я таб. (с)	59,3	41,0	77,0	12,9	4,6

большого удельного веса затяжных гипотимных ситуационных реакций, ситуационной тревоги, страха, астении, снижения уровня побуждений к деятельности, нарушений сна. В то же время, можно отметить и отличия. Ангедония у обследованных жителей Чечни отмечалась почти в 2 раза чаще (в 21,4 % случаев). Интеллектуально-мнестические нарушения в виде фиксационной гипомнезии отмечались у 64,8 % переселенцев, т.е. чаще, чем снижение памяти у обследованных нами, нарушения концентрации внимания – у 54,6 %, т.е. реже, чем в нашем исследовании. У жителей Чечни ПТСР встречалось редко (в нашем исследовании — отсутствовало), а конверсионные расстройства были распространены (в нашем исследовании – представлены небольшим количеством случаев).

Выводы. Приблизительно третья часть обследованных после начала боевых действий впервые начала стационарно лечиться в связи с наличием непсихотических психических расстройств.

Расстройства адаптации диагностированы у небольшой части обследованных, что может объясняться трансформацией данной патологии в смешанное тревожное и депрессивное расстройство за время ведения военных действий.

Посттравматическое стрессовое расстройство у обследованных отсутствовало.

Более, чем в половине случаев у обследованных отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий.

У обследованных клинически преобладали сниженное настроение, тревога, нарушения сна, рассеянность (неустойчивость) внимания.

Отмечена значимость психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных.

Выявлена невысокая представленность у обследованных истерических форм реагирования.

Экспериментально-психологически выявлены заострение личностных черт, умеренно выраженные тревожность, с преобладанием личностной тревожности, и депрессия, преимущественно психогенная.

При патопсихологическом исследовании памяти и внимания выявлены их нарушения, которые могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

При сравнении полученных данных с описанием непсихотической психической патологии у жителей Чечни в период боевых действий обнаружены как общие черты, так и отличия.

S.V. Titievsky, V.S. Voyevodina, V.N. Cherepkov, Y.A. Tkachenko, I.M. Gostyuk, V.V. Volobuyev, M.B. Dotsenko

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AMONG INPATIENTS DURING WARFARE IN THE DONBASS

Summary. To evaluate the clinical and psychological characteristics of non-psychotic mental disorders during combat operations in the Donbass we have analyzed 26 cases of hospitalization of patients with this pathology in the summer of 2015. The prevalence of psychogenic depression and anxiety was established in the examined patients.

Keywords: non-psychotic mental disorders, psychiatry of war time, depression, anxiety

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. М.: Анахарсис, 2005. – 200 с.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
3. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
4. Andreasen N.C. Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, № 8. – P. 1321-1323.

О.А. Проценко, Ал.С. Горбенко

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Обследованы 54 человека в возрасте от 18 до 81 года, в т.ч. 25 больных хроническими дерматозами (основная группа) и 29 человек, проживающих территориально в этих же условиях, но без кожной патологии (группа сравнения). Использовали опросник психопатологической симптоматики SCL-90 R. У лиц основной группы общий индекс тяжести в 2 раза превышал нормативные значения ($p < 0.05$), более высокое значение имел индекс PSDI- в группе сравнения ($1,27 \pm 0,01$ баллов и $1,4 \pm 0,01$ балла — в основной группе. Значительные различия с нормативными показателями были по шкале тревоги, как в основной группе, так и в группе сравнения ($0,89 \pm 0,02$ баллов и $0,73 \pm 0,03$ баллов, соответственно). Высокий уровень фобической тревожности: основная группа — ($0,46 \pm 0,11$) баллов, группа сравнения — ($0,49 \pm 0,12$) балла, при норме ($0,18 \pm 0,13$) баллов. Высокий показатель соматизации ($0,88 \pm 0,01$) баллов — основная группа и ($0,89 \pm 0,01$) баллов — группа сравнения при норме ($0,44 \pm 0,03$). У пациентов основной группы отмечали нарушения депрессивного спектра — ($0,84 \pm 0,02$) балла при норме ($0,62 \pm 0,04$) баллов, в группе сравнения данные показатели составили ($0,76 \pm 0,03$) баллов. Показатель по шкале межличностной чувствительности у больных основной группы превышал нормативные значения ($0,89 \pm 0,02$) баллов при норме ($0,66 \pm 0,03$ балла). В группе сравнения составил ($0,80 \pm 0,02$) балла. Менее выраженными, но присутствующими чаще, чем в норме, были симптомы обсессивно-компульсивного характера (норма = $0,75 \pm 0,04$ балла). В основной группе было ($0,82 \pm 0,01$) балла и в группе сравнения ($0,78 \pm 0,02$) баллов. Психический статус пациентов с хроническими дерматозами характеризовался психопатологическими симптомами широкого спектра, что необходимо учитывать при лечении и реабилитации больных.

Ключевые слова: хронические дерматозы, психический статус

Актуальность. Психоэмоциональные и стрессорные факторы нередко являются причинами хронических дерматозов, отягощают их течение и способствуют хронизации процесса [3]. Длительное нахождение или проживание в зоне продолжающихся боевых действий не может не влиять на особенности хронических рецидивирующих заболеваний кожи, однако до настоящего времени особенности этого влияния не изучались. В то же время несомненно комплексная терапия таких больных должна учитывать эти изменения.

Цель исследования — оценить особенности психического статуса больных хроническими дерматозами, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы исследования. Обследованы 64 человека (мужчин 15, женщин 39) в возрасте от 18 до 81 года, в том числе 35 больных хроническими дерматозами, получавших лечение в РКДВД (основная группа) и 29 человек, проживающих территориально в этих же условиях, но без кожной патологии (группа сравнения).

В качестве психодиагностического инструмента использовали опросник психопатологической

симптоматики SCL-90 R (SymptomCheckList 90 R). Оценивали общий индекс тяжести (GSI), индекс симптоматического дистресса (PSDI), уровни соматизации, обсессивно-компульсивные, межличностной чувствительности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревоги, паранойяльности, психотизма [1, 2]. Индекс качества жизни определяли по общепринятой методике [4].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась стандартными программами на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования установлено, что психический статус больных хроническими дерматозами значимо отличался от показателей группы сравнения (табл. 1).

Так, GSI в основной группе в 2 раза превышал нормативные значения и был достоверно выше, чем у лиц группы сравнения ($p < 0.05$), что свидетельствовало о тяжести психоэмоционального состояния больных с хроническими дерматозами. Более высокое значение имел индекс PSDI — ($1,4 \pm 0,01$) балла у больных основной группы, в группе сравнения — лишь ($1,27 \pm 0,01$) балла.

Значительные различия с нормативными показателями были по шкале тревоги, как у пациентов основной группы, так и в группе сравнения ($0,89 \pm 0,02$) баллов и ($0,73 \pm 0,03$) баллов, соответственно. Это проявлялось признаками внутреннего напряжения, раздражительности, паническими симптомами страхами различной интенсивности.

Высокий уровень фобической тревожности наблюдали в обеих группах: основная группа — ($0,46 \pm 0,11$) баллов, группа сравнения — ($0,49 \pm 0,12$) балла, при норме ($0,18 \pm 0,13$) баллов. Клинически: симптомы страха в отношении конкретных объектов, событий, ситуаций.

Высокий показатель соматизации ($0,88 \pm 0,01$) баллов — основная группа и ($0,89 \pm 0,01$) баллов — группа сравнения при норме ($0,44 \pm 0,03$) у всех обследованных лиц отражал наличие психологического дистресса, независимо от наличия кожной патологии. У пациентов основной группы дистресс носил соматический характер, в группе сравнения — отражал состояние общего соматического дискомфорта.

У пациентов основной группы отмечались нарушения депрессивного спектра — ($0,84 \pm 0,02$) балла, при норме ($0,62 \pm 0,04$) баллов, что отражало снижение интереса к жизни, общее снижение мотивации к активности. В группе сравнения данные показатели составили ($0,76 \pm 0,03$) баллов, соотносились с мыслями о бесперспективности жизненных обстоятельств в условиях вооруженного конфликта.

Показатель по шкале межличностной чувствительности у больных основной группы превышал нормативные значения ($0,89 \pm 0,02$) баллов при норме ($0,66 \pm 0,03$) балла. Клинически описывались ощущения личностной неполноценности в ситуации

Таблица 1. Психопатологические симптомы в обследуемых группах (в баллах)

Шкала	Основная группа	Группа сравнения	Норма
Соматизация	0,88 ± 0,01	0,89 ± 0,01	0,44 ± 0,03
Обсессивно-компульсивная	0,82 ± 0,01	0,78 ± 0,02	0,75 ± 0,04
Межличностная сенситивность	0,89 ± 0,02	0,80 ± 0,02	0,66 ± 0,03
Депрессия	0,84 ± 0,02	0,76 ± 0,03	0,62 ± 0,04
Тревожность	0,89 ± 0,02	0,73 ± 0,03	0,47 ± 0,03
Враждебность	0,56	0,61	0,60 ± 0,04
Фобическая тревога	0,46 ± 0,11	0,49 ± 0,12	0,18 ± 0,13
Паранойяльность	0,82	0,77	0,54 ± 0,04
Психотизм	0,72	0,30	0,30 ± 0,03
Уровень качество жизни	6,2 ± 0,02	6,61 ± 0,02	10

межличностной коммуникации. Сравнение себя с окружающими вело к негативным эмоциональным переживаниям. Данный показатель, возможно, свидетельствовал о проявлениях негативного перфекционизма. В группе сравнения показатель по шкале межличностной сенсетивности составил (0,80 ± 0,02 балла) и отражал не свойственные им ранее раздражительность и конфликтность.

Менее выраженными, но присутствующими чаще, чем в норме, были симптомы обсессивно-компульсивного характера (норма = 0,75 ± 0,04 балла). В основной группе было (0,82 ± 0,01 балла) и в группе сравнения (0,78 ± 0,02 баллов), они были связаны с самопроизвольно возникающими и трудно преодолеваемыми переживаниями в отношении возможных мыслей и действий.

Выявлено в обеих группах снижение уровня качества жизни: основная группа — (6,2 ± 0,02) балла, группа сравнения — (6,61 ± 0,02) баллов.

Выводы. Психический статус пациентов с хроническими дерматозами характеризовался психопатологическими симптомами широкого спектра.

Выявленные изменения должны учитываться при лечении и реабилитации больных, а также в первичной и вторичной профилактике дерматозов.

O.A. Protsenko, Al.S. Gorbenko

FEATURES OF THE MENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT DERMATOSES

Abstract. Aim of the study — to evaluate clinical — psychological characteristics of the mental status of patients with chronic dermatoses, living in a combat zone.

Material and methods. The study involved 54 people aged 18 to 81 years, including 25 patients with chronic dermatoses (main group) and 29 people living geographically in the same conditions, but without the skin disease (control group). Psychopathology used questionnaires SCL-90 R. Quality of Life Index was determined by the conventional method. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. In the main group of people the general severity index of 2 times the standard values ($p < 0.05$), had a higher index in the comparison group PSDI — (1,27 ± 0,01) points and (1,4 ± 0,01) points — in the main group. Significant differences from the standard indicators were

on the scale of anxiety as in the main group and the comparison group (0,89 ± 0,02) points and (0,73 ± 0,03) points, respectively). High levels of phobic anxiety: a core group of — (0,46 ± 0,11) points, the comparison group — (0,49 ± 0,12) points, at a rate of (0,18 ± 0,13) points. The high rate of somatization (0,88 ± 0,01) points — the main group and (0,89 ± 0,01) points — comparison group at a rate of (0,44 ± 0,03). Patients of the main group noted depressive spectrum disorders — (0,84 ± 0,02) points at a rate of (0,62 ± 0,04) points in the comparison group these indicators were (0,76 ± 0,03) points. Index on a scale of interpersonal sensitivity in patients of the group exceeds the standard values (0,89 ± 0,02) points at a rate of (0,66 ± 0,03) points. In the comparison group was (0,80 ± 0,02) points. Less pronounced, but present more frequently than normal, had symptoms of obsessive-compulsive character (rate 0,75 ± 0,04 points). The main group (0,82 ± 0,01 points) and in the comparison group (0,78 ± 0,02 points).

Conclusions. Mental status of patients with chronic dermatosis characterized by a wide range of psychopathological symptoms that need to be considered in the treatment and rehabilitation of patients.

Keywords: chronic dermatoses, mental status

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. — М., 2002. — 439 с.
3. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. — Charman & Hall/CRC. — 2002. — P. 164—177
4. Kind P., Williams A. Measuring success in health care — the time has come to do it properly. Health Policy Matter, Issue 9, 2004. — P. 1—8

ПЕДАГОГИКА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

УДК 616/131-008.331.1

А.И. Дядык, А.Э. Багрий, М.В. Хоменко, В.Г. Яковенко

ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ ТЕРАПЕВТАМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В настоящем сообщении приведены данные, касающиеся клинических особенностей и лечебных подходов при синдроме легочной гипертензии, а также аргументирована необходимость широкого знакомства терапевтов с обсуждаемой патологией для повышения качества диагностики и оказания своевременной помощи широкому кругу пациентов терапевтического профиля.

Ключевые слова: легочная гипертензия, диагностика, лечебные подходы

Актуальность. Проблема легочной гипертензии (ЛГ) представляется весьма актуальной вследствие достаточно высокой распространенности заболеваний, которые на определенном этапе прогрессирования могут сопровождаться развитием ЛГ. Эти заболевания представляют собой патологию не только респираторного тракта, но и кардиоваскулярной системы, а также могут проявлением системных заболеваний соединительной ткани, становясь объектом внимания прежде всего врачей терапевтов [1, 2]. Таким образом, в рабочей программе врачей интернов-терапевтов вопросам заболеваний легочной системы органов следует уделить достаточно времени на семинарских и практических занятиях, а также лекционной программе.

Понятие ЛГ признано собирательным и характеризуется как синдром с повышением давления в системе сосудов малого круга кровообращения. При инвазивном исследовании гемодинамики малого круга наличие ЛГ констатируют, если средний уровень давления в легочной артерии (ЛА) в покое составляет ≥ 25 мм рт.ст (на фоне нормального давления заклинивания капилляров ЛА, давления в левом предсердии (ЛП) и конечно-диастолического давления в левом желудочке (ЛЖ) ≤ 15 мм рт.ст. и при уровнях легочной сосудистой резистентности > 3 единиц Wood). Более часто для скринингового определения ЛГ используется эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), обычно при этом наличие ЛГ предполагают при уровнях максимального давления в ЛА более 30 мм.рт.ст. (этот метод существенно более доступен, но, к сожалению, значительно менее точен; его погрешность в измерении этого показателя может достигать 20 мм.рт.ст. в каждую сторону) [2].

Классификация ЛГ (ВОЗ, ESC, АНА / ACC) использует термины «легочная гипертензия» (ЛГ) и «легочная артериальная гипертензия» (ЛАГ), которые не являются синонимами: ЛАГ входит в классификационную структуру ЛГ как одна из ее

составляющих [6]. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) включает варианты:

1) идиопатическая (ранее часто обозначалась как первичная);

2) семейная;

3) ассоциированная с:

- системными заболеваниями соединительной ткани и васкулитами,
- врожденными шунтами между системами большого и малого кругов кровообращения,
- портальной гипертензией,
- ВИЧ-инфекцией,
- приемом анорексигенных препаратов и влиянием токсинов,
- патологией щитовидной железы и др.

Термин ЛГ используется при 1) поражениях левых камер сердца, в т.ч. аортального или митрального клапанов, 2) заболеваниях легких и/или гипоксемии (хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), интерстициальные заболевания легких; синдром ночного апноэ; длительное пребывание в высокогорье; аномалии развития легких).

Клиническая картина при ЛАГ/ЛГ неспецифична, сопутствующие ей симптомы (одышка, боль в грудной клетке) симптомы появляются лишь при физической нагрузке. На последующих этапах могут быть представлены: (1) отеки (на этапе развития правожелудочковой недостаточности); (2) стенокардия (дефицит коронарного кровотока к увеличенному ПЖ); (3) синкопы / пресинкопы (снижение сердечного выброса). Могут отмечаться такие особенности клинической картины, которые характерны для отдельных вариантов ЛГ, например: (1) ортопноэ и пароксизмальная ночная одышка (при диастолической дисфункции ЛЖ); (2) эпизоды кашля (более типичны для ХОЗЛ); (3) кровохарканье (возможно при ЛГ, связанной с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), при ЛГ у лиц с митральным стенозом) [1, 6]. Данные объективного исследования, указывающие на наличие ЛГ и перегрузку ПЖ давлением, включают: (1) правожелудочковый сердечный толчок слева от грудины; (2) систолическую пульсацию во II межреберье слева от грудины; (3) аускультативно над этой же областью возможны акцент и расщепление II тона, щелчок изгнания и систолический шум, IV тон; (4) III тон; (5) диастолический шум регургитации на клапане ЛА; (6) голосистолический шум с усилением на вдохе в области мечевидного отростка (шум Корвалло при значительной дилатации ПЖ). На

развернутых этапах правожелудочковой недостаточности могут быть представлены гепатомегалия, периферические отеки, асцит. В части случаев отмечаются цианоз (чаще — при ХОЗЛ), иногда охриплость голоса из-за компрессии ларингеального нерва дилатированным легочным стволом [3]. Нарушения лабораторных показателей представлены обычно полицитемией, коагуляционными нарушениями, гиперурикемией, нарушениями тиреоидной функции [2, 3]. Рентгеновское исследование органов грудной клетки может выявлять признаки дилатации легочного ствола и его ветвей, увеличение правых желудочка и предсердия. При электрокардиографическом исследовании могут быть гипертрофия правых желудочка и предсердия, инверсия зубца Т. Эхокардиографическое исследование у больных с ЛГ широко используется как скрининговый метод и демонстрирует обычно увеличение правых отделов сердца при нормальных (или уменьшенных) размерах ЛЖ, а также утолщение межжелудочковой перегородки. Данные, полученные при Допплерографической оценке уровней давления в ПЖ и в ЛА недостаточно точны (ошибка, как уже отмечалось, может составлять до ± 20 мм рт.ст.). Эхокардиографическими критериями, ассоциированными с неблагоприятным прогнозом, считают наличие перикардиального выпота [6]. Функциональные пробы (спирометрия, оценка газового состава крови) могут демонстрировать умеренные рестриктивные нарушения [5, 6]. Важное место в оценке больных с ЛГ занимают компьютерная томография легких с контрастированием, магнитно-резонансная томография и катетеризация сердца.

Под нашим наблюдением находились 72 пациента с различными вариантами ЛГ. Из них 43 (59,7 %) пациента были мужского пола и 29 (40,3 %) — женского. Возраст больных составил от 41 до 72 лет (в среднем $56,5 \pm 1,5$ года). Диагноз хроническая тромбоземболическая ЛГ был установлен у 37 (51,3 %) пациентов; ЛАГ, связанная с портальной гипертензией, была диагностирована у 14 (19,4 %) больных; в 21 (29,1 %) случае была ЛГ на фоне ХОЗЛ. Клиническая картина в основном была представлена жалобами пациентов на одышку различной степени выраженности, головокружение, в 11 случаях — синкопальные состояния, боли за грудиной, отечный синдром, кашель и в 19 наблюдениях — кровохарканье. Всем обследованным лицам наряду со стандартными лабораторными и инструментальными методами исследования выполняли эхокардиографические и доплерографические исследования на аппаратах «TOSHIBA APLIO XV» (Япония) и Imagic Agile (компания Kontron Medical, Франция) [6]. По данным Допплерографии показатели среднего систолического давления в ЛА колебались от 32 до 88 мм.рт.ст.

Выводы. Синдром ЛГ является гетерогенным понятием и включает в себя комплекс весьма разнородных в гемодинамическом и прогностическом плане клинических вариантов.

Устанавливать точный диагноз, корректно оценивать степень тяжести ЛГ, а следовательно определять прогноз позволяет только своевременное использование современных как неинвазивных (эхокардиография, компьютерная томография, магнитно-ядерный резонансная), так и инвазивных (компьютерная томография легких с контрастированием, магнитно-резонансная томография, ангиопульмонография, катетеризация сердца) методов диагностики.

Введение вопросов клинической и инструментальной диагностики в программу обучения врачей интернов терапевтов позволит в дальнейшем улучшить образовательный уровень и осведомленность врачей широкой практики относительно обсуждаемой патологии.

A.I. Dyadyk, A.E. Bagriy, M.V. Khomenko, V.G. Yakovenko

PULMONARY HYPERTENSION SYNDROME: EDUCATIONAL QUESTIONS IN POSTGRADUATE STUDENTS TRAINING

Summary. *This paper presents data on the clinical features and diagnostic approaches to pulmonary hypertension syndrome, summarizes the results of our observations some patients with pulmonary hypertension, gives propositions about educational training programs optimizing.*

Key words: *pulmonary hypertension, clinical features, diagnostic approaches, post-graduate educational training programs*

ЛИТЕРАТУРА

1. Трисветова Е.Л. Диагностика и лечение легочной гипертензии // Медицинские новости, 2009, № 15. – С. 13-18
2. Echocardiography in Pulmonary Arterial Hypertension: from Diagnosis to Prognosis \ Eduardo Bossone, Antonello D'Andrea, Michele D'Alto et al. // J Am Soc Echocardiogr 2013;26:1-14
3. Эхокардиографическая оценка правого желудочка в клинической практике. / С.В. Поташев // Серцева недостатність, №1, 2011. – С. 25-35
4. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the international Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT) // European Heart Journal, 2009. Vol. 30. – P. 2493-2537
5. The role of the right ventricle in pulmonary arterial hypertension / A. Vonk Noordegraaf and N. Galie / Eur. Respir. Rev., 2011. Vol. 20, № 122 – P. 243-253
6. The value of to assess pulmonary arterial hypertension / H. Gupta, G. Ghimire, R. Naeije // Eur. Respir. Rev., 2011. Vol. 20, № 122 – P. 222-235

УДК 378.018.43:378.046.4:616-053.2

*М.П. Лимаренко, Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, Н.А. Тонких***ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ ФИПО***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Резюме. В статье освещены проблемы повышения эффективности последипломного образования врачей-интернов на кафедре педиатрии и неонатологии ФИПО. Рассмотрена необходимость внедрения в педагогическую практику дистанционной формы обучения. Предложены пути совершенствования видов и методов самостоятельной работы врачей-интернов.

Ключевые слова: последипломное образование, врачи-интерны, дистанционное обучение.

Основным направлением совершенствования процесса повышения квалификации врачей на этапе последипломного образования является внедрение современных форм обучения. Интернатура — первый шаг к самостоятельной работе врача, поэтому важно, начиная именно с этого этапа, направлять усилия молодого специалиста к самосовершенствованию. Традиционные методы обучения врачей-интернов в первую очередь направлены на приобретение и углубление знаний путём передачи информации с последующим её воплощением в конкретные профессиональные действия по готовому алгоритму. Такой подход на сегодняшний день при подготовке врачей вполне оправдан в связи с переходом практического здравоохранения на оказание медицинской помощи населению в соответствии с разработанными протоколами. Однако данная методология обучения не способствует развитию самостоятельной познавательной деятельности обучающихся, хотя именно на этом постулате базируется концепция дистанционного обучения как новой формы последипломного образования.

Дистанционное обучение — это обучение, при котором его субъекты разделены в пространстве и, возможно, во времени, реализуется с учётом передачи и восприятия информации в виртуальной среде, обеспечивается специальной системой организации учебного процесса, особой методикой разработки учебных пособий и стратегией преподавания, а также использованием электронных или иных коммуникационных технологий [2, 5].

Дистанционное образование позволяет удовлетворить индивидуальные потребности каждого человека в обучении и решить такие проблемы традиционного образования, как отсутствие индивидуального подхода к обучающемуся, недостаточное использование активных форм обучения, директивность образовательного процесса, слабая мотивация к самостоятельной познавательной деятельности обучающегося, жесткая привязка к территории и во времени, субъективность оценки результатов обучения [5, 7]. Таким образом, дистанционное обучение способно оптимально преодолеть недостатки традиционного образования и отличается от него по ряду показателей: повышает посещаемость мероприятий за счёт онлайн-участников и просмотров записей; привлекает тех участ-

ников, кто не может присутствовать на занятиях в силу разных причин; предоставляет возможность доступа к электронным материалам и видеозаписям после лекции; привлекает новых слушателей, предоставляя им возможность в любое свободное время присоединиться к онлайн-занятию; обеспечивает доступность и экономичность образования для всех категорий граждан; обеспечивает возможность выбора индивидуального содержания обучения, а также эффективность и результативность обучения; даёт возможность выбора индивидуального темпа освоения знаний; стимулирует самостоятельную познавательную деятельность обучающегося [5, 6].

Для реализации организационных условий и методологических подходов, способствующих повышению эффективности обучения врачей в интернатуре, необходимо выделить и решить ряд задач. Прежде всего, следует определить сущность, содержание и структуру дистанционного обучения. Затем очертить организационные условия и методологические подходы, способствующие его развитию на этапе последипломного образования.

Дистанционное обучение при подготовке врачей-интернов — это инновационная организация учебного процесса, которая реализуется в определённой педагогической системе, базирующейся на принципе самостоятельного обучения врача и интерактивного взаимодействия преподавателя, и интерна [1].

Результативность дистанционного обучения на последипломном этапе образования врачей в решающей степени зависит от следующих факторов: эффективного взаимодействия преподавателя и врача; налаженной активной обратной связи; качества предварительного проектирования процесса дистанционного образования и способов управления им; разработанных дидактических материалов [3]. Современные компьютерные программы позволяют обеспечить передачу знаний и доступ к разнообразной учебной информации, а новые технологии, такие как интерактивные электронные учебные пособия, мультимедийный контент, сеть Интернет способствуют более активному привлечению учащихся к процессу обучения. Интерактивные возможности систем доставки информации позволяют наладить и стимулировать обратную связь, обеспечить диалог и постоянную поддержку, которые невозможны в большинстве традиционных систем обучения [2].

Изучение методологии внедрения дистанционной формы обучения на этапе последипломного образования врачей должно организовываться с учётом возможностей новых информационных технологий и ориентироваться на формирование развитой личности, способной к постоянному обновлению научных знаний и профессиональной мобильности [3, 4].

Кроме того, дистанционная форма обучения может осуществляться как временное мероприятие для осуществления процесса образования в период карантина или при условиях невозможности проведения очного обучения (т.ч. в период проведения активных боевых действий) с последующим переходом к традиционной форме для приобретения и контроля усвоения навыков и умений. Так же курсы дистанционного обучения могут быть использованы для внеаудиторной самостоятельной подготовки.

Отличительной особенностью дистанционного обучения от традиционных форм последипломного образования врачей, прежде всего, является предоставление интернам возможности самостоятельно получать необходимые знания, используя современные информационные технологии. Большим подспорьем является создание в 2014–2015 учебном году в нашем университете электронного ресурса «Информационно-образовательная среда Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького», который широко использовался на нашей кафедре педиатрии и неонатологии ФИПО. Преподавателями кафедры были созданы курсы самостоятельного обучения по педиатрии для врачей-интернов 2-го года обучения по специальности «Педиатрия» и интернов 1-го года обучения по специальности «Общая практика-семейная медицина».

Каждый курс содержит общую информацию с предоставлением календарно-тематических планов лекций и практических занятий, электронных адресов преподавателей для осуществления обратной связи с обучающимися, чат и др. Кроме того, курс включает лекции, согласно календарно-тематического плана, и материалы для подготовки к практическим занятиям. Последние содержат методические указания для подготовки к каждой теме занятия, ссылки в Интернете на базовый учебник, дополнительную литературу, интерактивные занятия, задания для самостоятельной работы и тестовый контроль. По данной системе на кафедре прошли обучение 62 врача-интерна.

Перед началом работы с предлагаемыми курсами каждый обучающийся должен зарегистрироваться на сайте «Информационно-образовательная среда», войти в личный кабинет и подключиться к изучаемому курсу. Далее ознакомиться с календарно-тематическим планом лекций и практических занятий и приступить к освоению тем, начиная с 1-ой.

Последовательность изучения конкретной темы практического занятия включала, прежде всего, ознакомление с методическими указаниями к занятию. В них изложены цели занятия, основные и дополнительные источники информации, теоретические вопросы, которые необходимо усвоить в ходе подготовки к занятию, тестовые задания. Далее врач-интерн мог ознакомиться с лекцией по данной теме, чаще представленной на сайте в виде мультимедийной презентации. В последующем обучающийся изучал теоретический материал по теме занятия, используя базовый учебник, основные и дополнительные источники информации, учебные пособия, разработанные сотрудниками кафедры.

Далее интерну необходимо было проработать интерактивный блок к занятию. Особенностью работы с ним явилось то, что время прохождения материала было ограничено. После прохождения

информационных страниц обучающемуся задавался ряд вопросов, на которые необходимо было ответить, чтобы продолжить обучение. В случае неправильного ответа обучающийся возвращался на соответствующую страницу лекции для повторного изучения теоретического материала. Оценка за освоение информационного блока выставлялась автоматически, но не учитывалась при оценивании всего занятия.

В последующем интерну предлагалось выполнить ряд заданий для оценки знаний. Как правило, обучающийся получал несколько заданий, на которые необходимо было ответить и обосновать свой ответ. Следует отметить, что задания для самостоятельной работы, как правило, моделировали конкретную клиническую ситуацию, в которой необходимо было установить пациенту предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, выставить окончательный диагноз, назначить лечение, наметить реабилитационные или профилактические мероприятия. Выполненные работы высылались преподавателю по электронной почте. Оценка за данный вид работы входила в общую оценку за занятие. Задание оценивалось «неудовлетворительно» при неправильном установлении окончательного диагноза.

Кроме того, в конце каждого занятия интерну предлагалось пройти тестирование. К каждой теме преподавателями было подготовлено в среднем по 10 тестов. Итоговое тестирование оценивалось системой в режиме он-лайн. При правильном решении 90–100 % тестовых заданий обучающемуся выставлялась оценка «отлично», 75–89 % правильных ответов предполагало оценку «хорошо», 60–74 % — «удовлетворительно». При правильном решении менее 60 % тестовых заданий обучающийся за данный вид работы получал оценку «неудовлетворительно». Если у обучающегося возникали вопросы, то он мог их задать в чате соответствующей темы.

Предполагалось, что средняя оценка за дистанционное обучение составляла 30 % оценки за модуль, 70 % этой оценки составляла оценка, полученная во время очного обучения. Проведенное анкетирование врачей-интернов после окончания курса дистанционного обучения показало, что у 47 (75,8 %) обучающихся данный информационный ресурс явился хорошим подспорьем для внеаудиторной самостоятельной подготовки к практическим занятиям по педиатрии.

Таким образом, парадигмой дистанционного обучения на последипломном уровне образования врача является самостоятельная целенаправленная работа с использованием современных информационных технологий, эффективность которой зависит от методологически грамотно структурированного преподавателем процесса и информационно-коммуникационных возможностей высшего учебного заведения.

M. Lymarenko, Ye. Pshenichnaya, Ye. Bordyugova, A. Dubovaya, N. Tonkykh

INNOVATIVE TEACHING MEDICAL INTERNS ON DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND NEONATOLOGY FIPE

Summary. *The article deals with the problem of increasing the effectiveness of postgraduate education of interns in pediatrics. The need for the introduction of distance education in teaching practice has been considered. The*

ways of improving the types and methods of independent work of interns were offered.

Key words: *postgraduate education, interns, distance education*

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.А. Педагогика высшей школы. Новый курс. М.: Издательство ММИЭИФП, 2002. – 264 с.
2. Ващенко В.Ю. Дистанционная форма обучения. История. Проблемы. Перспективы развития. [Электронный ресурс] / В.Ю. Ващенко, В.А. Скляр, К.О. Козьяков // Вісник Східноукраїнського національного університету імені В. Даля. – Електронне наукове фахове видання, 2009, № 6 Е. Режим доступу до журн.: <http://www.nbuu.gov.ua/e-journals/vsunud/2009-6E/Index.htm>
3. Дистанционная форма обучения при подготовке врачей-интернов на кафедре педиатрии и неонатологии ФИПО / М.П. Лимаренко, Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова и др. // Сборник научных трудов памяти проф. Е.М. Витебского «Проблемные вопросы педагогики и медицины». – Донецк, 2015. – С. 142–145
4. Калмыков А.А., Орчаков О.А., Попов В.В. Дистанционное обучение. Введение в педагогическую технологию. Учебное пособие. – М., 2005. – 196 с.
5. Марчук Н.Ю. Психолого-педагогические особенности дистанционного обучения // Педагогическое образование в России, 2013, №4. – С. 78–85
6. Пимонов Р.В. Технологический подход к организации дистанционного обучения в условиях повышения квалификации военных специалистов в вузе: Автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.08 / Пимонов Роман Владимирович. О., 2007. – 225 с.
7. Полат Е.С. Педагогические технологии дистанционного обучения // Режим доступа: http://distant.ioso.ru/seminary/09-02-06/tezped.htm#_ftnref1

УДК 615.81/.82:378.146

А.А. Лыков, Е.С. Поважная, И.В. Зубенко, И.В. Пеклун, И.В. Терещенко, Л.П. Томачинская

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ЦИКЛА «ФИЗИОТЕРАПИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. *Современная ситуация в Донбассе требует реорганизации кадровой системы специалистов различного профиля в вопросах медицинской реабилитации лиц, пострадавших в результате военных действий, с повышением уровня профессионального обучения студентов и квалификационной подготовки интернов и врачей-курсантов. Рост актуальности изучения базовых методов медицинской реабилитации — физиотерапии и физической реабилитации вызывает необходимость коррекции программ и тематических планов подготовки, прежде всего студентов, по специальности «Физиотерапия и лечебная физкультура».*

Ключевые слова: *образование, реабилитация военной травмы, физиотерапия, ЛФК*

Медицинская реабилитация (МР) выделяется в качестве отдельного вида медицинской помощи, учитывая ее большое значение для сохранения и поддержания людских ресурсов, как в мирное, так и в военное время. Высокая клиническая эффективность, длительность сохранения лечебных эффектов, доступность, физиологичность и существенное улучшение качества жизни пациентов, доказывают преимущество использования ряда средств и методов МР в восстановлении раненых и пострадавших в результате военных действий, диктуют необходимость реорганизации медицинской помощи данной категории больных с более широким внедрением немедикаментозного лечения на восстановительном этапе.

Актуальным становится вопрос о создании больниц восстановительного лечения для военнослужащих. На сегодняшний день реабилитационные мероприятия с использованием опыта высококвалифицированных врачей физиотерапевтов и специалистов по физической реабилитации на базе специализированных отделений доступны лишь небольшому проценту больных и раненых. В то же время, во многих медицинских учреждениях открыты физиотерапевтические кабинеты, оснащенные определенным перечнем физиотерапевтических аппаратов и кабинеты лечебной физкультуры,

где реабилитационную помощь назначают врачи хирурги, травматологи, невропатологи и др. Отсюда, чрезвычайно важным становится вопрос о качестве подготовки врачей всех специальностей по вопросам МР лиц, пострадавших в военное время.

Врачи, работающие в мирное время, зачастую недостаточно ориентируются в возможностях современной физиотерапии и ЛФК для реабилитации военной травмы. Программа додипломного уровня образования медицинских факультетов включает только цикл общей физиотерапии и базовых основ физической реабилитации с элементами врачебного контроля. При этом лечебные методы рассматриваются с точки зрения физической природы факторов. В этом контексте для оптимизации обучения и усвоения современных вопросов физиотерапии и физической реабилитации травм, полученных в военных конфликтах, назрела необходимость пересмотра учебного плана подготовки студентов по вопросам МР, который, по нашему мнению, должен включать изучение «частной МР, в том числе и военной травмы».

Проведение анализа основных причин неблагоприятных исходов лечения при травмах в условиях военных конфликтов способствует определению главных направлений МР в военной травматологии. Преобладание в структуре раненых молодого возраста, высокая частота сочетанных травм с повреждением двух-трех анатомических областей, а в некоторых случаях до 4–5 областей тела, наличие металлических осколков в очаге, определяет особенности составления реабилитационных программ военной травмы.

Высокая эффективность реабилитационного процесса со снижением числа посттравматических осложнений и сокращением сроков лечения определяется правильным перечнем и объемом восстановительных мероприятий, строгой регламентацией отбора пациентов, своевременным выявлением противопоказаний к лечению. Отсюда

важной является разработка и преподавание алгоритмов, направленных на оптимизацию работы персонала как внутри учреждения, так и при взаимодействии с другими лечебными организациями.

Одним из таких актуальных алгоритмов является разработка индивидуальных реабилитационных программ (программ реабилитации) первого или второго уровня для данного конкретного раненого или пострадавшего в военных конфликтах. Принципы составления таких программ должны быть представлены будущим врачам всех специальностей. Доктор должен уметь установить последовательность (порядок) применения форм, методов и средств реабилитации, их возможные сочетания, которые обеспечивают достижение оптимального для данного больного состояния здоровья и работоспособности.

Основным направлением МР военнослужащих на сегодняшний день является широкое использование гражданских медицинских учреждений с соответствующей инфраструктурой гражданского здравоохранения. В данной ситуации организация и эффективность восстановительного лечения раненых зависит, в первую очередь, от качества оснащения учреждения физиотерапевтической реабилитационной службы, вопросы изучения которого также необходимо включать в цикл обучения.

Всего можно выделить три уровня обеспечения физиотерапевтической аппаратурой и, соответственно, возможностей оказания того или другого вида помощи. На уровне первичной медико-санитарной помощи представлена портативная аппаратура для электротерапии (УВЧ, ДДТ, магнитотерапия), ультразвуковой терапии, светолечения, оснащение залов ЛФК общепринятыми гимнастическими предметами и снарядами.

Физиотерапевтическая помощь в больницах планового лечения оказывается с использованием специальных методов и методик с более технологически сложной техникой отпуска процедур и подбора необходимых параметров для каждого конкретного случая. Должна использоваться лазеротерапия, многопрофильная электротерапия. Возможности кинезиотерапии расширяются благодаря использованию механоаппаратов для активной реабилитации, элементов эрготерапии.

Больницы восстановительного лечения должны оказывать комплексную реабилитационную помощь военнослужащим и мирному населению, пострадавшему от военных действий, на основе разработки и применения индивидуальных реабилитационных программ. На данном уровне показаны специализированная механотерапия с

использованием узкопрофильных тренажеров и оборудования, в том числе и в системе компьютерного моделирования для пассивной и активной реабилитации, тепло- и водолечение, гидрокинезотерапия, тракционная терапия.

Развитие направления МР и, соответственно, совершенствование системы преподавания предмета, зависит не только от возможностей учреждений реабилитации, но и от современной, и прогнозируемой военной обстановки. Именно в тесной связи с ней необходимо решать вопросы разработки концепции дальнейших научных исследований в интересах реабилитационной службы и совершенствования организационно-штатной структуры и оснащения медицинских учреждений.

Таким образом, учитывая огромное значение восстановительного лечения для сохранения жизни и здоровья мирного населения и военнослужащих в военное время, профилактики или минимизации последствий инвалидности, качественной социальной и профессиональной адаптации, обеспечения оптимального качества жизни, важной задачей становится правильная организация процесса подготовки врачей по вопросам МР с формированием необходимых профессиональных навыков и умений.

A. Lykov, E. Povazhnaya, I. Zubenko, I. Peklun, I. Tereschenko, L. Tomachinskaya

ABOUT RELEVANCE OF THE STUDY OF «PHYSIOTHERAPY AND PHYSICAL REHABILITATION» CYCLE AT THE PRESENT STAGE

Abstract. *The current situation in the Donbas requires the restructuring of the personnel system of various medicine specialists in medical rehabilitation questions of the people affected by war with the increase of professional training level of students and skilled training of interns and doctors. The relevance of studying the basic methods of medical rehabilitation, such as physiotherapy and treatment exercises are raised and the program and thematic plans corrections of training of the students are requires at first place.*

Keywords: *education, military injures rehabilitation, physiotherapy, treatment exercises*

ЛИТЕРАТУРА

1. Реабилитация раненых служащих с травматической болезнью в условиях поликлиники / Д.В. Глухов, В.В. Булавин, И.М. Мидьрейт // Военно-медицинский журнал, 2011. Том 332, N 12. – С. 34–35
2. Рябинкин В.В. Состояние и проблемы последипломного обучения врачебных кадров службы медицины катастроф // Военно-медицинский журнал, 2011. Том 332, N 12. – С.15–19

УДК 616-097:614.25:159.9

Э.А. Майлян

ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОГО (КЛИНИЧЕСКОГО) МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ — НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО ВРАЧА*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Резюме. Педагогический процесс в медицинском высшем учебном заведении должен строиться с учетом необходимости развития у студентов медицинской логики и врачебного мышления. Именно это должно лежать в фундаменте построения всех лекций и практических занятий. При прочих равных условиях значительно более успешным будет тот врач, который обладает элементами специфического профессионального (врачебного) мышления.

Ключевые слова: студенты, медицинское высшее учебное заведение, педагогический процесс, врачебное мышление.

Основная задача практикующего врача, в том числе военного врача, уметь на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных правильно поставить больному диагноз для того, чтобы выполнить ему адекватные лечебно-профилактические мероприятия. С одной стороны, для решения данной задачи врач должен обладать определенным запасом теоретических знаний и умений. С другой стороны, не менее важными являются и высокие мыслительные способности специалиста. При прочих равных условиях значительно более успешным будет тот врач, который обладает элементами специфического профессионального (врачебного) мышления. Высокими мыслительными способностями (интеллектом) обладает тот врач, которого отличает глубина мышления, способность к анализу и синтезу наблюдений, точность в диагностике и лечении. Несомненно, фундамент высокого мыслительного мастерства — высшего врачебного пилотажа — закладывается во врачебной колыбели — высшем медицинском учебном заведении.

Формирование врачебного мышления осуществляется на всех этапах обучения студентов, с 1-го курса до окончания интернатуры, с освоения элементов пропедевтики до обучения принципам профилактики и медикаментозного, диетического, физиотерапевтического, курортного лечения. Причем, пропедевтика — это не только преддверие искусства врачевания (рго — «перед», raideuo — «обучать») и базис диагностики, это еще и основа врачебного мышления. И студент (будущий врач любой специальности) без овладения этим базисом не сможет стать хорошим врачом. А преподаватель, не осознавший этого, не понимающий роли пропедевтического этапа в подготовке будущего врача, не будет способствовать формированию его врачебного (клинического) мышления.

Поэтому сотрудники кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии должны не только формально обеспечивать студентов набором знаний и навыков, регламентированных учебной программой. Осуществление педагогических задач должно быть основано на способах активного, живого познания больного и его болезни.

Учитель должен показывать, как целесообразно находить и распознавать симптомы и синдромы заболевания, анализировать их и делать выводы. Только таким образом студент будет учиться добывать факты, используя имеющиеся у него средства (жалобы, анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, лабораторные и инструментальные показатели). Основываясь на принципах диалектики, он будет уметь оценивать полученную информацию и определять нозологическую форму.

Исходя из вышеизложенного, педагогический процесс на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Донецкого национального медицинского университета построен с учетом необходимости развития у студентов медицинской логики и врачебного мышления. Именно это лежит в фундаменте построения всех лекций и практических занятий на кафедре.

Сотрудники нашей кафедры исходят из того, что самым сложным и ответственным моментом профессиональной деятельности врача является диагностика болезни у конкретного больного. Диагноз лежит также в основе любого другого врачебного действия — лечения, прогнозирования и профилактики заболевания. Поэтому в учебном процессе на кафедре одним из основных средств обучения является непосредственная работа с больным, в том числе при выполнении курации.

Для студента учебный диагностический процесс начинается с первого контакта с больным, с первого взгляда на больного и первого слова больного. Студент должен понимать, что с этого же момента начинается и дифференциальная диагностика. Следует отметить, что известная студенту схема физикального обследования больного должна совершенствоваться. Обучающиеся в университете студенты, в том числе на нашей кафедре, должны строго придерживаясь определенного плана диагностического поиска, доводить врачебный алгоритм до осознанного автоматизма. Несмотря на то, что они приходят на кафедру клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии уже на 5-ом курсе, тем не менее, выполняемое ими первичное обследование больного не всегда достаточно полное и глубокое.

В качестве примера, у части студентов возникают проблемы уже на стадии опроса (жалобы, анамнез). А ведь этот метод на фоне подавляющих врачебное мышление различных инструментальных и лабораторных методик не только не потерял своей важности, но и приобретает все большую значимость. Между тем у некоторых студентов, а в последствии и врачей, существует вера в силу так называемых точных методов. Замечено, что чем ниже квалификация врача, тем меньше он говорит с больными и тем больше прибегает к назначению различных анализов и инструментальных исследова-

дований. Порой вера врача в возможности этих методов становится своего рода культом, и он, вольно или невольно, фетишизирует их. Кажущаяся простота метода опроса обманчива — метод требует специальной подготовки и времени, он должен быть логичным и целенаправленным.

Поверхностный опрос, порой предвзятый, может лишь ввести в заблуждение, создать «анамнестическую легенду». Больного следует выслушать с вниманием, вопросы задавать четко. В истории заболевания необходимо выяснять особенности начала и последующего развития патологического процесса. При опросе следует обращать внимание не только на сам признак, но и на его качественную характеристику.

Столь же важным, как и анамнез, разделом исследования являются и другие традиционные методы (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). К сожалению, в последние годы отмечается тенденция, свидетельствующая о частичной утрате искусства выполнения студентами, врачами вышеуказанных методов обследования больного. На эти важные моменты также обращается пристальное внимание на кафедре, как важным компонентам врачевания. Под руководством сотрудников кафедры навыки использования данных диагностических методов поддерживаются, закрепляются и совершенствуются.

Несомненно, все традиционные методы исследования дополняются лабораторными и инструментальными. Но врач не должен идти «на пово-

ду» у показаний этих методов и четко понимать, что первым звеном обследования является анамнез, затем следуют осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, и лишь после этого должны производиться лабораторные и инструментальные исследования. Только строго соблюдая эту последовательность, можно выйти из сложного лабиринта диагностического поиска к конечной цели — диагнозу. Подобная последовательность действий дисциплинирует врача, вырабатывает алгоритм действий, делает его мышление логичным. Студент должен всегда помнить, что навык физикальной диагностики — это в большей степени ход мыслей, чем работа рук. А сегодня складывается парадоксальная ситуация: чем больше появляется новых и точных диагностических аппаратных и лабораторных методов исследования, тем меньше в диагностическом процессе участвует мозг врача.

E.A. Maylyan

FORMATION MEDICAL (CLINICAL) THINKING IN STUDENTS — AN INTEGRAL PART OF THE PREPARATION OF FUTURE DOCTOR

Summary. *Educational process in medical schools should be built taking into account the need to develop the logic of medical students and medical thinking. This should be in the foundation of the construction of all lectures and workshops. Ceteris paribus much more successful will be the doctor who has specific elements of professional (medical) thinking.*

Keywords: *students, medical schools, teaching process, medical thinking*

УДК 61:378.04.4/.048.2+378.018.43:004.9+355.01

Е.Н. Налетова, Е.М. Денисова, Н.Н. Канана, Н.В. Сергиенко, Г.И. Баешко

ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ — КУРСАНТОВ И ИНТЕРНОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

Реферат. *Реалии сегодняшней жизни диктуют необходимость внедрения в педагогику высшей школы новых форм обучения, в том числе дистанционного образования, обеспечивающего возможность гибкого и индивидуализированного обучения. Особую важность дистанционная форма обучения приобретает в условиях военного времени, когда проведение очного обучения затруднено. Однако, остается актуальной отработка практических навыков на клинической базе кафедры. Анализ результатов успеваемости врачей — интернов и врачей курсантов, обучавшихся по очной и комбинированной системе, включающей дистанционную форму обучения, показал необходимость обязательного очного освоения практических навыков, особенно при обучении врачей-интернов.*

Ключевые слова: *семейная медицина, дистанционное обучение, успеваемость*

Основной задачей последипломного образования по специальности «Общая практика — семейная медицина» является подготовка специалистов с глубокими теоретическими знаниями и практическими умениями, что позволит повысить качество медицинского обслуживания на этапе первичной медико-санитарной помощи. Достижению этой цели способствует тесная связь теоретиче-

ской и практической подготовки на кафедре, а также внедрение принципов непрерывного обучения [2, 4]. В настоящее время возникла тенденция к поиску новых качественных способов преподавания и освоения знаний [1, 3, 5].

Учебный процесс на кафедре общей практики, семейной медицины ФИПО ДонНМУ им. М. Горького проводится на базе многопрофильной клиники, что позволяет слушателям за короткий период времени сталкиваться с разнообразными ситуациями и способствует развитию врачебного мышления и отработке практических навыков. Теоретическая часть обучения состоит из лекционного курса и цикла аудиторных практических и семинарских занятий, предусмотренных программой обучения. Кроме того, врачи-интерны готовят рефераты по актуальным вопросам современной медицины. Рефераты и реферативные доклады обсуждаются на семинарских занятиях и конференциях. Освоение обучающимися практических навыков, знакомство с современными методами диагностики и лечения, выполнение различных диагностических и лечебных мероприятий (в том числе и с использованием муляжей), анализ сложных для диагностики слу-

Таблица 1. Оценка успеваемости врачей — интернов и курсантов, обучавшихся дистанционно (в период обострения боевых действий)

	Оценка	Интерны	Курсанты
Теоретические знания	отлично	28 %	30 %
	хорошо	57 %	52 %
	удовлетворительно	15 %	18 %
Практические навыки	отлично	9 %	34 %
	хорошо	45 %	43 %
	удовлетворительно	46 %	23 %

Таблица 2. Оценка успеваемости врачей — интернов и курсантов, обучавшихся на очном цикле.

	Оценка	Интерны	Курсанты
Теоретические знания	отлично	30 %	33 %
	хорошо	59 %	50 %
	удовлетворительно	11 %	17 %
Практические навыки	отлично	25 %	37 %
	хорошо	56 %	48 %
	удовлетворительно	19 %	15 %

чаев осуществляется на практических занятиях вовремя курации и разбора тематических больных под руководством преподавателя.

К моменту начала боевых действий в Донбассе на кафедре общей практики — семейной медицины был накоплен определенный опыт использования современных компьютерных технологий в учебном процессе. Современная телекоммуникационная инфраструктура позволяет обеспечить процесс, как самообразования, так и контроля знаний, обучающихся на расстоянии. Среди форм дистанционного обучения на кафедре использовались электронные учебники, видеоматериалы, презентации лекций, методические указания, а также тестовые задания для контроля усвоения знаний.

Особенностью проведения 2014–2015 учебного года явилось то, что в связи с обострением военной ситуации очный учебный процесс был временно приостановлен. Обучение было продолжено в дистанционном режиме. Учитывая высокую оснащенность кафедры компьютерной техникой, а также благодаря бесперебойной работе кабельного и беспроводного Интернета, несмотря на проведение активных боевых действий, профессорско-преподавательский коллектив кафедры имел возможность организовать эффективный учебный процесс. Согласно календарно-тематическому плану занятий проводилось размещение на сайте кафедры теоретического материала в сопровождении методических указаний, содержащих перечень вопросов по теме, алгоритмы дифференциальной диагностики, таблицы и схемы.

При возобновлении очной формы обучения был проведен контроль освоения теоретических знаний и практических навыков по пройденному материалу. Оценка усвоения практических навыков проводилась путем тестового контроля. Практические навыки оценивались во время курации больных. Оценка успеваемости врачей — курсантов и врачей — интернов, имевших дистанционную форму обучения, представлена в таблице 1. Результаты обучавшихся по традиционной методике приведены в таблице 2.

Неудовлетворительных оценок получено не было. Абсолютная успеваемость составила 100 % во

всех случаях. Анализ результатов показал, что освоение теоретического материала при дистанционном обучении было достаточно хорошим как среди врачей — интернов, так и среди врачей — курсантов. Результаты освоения практических навыков были ниже. Следует отметить, что освоение практических навыков врачами — интернами, обучавшимися дистанционно, было достоверно ниже, чем у врачей — курсантов. Этот показатель у врачей — интернов при очном обучении на 30 % выше, а у врачей — курсантов превышает незначительно.

Таким образом, дистанционное образование не может заменить обучение у постели больного, формирующего у курсантов и интернов умение получать, анализировать и систематизировать клиническую информацию. Недостаток непосредственного общения с пациентом препятствует формированию клинического мышления, ведет к исчезновению логического подхода к обоснованию предварительного, клинического, дифференциального диагноза и выбора тактики ведения пациента. Обучение с недостаточным количеством очных занятий может сформировать психологическую неготовность к самостоятельной работе в качестве врача общей практики (семейного врача). Особое значение этот факт приобретает в обучении врачей — интернов, не имеющих достаточного клинического опыта. Страдает основная цель подготовки врача — интерна — обучение практическому применению теоретических знаний.

Дистанционное обучение позволяет достаточно качественно усвоить теоретический программный материал врачами — интернами и врачами — курсантами, а также провести контроль знаний по пройденным темам. Современные технологии также позволяют производить управление процессом обучения. Смена способов и форм коммуникации участников процесса обучения на современном этапе имеет ряд преимуществ перед традиционной методикой обучения: гибкий график обучения, индивидуализация, удаленность от учебного заведения и др. Дистанционная форма обучения актуальна также и для обеспечения непрерывного профессионального развития. Однако освоение

практических навыков, формирование клинического мышления более эффективно проходит в условиях клинической базы учебного заведения.

E.N. Naletova, E.M. Denisova, N.N. Kanana, N.V. Sergienko, G.I. Baeshko

THE PROBLEMS OF DISTANCE LEARNING DOCTORS AND INTERNS IN WARTIME

Summary. *The realities of life today dictate the need for implementation in the pedagogy of higher education new forms of education, including distance education, providing flexible and individualized learning. This assumes particular importance in wartime when the full-time education difficult. However, given the specificity of training in internship and specialization courses of medical profile, the importance of the development of skills, development of practical skills on the clinical base of the department is important. Comparison of performance of students enrolled in full-time system, and combined with the use of distance learning has shown the need for a full-time development of practical skills.*

УДК 378.147+616-097

А.С. Прилуцкий

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. *Представлены основные принципы составления индивидуальных заданий при обучении студентов в современных условиях.*

Ключевые слова: *организация учебного процесса, индивидуальные задания*

В сфере образования, в том числе при подготовке военного врача, в настоящее время происходят значительные трансформации. Передовые медицинские школы вступили в эпоху новых подходов в обучении, взяв за основу принцип «учения на протяжении всей жизни», то есть непрерывного медицинского образования. Донецкий национальный медицинский университет не может оставаться в стороне от процессов реформирования образования, поскольку выпускники нашего учебного заведения должны уметь разбираться в широком круге разнообразных медицинских или технических вопросов, оценивать тенденции развития медицины, самостоятельно определять свою позицию в изменениях, которые происходят в исполнительном и творческом процессе, иметь научное мировосприятие и мировоззрение, быть готовыми к эффективной практической деятельности.

В соответствии с новыми программами обучения студентов высшее образование должно обеспечить фундаментальную научную и культурную подготовку студентов, их жизненную и профессиональную компетентность. Основная направленность — это совершенствование качества высшей школы на современном этапе, связанная с поиском инновационных форм и методов учебы, которые дали бы возможность студентам (будущим молодым специалистам) стать активными в своей самостоятельной деятельности, творчестве, самосовершенствовании и актуализации.

Key words: *family medicine, distance learning, academic performance*

ЛИТЕРАТУРА

1. Глыбочко В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. / Медицинское образование и вузовская наука, 2012, № 2. – С. 4–7
2. Горшунова Н.К. Инновационные технологии в подготовке врача в системе непрерывного профессионального образования // Фундаментальные исследования, 2009, № 2 – С. 86–88
3. Дейкало В.П., Коневалова Н.Ю., Синьков Г.Г. и др. Дистанционное обучение: опыт организации, проблемы и пути решения / Вестник ВГМУ, 2013. – Т.12, № 4. – С. 156–159
4. Обрезан А.Г. Семейная медицина / А.Г. Обрезан, А.А. Стрельников, О.Б. Крысюк, Л.В. Кочорова – М., СпецЛит. 2010. – 466 с.
5. Сергеева Ю.В., Ивонина О.Г. Развитие технологий образования в условиях глобализации общества / Современные проблемы науки и образования, № 3, 2015. – С. 45–48

Инновационные формы организации познавательной деятельности должны обеспечить активность студентов (начинающих специалистов), коммуникабельность, компетентность, формировать у них способности принимать самостоятельные решения с формированием собственного мировоззрения и стиля деятельности. При условиях применения инновационных форм, методов и средств организации учебы студенты вовлекаются в реальную творческую деятельность, которая не только привлекает их новизной, но и развивает потребность обнаруживать проблемы и разрешать противоречия, которые возникают в процессе их самостоятельной работы.

Одной из инновационных форм организации учебного процесса является составление индивидуальных заданий для студентов, позволяющих более полно реализовать потенциальные возможности студентов с учетом их индивидуальных качеств и целевых установок для будущей практической деятельности. При этом обязательно учитываются конечные цели обучения, соответствие индивидуальных заданий тематическим планам аудиторных занятий и вне аудиторной самостоятельной работы студентов.

Решение этих проблем вызывает, с одной стороны, необходимость в новых, более эффективных методах обучения, основанных на новых методических идеях, а с другой стороны — создание новых способов ускоренного получения и постоянного обновления знаний, и самое главное — требует от студентов нового мышления с учетом динамичности развития медицинской науки и ускорения внедрения ее достижений в практическую деятельность. В этих условиях коренным образом меняется роль преподавателя в процессе обучения,

который из носителя информации и опыта превращается в координатора самостоятельной работы студента, направленной на получение знаний и умения применять полученные знания в конкретных клинических ситуациях.

Преподаватель в процессе обучения должен представить перед студентами своеобразный образец, эталон, к которому должны стремиться студенты, для того, чтобы развивать свой потенциал самостоятельно, совершенствоваться на протяжении всей своей практической деятельности, аналитически мыслить, уметь видеть в работе проблемы и конкретные пути их решения, способность прогнозировать ход патологических процессов и влияние на них различных методов воздействия (фармакологических, физиотерапевтических, радиологических и др.), в то же время принимая во

внимание, что процессы сознания слишком переиснены моментами творческих инноваций, что находит выражение в реализации свойств личности и неповторимой индивидуальности.

Только с учетом личностно-ориентированного подхода к составлению индивидуальных заданий возможно успешное усвоение учебного материала и реализация творческого потенциала студентов.

A.S. Prilutskiy

INDIVIDUALIZATION OF MEDICAL EDUCATION — A NECESSARY CONDITION FOR THE PREPARATION OF THE FUTURE DOCTOR

Summary. *The basic principles of individual tasks creation in modern condition of education present.*

Key words: *organization of education process, individual tasks*

УДК 616-084-085-02-092-07:615.8:616.43

А.И. Дядык, А.Э. Багрий, М.В. Хоменко, В.Г. Яковенко

ПРЕПОДАВАНИЕ ВОПРОСОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ ТЕРАПЕВТАМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. *В настоящем сообщении приведены данные, касающиеся опыта преподавания клинических особенностей метаболического синдрома и основных лечебных подходов при этой патологии, а также кратко представлены вопросы улучшения преподавания обсуждаемой патологии в ходе подготовки врачей интернов терапевтов.*

Ключевые слова: *метаболический синдром, клиническая оценка, лечебные подходы*

Преподавание вопросов комплексного лечения пациентов с метаболическим синдромом (МС) врачам-интернам терапевтам имеет важное значение для широкой клинической практики. Актуальность проблемы МС в первую очередь связана с тем, что 1) количество пациентов с ожирением за последний 20 лет выросло почти в десять раз; 2) МС представляет собой морбидное состояние с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, нередко фатальных, что обусловило именование комплекса его признаков термином «смертельный квартет»; 3) адекватное лечение и своевременная профилактика данного состояния позволяют существенно улучшить прогноз для таких пациентов. Важность данной темы во многом связана с тем, что наблюдается рост заболеваний, сопутствующих ожирению: сахарного диабета 2 типа, дислипидемии, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, неалкогольного стеатогепатита, гиперурикемии, что делает всех пациентов с избыточной массой тела пациентами высокого и очень высокого риска кардиоваскулярных осложнений [1].

В рабочей программе врачей интернов — терапевтов вопросам заболеваний эндокринной системы посвящены 9 занятий (семинарским занятиям суммарно отводится 14 часов обучения, а практическим — 54 часа обучения). Занятия с обучающимися проходят на базе кардиологических и терапевтических отделений центральных городских

клинических больниц № 1 и 5 г. Донецка, что позволяет обучающимся практически каждый день решать диагностические и лечебные вопросы, связанные с проблемой МС. Ориентировка на профессиональную деятельность в условиях клинической кафедры достигается путем как непосредственного участия обучающихся в осмотре больных, так и посещения лекций, посвященных наиболее важным аспектам диагностики и лечения внутренних болезней. Активно проводится мониторинг «выживаемости» знаний.

Внимание обучающихся обращается на то, что в индустриальных странах распространённость МС среди лиц старше 30 лет составляет 10–20 %, в США — до 25 %. При этом МС чаще встречается у мужчин и у женщин в пери- и постменопаузе.

Обращается особое внимание на факторы риска развития МС, т.е. те, которые определяют увеличение массы тела (увеличение энергетической емкости пищи, гиподинамия, ряд заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, гипотиреоз, а также приём лекарственных препаратов — глюкокортикоидов, антагонистов инсулина и др.

Важное значение в клиническом разборе имеет констатация характерного для МС абдоминального типа ожирения с избыточным отложением жира в верхней половине туловища, на животе и увеличением количества висцерального (внутреннего) жира. Именно абдоминальное ожирение является независимым фактором риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии.

Часть обсуждения рекомендуется посвящать патогенетическим механизмам МС. Так, в настоящее время нет единой общепризнанной теории развития МС, что создает определенные трудности как в его диагностике, так в подходах к лечению. Одной из вероятных причин названо избыточное поступление в свободных жирных кислот из абдо-

минальных адипоцитов в порталный кровоток, в результате печень подвергается мощному и постоянному воздействию свободных жирных кислот, что приводит к ряду метаболических нарушений (гипергликемия, увеличение липопротеинов низкой плотности, обогащённых триглицеридами, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия). Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия способствуют развитию артериальной гипертензии. Преподавателем должна быть подчеркнута важность своевременной диагностики состояний составляющих МС: нарушение толерантности к углеводам, дислипидемия, микроальбуминурия, артериальная гипертензия для своевременной стратификации кардиоваскулярных рисков.

Вопросы рационального лечения МС разбираются конкретно с привлечением реальных пациентов, которые находятся на лечении в клиниках. Врачи — интерны применительно к каждой конкретной клинической ситуации намечают программу снижения массы тела: низкокалорийная диета, рациональное питание с уменьшением количества жиров и углеводов, аэробные физические нагрузки [1].

Особое внимание уделяется особенностям антигипертензивной терапии при МС. Выбор препарата для лечения артериальной гипертензии представляет трудную задачу. Класс препаратов для стартовой терапии определяется метаболической нейтральностью гипотензивных средств. Предпочтение отдается классам ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, сартанам, блокаторам кальциевых каналов, а также альфа-блокаторам и агонистам имидазолиновых рецепторов. Препараты группы диуретиков и бета-блокаторы назначаются взвешено, исходя из конкретной клинической ситуации, которая диктуется наличием или отсутствием сопутствующей патологии. Например наличие у пациента ИБС предполагает добавление к лечению бета-блокаторов, которые не однородны по своим фармакокинетическим особенностям. Врачи — интерны самостоятельно составляют план гипотензивной терапии с последующим контролем преподавателем и обсуждением с группой рационального лечения [3].

Лечебные подходы при дислипидемии как проявлению МС могут различаться в зависимости от клинических вариантов. Так, наиболее часто встречающаяся смешанная дислипидемия с высокими цифрами липопротеидов низкой плотности и нормальным содержанием триглицеридов, от-

мечаемая у пожилых и ассоциируемая с высоким кардиоваскулярным риском, предполагает ведение пациентов с назначением статинов. Гипертриглицеридемия с нормальным уровнем липопротеидов низкой плотности и снижением липопротеидов высокой плотности, которая наблюдается у молодых пациентов, может потребовать назначения фибратов, однако эти вопросы могут быть отведены специалистам более высокого уровня. Более актуальными при рассмотрении проблем МС являются режимы применения статинов, позволяющие добиться более высокого клинического эффекта при нивелировании риска их побочных эффектов и осложнений [4].

Разбираются подробно особенности применения сахароснижающих препаратов (метформина как первошагового подхода при МС, препаратов сульфаниламочевины, тиазолидиндионов, инкретинов) и их комбинаций для достижения контроля гликемии [2].

Большое внимание преподавателем уделяется тактике ведения больных с неалкогольным стеатогепатитом, часто осложняющим течение МС, что ставит перед врачами-терапевтами задачу пожизненного мониторинга фибротических изменений печени с помощью неинвазивных диагностических тестов (ассоциированные печеночные биохимические маркеры, эластометрия).

A.I. Dyadyk, A.E. Bagriy, M.V. Khomenko, V.G. Yakovenko

METABOLIC SYNDROME CLINICAL ASSESSMENT, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACHES IN POSTGRADUATE STUDENTS TRAINING

Summary. *This paper presents data on the clinical assessment, diagnostic and therapeutic approaches to metabolic syndrome patients and gives propositions about this problem in educational training programs optimizing.*

Key words: *metabolic syndrome, clinical assessment, diagnostic and therapeutic approaches, postgraduate students training*

ЛИТЕРАТУРА

1. Дядык А.И., Багрий А.Э. Артериальные гипертензии в современной клинической практике. – Донецк: Норд-Пресс, 2014. – 321 с.
2. National Institutes of Health. The Practical Guide to the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, md: 2000. NIH publication No. 00-4084
3. National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC): Diabetes overview. NIH publication No. 09-3873 2008 <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/overview/> (Accessed October 1 2012)

УДК 614.23.4:8.14.335.01

И.В. Чайковская, Т.И. Прокофьева, Е.К. Трофимец, И.П. Шелякова, М.Ю. Павленко

НАШИ РЕАЛИИ И ВОЗМОЖНОСТИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В статье представлен собственный опыт обучения врачей в условиях военного конфликта, с определением преимуществ и недостатков дистанционного образования.

Ключевые слова: врачи-стоматологи, дистанционное обучение

Актуальность. Международная комиссия по вопросам образования, науки и культуры при ООН (ЮНЕСКО) провозгласила два основных принципа современного образования: «образование для всех» и «образование через всю жизнь» [10]. В правильности данного подхода к построению системы образования нет никаких сомнений, но с точки зрения сегодняшних реалий Донбасса в целом, и нашего университета, в частности, возникает ряд проблем, обусловленных, в первую очередь, затяжным военным конфликтом, начавшимся в 2014 году и не имеющего тенденции к своему окончательному завершению в ближайшее время. Нестабильность политической ситуации, военные действия с чередующимися фазами активных боев и относительного затишья, смена учебно-методических параметров в связи с переходом на стандарты высшего образования России — всё это создаёт реальные трудности, а также риски для качества медицинского образования, обеспечить которое возможно лишь при условии непрерывного, всестороннего и планомерного выполнения учебных программ.

Для решения многих из вышеперечисленных проблем, дистанционное образование является той альтернативой, без которой обучение в чрезвычайных условиях было бы невозможно. Однако — является ли оно приемлемым в сфере высшего медицинского образования? Споры вокруг этого вопроса не утихают [1, 5, 7, 8]. И мы так же позволим себе высказать наши соображения, основанные на опыте преподавания клинической дисциплины (стоматологии) в условиях военного конфликта.

Целью нашего исследования явилось определение положительных сторон и недостатков дистанционного образования в области преподавания стоматологии на этапе последипломного образования.

Материалы и методы. Подверглись анализу собственные результаты использования дистанционной формы обучения врачей — курсантов трех специальностей (стоматология терапевтическая, хирургическая, ортопедическая) на кафедре стоматологии ФИПО в условиях военного конфликта.

Результаты и обсуждение. Нет никаких причин отвергать положительные стороны такой формы обучения — с применением новых технологичных представлений учебных материалов. Именно они и делают дистанционное образование дешевым и общедоступным, открывая возможности общения на больших расстояниях. Остановимся детальнее

на видах передачи информации. Выделяют три вида общепринятых дистанционных технологий, применяемых в процессе обучения [2, 4]. Первый вид — кейс-технология на основе бумажных носителей. Это, в первую очередь, учебно-методические пособия, рабочими тетрадями, которые сопровождаются тьютором (преподавателем). Он поддерживает со студентами (курсантами) телефонную, почтовую и др. связь, а также может непосредственно встречаться с ними в консультационных пунктах или учебных центрах. Вторая технология — телевизионно-спутниковая. Она очень дорогая и пока мало используется. Главный ее недостаток — слабая интерактивность, то есть обратная связь. И, наконец, третья технология — это интернет-обучение, или сетевая технология. Чаще всего в процессе дистанционного обучения используются все вышеназванные технологии в разных пропорциях.

Нами были использованы, преимущественно, третья технология (электронные материалы). Но условия военного времени таковы, что многие обучающиеся, находясь территориально в прифронтовой зоне, не имели возможности пользоваться сетевыми ресурсами в силу отсутствия электричества либо Интернета, и они использовали бумажные учебно-методические пособия. Нужно отметить, что обучение врачей-курсантов в форс-мажорных условиях было начато на платформе пусть небольшого, но реального опыта применения удаленных технологий обучения.

В нашем вузе дистанционное образование начало развиваться в 90-е годы [7, 9]. В 1997 году были начаты первые попытки создания программ для самостоятельного изучения, а после того, как в 2003 году инициативная группа ADL начала разрабатывать стандарт дистанционного интерактивного обучения SCORM, предполагающий широкое применение сетевых технологий, нашими специалистами были созданы и апробированы специализированные учебные материалы (базовые интерактивные учебные пособия, учебные видеофильмы, аудиопрограммы, обучающие компьютерные программы и т.п.). На их основе были разработаны специальные методики, применительно к клиническим дисциплинам на ступени последипломного образования, в том числе и для врачей-стоматологов, обучающихся на этапе последипломного образования.

Мы убедились на опыте преподавания (в осеннем семестре 2014–2015 учебного года), что к плюсам дистанционного образования действительно можно отнести:

- обучение в индивидуальном темпе — скорость изучения устанавливается самим учащимся в зависимости от его личных обстоятельств и потребностей;

- свобода и гибкость — учащийся может выбрать любой из многочисленных курсов обучения, а также самостоятельно планировать время, место и продолжительность занятий;

- доступность — независимость от географического и временного положения обучающегося и образовательного учреждения позволяет не ограничивать себя в образовательных потребностях;

- мобильность — эффективная реализация обратной связи между преподавателем и обучаемым, что является одним из основных требований и оснований успешности процесса обучения;

- технологичность — использование в образовательном процессе новейших достижений информационных и телекоммуникационных технологий;

- социальное равноправие — равные возможности получения образования независимо от места проживания, состояния здоровья, элитарности и материальной обеспеченности обучаемого;

- творчество — комфортные условия для творческого самовыражения обучаемого. Из 100 % наших врачей курсантов, находившихся на дистанционном обучении, 57,2 % заявили (при опросе), что эта форма образования является удобной и удовлетворяющей их ожидания в области повышения квалификации. В основном, это были врачи высшей или первой категории, имевшие опыт работы от 5 до 42 лет. Среди них стоматологи-терапевты составили преобладающее большинство. 32,6 % опрошенных заявили о почти полной удовлетворенности объемом знаний, полученных при данной форме обучения, остальные затруднились с ответом.

Но мы увидели и подтверждение очевидных минусов:

- отсутствие очного общения между обучающимися и преподавателем. То есть все моменты, связанные с индивидуальным подходом и воспитанием, исключаются. А когда рядом нет человека, который мог бы эмоционально окрасить знания, это значительный минус.

- необходимость наличия целого ряда индивидуально-психологических условий. Для дистанционного обучения необходима жесткая самодисциплина, а его результат напрямую зависит от самостоятельности и сознательности учащегося;

- необходимость постоянного доступа к источникам информации. Нужна хорошая техническая оснащенность, но не все желающие учиться имеют компьютер и выход в Интернет, а в форс-мажорных условиях, таких как военный конфликт — и электричество.

- как правило, обучающиеся ощущают недостаток практических занятий. Учитывая специфику клинической кафедры, где из 146 учебных часов (в среднем) предаттестационного цикла (ПАЦ), только 40 часов являются лекционными, а остальные — это семинарские и практические занятия, нетрудно предположить, что многие профессиональные тонкости, приобретаемые исключительно в процессе работы в условиях передовой клинической базы с её материальным оснащением, сложным контингентом больных, являются недоступными в силу отсутствия прямого контакта врач — больной, курсант — преподаватель. Именно отсутствие нового клинического опыта заставляет обучающихся говорить о «неполноценности» и даже неприемлемости дистанционного обучения

в медицине — об этом заявили 92 % врачей — курсантов, проходивших обучение на нашей кафедре.

- отсутствует постоянный контроль над обучающимися, который для русского человека является мощным побудительным стимулом;

- в дистанционном образовании основа обучения только письменная. Для некоторых отсутствие возможности изложить свои знания также и в словесной форме может превратиться в камень преткновения.

- дефицит специалистов. В настоящее время очень остро ощущается дефицит преподавателей, которые могли бы разрабатывать дистанционные курсы для врачей и проводить по ним обучение. Нетрудно представить, что для этого нужна специальная подготовка не только по техническим вопросам, но и по методическим: например, разработчик курса должен правильно определить последовательность и соотношение дистанционной части обучения и традиционной [6].

В условиях нашей кафедры мы нашли выход в создании необходимой электронной базы учебно-методических материалов силами самих же преподавателей. Но, вероятно, эта работа требует наличия специалиста соответствующего уровня в области компьютерных технологий, чтобы быть выполненной с использованием самых новых приемов, способов и методов изложения текстовых и графических материалов, наиболее адекватных и удобных для восприятия при самостоятельном изучении. К тому же, многие видеоматериалы имеют английский (либо другой иностранный) язык, как язык оригинала, и возникает необходимость грамотного перевода и наложения титров, что является довольно сложным умением, свойственным не каждому преподавателю, увы.

Разумеется, коллективом нашей кафедры и всего нашего вуза принимаются меры для того, чтобы преодолеть возникающие трудности, ведется активная работа по внедрению дистанционных образовательных технологий в учебный процесс. Перерабатываются учебные планы, разрабатываются дистанционные курсы. Кафедрой семейной медицины факультета последипломного образования разработан дистанционный курс «Основы дистанционных образовательных технологий в высшем медицинском образовании», призванный помочь в подготовке преподавателей к использованию дистанционного обучения.

Выводы. Как мы убедились, дистанционное обучение позволяет поддерживать знания врачей актуальными и на высоком уровне (а это значит, повысить качество медицинской помощи), а также снизить затратность системы повышения квалификации. Оно вполне адекватно с позиции овладения новыми знаниями, удобно в плане использования личного времени обучающихся; материалы могут быть изучены фрагментарно с целью расширения представлений о теме (или проблеме). Однако, зависимость получения знаний от технических условий (связь, Интернет, электричество) в условиях форс-мажора может сделать этот процесс маловозможным либо невозможным вообще. Немаловажным фактором, препятствующим возможности длительного использования дистанционного образования на клинических кафедрах ФИПО является необходимость сдачи экзамена для получения сертификата о повышении квалифи-

кации, который предусматривает обязательную клиническую часть с отработкой практических навыков. Короткая продолжительность циклов (от 2-х недель до 3-х месяцев) не позволяет рассчитывать, что практические навыки могут быть освоены и отработаны с некоторым опозданием. Таким образом, с учетом всех положительных сторон и недостатков, дистанционные образовательные технологии на клинической кафедре стоматологического профиля могут быть использованы либо в комплексном обучении, как дополнительный метод, либо исключительно в условиях форс-мажора, как это было в нашем конкретном случае, в условиях военного конфликта на Донбассе.

I.V. Tchaikovskaya, T.I. Prokofieva, E.K. Trofimets, I.P. Shelyakova, M.Y. Pavlenko

OUR REALITIES AND OPPORTUNITIES IN THE TRAINING OF DOCTORS UNDER DENTAL PROFILE OF THE DISTANCE LEARNING TECHNOLOGIES

Summary. *The article presents own medical training experience in a military conflict with the definition of the advantages and disadvantages of distance education.*

Keywords: *dentists, distance learning*

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Б.К. Новые аспекты медицинского образования./Медицинское образование и вузовская наука, 2014, № 5. – С. 14–17

2. Белозерова Е.А. О дистанционном образовании / Е.А. Белозерова [и др.] // Дистанционное обучение в электронном здравоохранении, 2007, № 2
3. Горшунова Н.К. Инновационные технологии в подготовке врача в системе непрерывного профессионального образования // Фундаментальные исследования, 2009, № 2. – С. 86–88
4. Дейкало В.П., Коновалова Н.Ю., Синьков Г.Г. и др. Дистанционное обучение: опыт организации, проблемы и пути решения / Вестник ВГМУ, 2013. Т. 12, № 4. – С. 156–159
5. Казаков В.Н. Дистанционное обучение в медицине / В.Н. Казаков, В.Г. Климовицкий, А.В. Владзимирский. Донецк: ООО «Норд», 2005. – 80 с.
6. Казаков В.Н., Селезнева А.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г., Первак М.Б., Оборнев Л.Е. Управление качеством подготовки специалистов: программно-целевой подход / Москва-Донецк, 2003. – 215 с.
7. Орловский Б.П. Педагогика высшей медицинской школы. Минск., МедЛит. 2012. – 201 с.
8. Сергеева Ю.В., Ивонина О.Г. Развитие технологий образования в условиях глобализации общества / Современные проблемы науки и образования, № 3, 2015. – С. 45–48
9. Шаповал С.Д. Дистанционное обучение как организационная форма непрерывного профессионального развития врачей / С.Д. Шаповал, С.Н. Дмитриева, Ю.И. Решетилов // Психолого-педагогический журнал гаудеамус, 2010. Т. 2, № 16. — С. 92–93
10. WHO: Fourth global report. WHO/НТМ/ТВ/2008.394. Geneva 2008

МЕДИЦИНА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ (ТЕЗИСЫ)

Абрамов В.А., Голоденко О.Н.

ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ ДИСПОЗИЦИОННОЙ НАДЕЖДЫ, КАК ФАКТОРА АДАПТИВНОГО МЕХАНИЗМА, У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования: на основании результатов, полученных в ходе исследования измерить уровень диспозиционной надежды, как фактора мощного адаптивного механизма, позитивно ориентирующего человека даже в трудных обстоятельствах и, как следствие, улучшающего его качество жизни, у лиц пребывающих в зоне военного конфликта в Донбассе.

Материал и методы. Обследованы 99 студентов (68,7 % женщины и 31,3 % мужчины) ДонНМУ им. М. Горького в возрасте от 20 до 40 лет. Социально-демографические особенности, субъективный уровень стрессогенности переживаемой ситуации, продолжительность пребывания в зоне боевых действий, категории лиц пострадавших в результате вооруженного конфликта, влияние стресса на физическое и психическое здоровье оценивались с помощью специально разработанной нами Анкеты респондента. Уровень диспозиционной надежды (ДН) оценивался с помощью методики «Измерение надежды» адаптированной К. Муздыбаевым. Данная методика позволяет разделить выраженность ДН и ее субшкал («Индикатор способности находить пути» и «Индикатор силы воли») на четыре уровня: высокий, средний, низкий и крайне низкий.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. Большая часть студентов (51,5 %) определили субъективный уровень стрессогенности переживаемой ситуации как средний, 37,4 % – как высокий и только 11,1 % – как низкий. Подавляющее большинство студентов (81,8 %) находились в

зоне военного конфликта более 6 месяцев. К гражданам из мирного населения, проживающим на территории с боевыми действиями, пострадавшим морально и психологически отнесли себя около половины опрошенных (53,5 %). Субъективное ухудшение психического здоровья отмечали большинство студентов (63,6 %).

Полученные показатели свидетельствуют о снижении адаптивной способности у лиц, пребывающих в зоне военного конфликта. Так, в группе исследуемых средний и низкий уровень ДН был выявлен у 37,4 % и 32,3 % студентов (соответственно). По субшкале «Способности находить пути» уровень ДН значительно не страдал, в большей степени он находился на среднем уровне (52,5 %), низкий уровень отметило 22,2 % опрошенных. Показатели по субшкале «Индикатор силы воли» указывали на резкое снижение ДН в этой сфере. У 54,5 % респондентов показатель по данной субшкале находился на низком уровне, средний и высокий уровни были отражены у 26,3 % и 19,2 % студентов (соответственно).

Заключение. Таким образом, было выявлено снижение адаптационного механизма, особенно в рамках сниженного стремления контролировать обстоятельства своей жизни, что свидетельствует о низкой способности совладания с посттравматическим стрессом у лиц пребывающих в зоне военного конфликта в Донбассе. Большинство людей оказались бессильными в сфере управления собственной жизнью, что отрицательно сказывается не только на взаимоотношениях с окружающими, но и на качестве жизни.

*Богданов С.Б., Порханов В.А., Бабичев Р.Г., Поляков А.В., Иващенко Ю.В.,
Марченко Д.Н., Семенченко А.А.*

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ПОЛНОСЛОЙНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

ГБУЗ НИИ-ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского, г. Краснодар, Россия

Актуальность. Выполнение пластики свободным расщепленным кожным аутоотрансплантатом для закрытия раневых дефектов исторически признано оптимальным в хирургии. Однако, толстый аутоотрансплантат, как правило, приживается на чистую рану. Пластика по Красовитову и Парину основаны на пластике на раневое ложе без инфицирования. Разработка новых способов пластики полнослойным аутоотрансплантатом в комбустиологии остается актуальным.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с глубокими ожогами лица. В

острый период ожоговой травмы выполнить пластику одним полнослойным кожным аутоотрансплантатом на лице.

Материалы и методы. За последние 15 лет нами определены условия, необходимые для выполнения операции полнослойным аутоотрансплантатом на лице. Для улучшения результатов необходимо выполнение 4 условий: – иссечение грануляций; – иссечение краев; – толстый трансплантат; – один трансплантат. Данной методикой оперировано 5 пациентов тотальным глубоким ожогом лица.

За последние 5 лет выполнено 37 аутопластик полнослойным свободным аутоотрансплантатом при глубоких ожогах лица. Операцию проводили на 15–25 день после травмы при формировании грануляционной ткани. При размере раны до 10 см в ширины забор донорского участка кожи производили дерматомом толщиной 0,7–0,9 мм (14 наблюдений). На донорскую рану производили пластику с перфорацией толщиной 0,2 мм.

У 4 пациентов с глубокими ожогами всех участков лица производили аутопластику одним полнослойным свободным аутоотрансплантатом толщиной до 1 мм. Забор производили скальпелем. Размер трансплантата от 17 на 22 см, до 18 на 28 см. Перед аутопластикой иссекали верхний слой грануляций и края раны. Особенности выполнения аутопластики: – профилактика гематом под транс-

плантатом; – особенности гемостаза; – наложение давящей повязки; – медленное приживление толстого аутоотрансплантата.

Результаты. В отдаленном периоде пластика одним полнослойным свободным аутоотрансплантатом максимально приближена к здоровой коже. Рубцы не формируются. В течении 5 лет наблюдений нет показаний для реконструктивных операций.

Выводы. Пластика одним полнослойным аутоотрансплантатом улучшила косметические и функциональные результаты лечения.

В неотложной хирургии особое место занимает травматический разрыв диафрагмы (ТРД), что наблюдается у 1,8 – 25 % больных. Следует заметить, что истинная частота ТРД значительно больше, потому что значительное количество пострадавших погибает на этапах эвакуации. Проблема ди-

Вегнер Д.В., Колкин Я.Г., Кузьменко А.Е., Сидоренко Ю.А., Шталов С.А.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

агностики ТРД в остром периоде – одна из самых сложных. И так, трудности диагностики ТРД при сочетанной травме значительно увеличивают количество диагностических и тактических ошибок и летальность. Невзирая на важность проблемы, остаётся дискуссионным вопрос показаний и противопоказаний к применению специфических методов диагностики ТРД и средств повышения безопасности при выполнении этих методов. В первую очередь это касается метода торакоскопической диагностики повреждений диафрагмы.

Материалы и методы. Нами проанализированы 35 историй болезни пострадавших с сочетанной травмой и разрывами диафрагмы, которые лечились в течение 2008–2015 в торакальном центре областной клинической больницы и клинике НИИ травматологии и ортопедии. Женщин было 11, мужчин – 24. Возраст пациентов колебался от 17 до 74 лет, но большее количество пострадавших 29 (83 %) находилось в наиболее трудоспособном возрасте (25–55 лет), что подчеркивает актуальность рассматриваемой проблемы.

Применены следующие методы исследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки, торакоскопия, компьютерная томография органов грудной клетки, клинические и биохимические исследования.

Результаты и их обсуждение. У всех пострадавших выявлен травматический шок III–IV степени. У 28 (75 %) больных собрать анамнез заболевания не было возможным. Разрыв диафрагмы слева констатирован в 24 случаях, справа – в 10, двусторонний разрыв – у 1 пациента. Основные принципы диагностики повреждений диафрагмы при сочетанной травме: скорость и оперативность установления диагноза в условиях ограниченного времени; одновременное сочетание диагностических мероприятий с лечебными, особенно у тяжелых больных; соблюдение определенного алгоритма в диагностике, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего; выявление основного нарушения, которое предопределяет тяжесть со-

стояния пострадавшего и создает прямую угрозу для его жизни; четкая работа и взаимодействие всех членов дежурной бригады во время проведения диагностических мероприятий. Нами проведено распределение больных на две группы. В I группе отнесены 11 пациентов, повреждения диафрагмы у которых диагностировано на основании клинической симптоматики, рентгенологических методов исследования и интраоперационным путем, прежде всего при выполнении лапаротомии. Последовательно выполнены торако- и лапаротомии у 7 пациентов. Летальность в этой группе составляла 27,2 % (3 наблюдения). Смерть пациентов констатирована через 7–28 часов с момента травмы.

Сроки стационарного лечения больных составляли от 29 до 57 суток (в среднем – 45,7 суток). Во второй группе (24 пациента) всем пострадавшим выполнили лечебно-диагностическую комбинированную дифференцированную торакоскопию по усовершенствованной нами методике. Своевременная и достоверная диагностика разрыва диафрагмы позволила в минимальные сроки выполнить оперативные вмешательства и избежать неоправданного расширения объема операции. Кроме того, конструктивные особенности торакоскопических троакаров минимизируют риск повреждения легочной паренхимы и органов брюшной полости, передвигаются в плевральной полости, и позволяют провести адекватную санацию и дренирование последней под визуальным контролем. Торакотомию в II группе выполнили только в 3 случаях. В этой группе умерли 4 пациента (16,7 %), сроки стационарного лечения колебались от 24 до 42 суток (в среднем – 36,8 суток).

Выводы. Сравнение сроков стационарного лечения больных и уровня летальности в I и II группах позволяет сделать вывод о значительной диагностической ценности и перспективности применения малоинвазивных торакоскопических методик при оказании специализированной хирургической помощи пострадавшим с повреждениями диафрагмы.

В настоящее время в обществе растет частота травм, в которой значительную долю составляют черепно-мозговые травмы, что связано в первую очередь с боевыми действиями на территории Дон-

басса. Черепно-мозговая травма сопровождается как высокой летальностью, так и приводит к стойкой утрате трудоспособности, необратимым изменениям в когнитивной сфере, исключая из обще-

Военный И.В., Коровка С.С., Захарчук А.Н., Гриценко О.О.

АНАЛИЗ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БОЕВОЙ НЕЙРОТРАВМЕ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

ства лиц трудоспособного возраста, что приводит к росту в социальной среде людей со стойкой утратой трудоспособности. Социально-экономические потери государства делают этот вид травмы актуальной.

Цель исследования: проанализировать ситуацию с утратой трудоспособности вследствие боевой нейротравмы в Донецком регионе на основании статистических данных из историй болезни.

Материалы и методы. Проведен анализ 50 историй болезни пациентов младше 40 лет 1 нейрохирургического отделения ДокТМО с огнестрельными ранениями головы младше 40 лет. При выписке из стационара использовались данные опроса, неврологического статуса, нейропсихологического тестирования: проба Шульте, тест рисования часов, оценка по шкале депрессии Гамильтона, мини-исследование когнитивного состояния, опросник самооценки памяти. Статистическая об-

работка материалов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica.

Результаты: на основании прогнозирования стойкой утраты нетрудоспособности пациентов с посттравматической эпилепсией, арахноидитом, остаточными грубыми неврологическими синдромами были внесены коррективы в медико-социальную экспертизу, модернизирована индивидуальная программа реабилитации.

Цель исследования. На основании результатов, полученных в ходе исследования изучить способность совладания с посттравматическим стрессом, как одного из психологических факторов саморегуляции человека, у лиц пребывающих в зоне военного конфликта в Донбассе. Материалы и методы. В ходе данного исследования было обследовано 68 студентов медицинских факульте-

Голоденко О.Н., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

тов 4-го курса (72 % женщины и 28 % мужчины) ДонНМУ им. М. Горького в возрасте от 20 до 40 лет. Социально-демографические особенности, субъективный уровень стрессогенности переживаемой ситуации, продолжительность пребывания в зоне боевых действий, категории лиц пострадавших в результате вооруженного конфликта, влияние стресса на физическое и психическое здоровье оценивались с помощью специально разработанной нами Анкеты респондента. Уровень смысложизненных ориентаций оценивался с помощью «Теста смысложизненных ориентаций» (СЖО) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика (адаптация Д.А. Лепотьева) [1]. Методика состоит из 20 пар противоположных утверждений. Респонденту необходимо было выбрать одно из двух утверждений наиболее соответствующее действительности и отметить одну из 3-х цифр, в зависимости от того насколько он уверен в выборе (или 0, если оба утверждения на его взгляд одинаково верны). Обработка результатов сводилась к суммированию числовых значений всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили). Оценивался общий показатель осмысления жизни (ОЖ) и показатели по пяти субшкалам: «Цели в жизни», «Интерес и эмоциональная насыщенность жизни», «Удовлетворенность самореализацией», «Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)» и «Локус контроля – жизнь».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета

прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. Большая часть студентов (57,4 %) определили субъективный уровень стрессогенности переживаемой ситуации как средний, 33,6 % – как высокий и только 9,0 % – как низкий. Подавляющее большинство студентов (79,0 %) находились в зоне военного конфликта более 6 месяцев. К гражданам из мирного населения, проживающим на территории с боевыми действиями, пострадавшим морально и психологически отнесли себя около половины опрошенных (49,2 %). Субъективное ухудшение психического здоровья отмечали большинство студентов (61,8 %).

Полученные показатели свидетельствуют о низкой способности совладания с посттравматическим стрессом у лиц, пребывающих в зоне военного конфликта. Так, в группе исследуемых среднее значение общего показателя осмысления жизни (ОЖ) составило $89,7 \pm 0,7$ баллов, что соответствует 64,1 % от нормы. Средние значения по субшкалам составили: «Цели в жизни» – $28,9 \pm 0,3$ баллов (68,8 %), свидетельствует о низкой временной перспективе; «Интерес и эмоциональная насыщенность жизни» – $27,5 \pm 0,4$ баллов (65,4 %), указывает на снижение интереса к жизни; «Удовлетворенность самореализацией» – $23,6 \pm 0,3$ баллов (67,5 %), отражает неудовлетворенность прожитой части жизни; «Локус контроля – Я» – $18,6 \pm 0,6$ баллов (66,4 %), свидетельствует о снижении веры в свои силы контролировать события

собственной жизни; «Локус контроля – жизнь» – $29,0 \pm 0,3$ баллов (69,0 %), указывает на развитие убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю.

Выводы. Таким образом, постоянное ожидание опасности (более 6 месяцев), чувство неопределенности, постоянное психологическое и физическое напряжение в быстро и неожиданно меняющейся ситуации боевых действий, близость человеческого горя оказывает мощное и неоднозначное влияние на психику человека. Большинство людей остаются бессильными в сфере управления соб-

ственной жизнью, что отрицательно сказывается не только на взаимоотношениях с окружающими, но и на качестве жизни. Полученные результаты данного исследования дают определенные теоретические и практические знания, для дальнейшей оценки личностных ресурсов совладания у лиц, пострадавших в результате хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе.

Литература: 1. Леонтьев Д.А. Тест смысло-ориентированных ориентаций (СЖО), 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.

Дубровская Н.С., Мельник А.В., Кустов Д.Ю., Федорова А.В., Шрамко И.А., Лисанова С.В., Валигун Я.С., Вертепная Е.Т., Поповиченко Л.Л.

О НЕКОТОРЫХ ИТОГАХ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ УНЛК «УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА» ДОННМУ ЗА ПЕРИОД 2014–2015 гг.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Отделение лабораторных исследований функционирует в составе учебно-научно-лечебного комплекса «Университетская клиника» ДонНМУ с 2003 года. Отделение представлено общеклиническим, гематологическим, биохимическим, бактериологическим отделами, а также отделами иммуноферментного анализа и молекулярно-генетических исследований.

С 2008 года отделение лабораторных исследований является клинической базой, на которой проводится отработка практических навыков в интернатуре у врачей-интернов по специальности «Лабораторная диагностика» и у врачей-курсантов, которые проходят последипломное обучение на циклах специализации, стажировки, ПАЦ и тематического усовершенствования по специальностям «Клиническая лабораторная диагностика» и «Клиническая биохимия». Так, только за период 2014–2015 учебного года было подготовлено 14 врачей-интернов, 187 врачей курсантов, 20 из них обучались на основе хозрасчета. Кроме того, на базе отделения ежегодно проводятся практические занятия студентам 6 курса всех факультетов по специальности «Клиническая лабораторная диагностика».

Помимо участия в организации учебного процесса ВУЗа, лабораторное отделение ежегодно выступает соисполнителем выполняемых сотрудниками ДонНМУ научно-исследовательских работ. Это позволяет сотрудникам отделения осваивать новые методики, расширять спектр исследований показателями, которые еще не используются широко в практике клинициста. Такое научно-практическое сотрудничество позитивно влияет на формирование индивидуального опыта каждого врача-лаборанта лабораторного отделения и коллектива в целом.

Отделение лабораторных исследований оснащено современным лабораторным оборудованием ведущих фирм-производителей: гематологическим анализатором «Advia-60» (Bayer), который оценивает 18 параметров клинического анализа крови пациента в течение 1 минуты, коагулометром K-3002 (Польша) на котором оценивается свертывающая система, полуавтоматическими анализаторами «БиАн» (Россия), BS 3000 M (Южная Корея), на которых выполняются биохимические

исследования по 25-ти и более параметров. Количественная оценка содержания гормонов крови, выявление онкомаркеров, титры антител к различным антигенам и общую аллергизацию организма (Ig E) определяют с помощью иммуноферментного анализа на спектрофотометре французской фирмы «Sanofi Paster». Молекулярно-генетические исследования ДНК в полимеразной цепной реакции (ПЦР) проводится в стерильных боксах на амплификаторах фирмы HUBAID (США) и Amplicat.

Бактериологический отдел отделения лабораторных исследований оборудован автоматизированным рабочим местом врача-микробиолога, которое обеспечивают две компьютерные программы: система микробиологического мониторинга «Микроб-2» и «БАКТ». Первая программа позволяет одновременно анализировать до 15 000 анализов и обеспечивает проведение идентификации микроорганизмов различных групп с использованием коммерческих тест-систем с последующим внесением результатов в базу данных. Вторая программа позволяет идентифицировать более 300 видов микроорганизмов, получая при этом стандартные достоверные, воспроизводимые и сопоставимые результаты.

Все необходимые лабораторные анализы сотрудниками отделения выполняются с использованием самых современных средств контроля качества производства Lachema (Чехия), Diasis (Венгрия).

Отделение лабораторных исследований было аккредитовано комиссией МЗ Украины в 2010, получив при этом высшую оценку работы и сертификат аттестации сроком на 5 лет. Залогом этого стали рациональная организация рабочих мест, проведение исследований на автоматических анализаторах, своевременная метрологическая проверка аппаратуры, высокая профессиональная подготовка врачей-лаборантов и фельдшерского состава. Каждый сотрудник отделения лабораторных исследований имеет сертификат специалиста-оператора для работы на анализаторах.

В связи с ухудшением экономической ситуации в нашем регионе в течение второй половины 2014 г. и на протяжении 2015 г. материально-техническое снабжение отделения лабораторных исследований и возможности для выполнения полного

спектра необходимых анализов значительно ограничили. Тем не менее, за указанный период в отделении было проведено 45060 общеклинических анализов крови, 22372 биохимических анализов крови, выдано 5059 результатов ИФА, 2041 результатов бактериологических исследований. Более

800 сотрудникам ДонНМУ был проведен комплексный медицинский осмотр в необходимом объеме.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о ведущей роли отделения лабораторных исследований в учебной, лечебной и научной работе нашего университета.

Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Хацко В.В., Хачатрян А.А., Крупка А.А.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Диагностика и лечение повреждений печени продолжает оставаться по многим причинам актуальной проблемой экстренной медицины.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с повреждениями печени.

Материалы и методы: С 2000 по 2013 гг. в абдоминальном отделении клиники хирургии им. К.Т. Овнатаняна находился на лечении 441 больной с механическими травмами различных органов брюшной полости. Из них у 63 (14,3 %) человек имело место повреждение печени различного генеза. Среди пострадавших преобладали мужчины (76,6 %) в возрасте от 20 до 45 лет. У 38 (60,3 %) больных повреждения печени возникли в результате закрытой травмы живота, у 25 (39,7%) – в результате нанесения ран холодным или огнестрельным оружием. В рассматриваемой группе пациентов изолированные повреждения печени встретились у 28 человек (44,5 %), сочетанные – у 35 (55,5 %) пострадавших, в том числе у 12 из них диагностированы торакоабдоминальные ранения.

Точность диагностики повреждений печени выше при более широком применении УЗИ и СКТ органов брюшной полости, с помощью которых удалось установить локализацию повреждений печени у 92 % пациентов. Особое значение в предоперационной диагностике травмы печени придается широко применяемому в клинике методу лапароскопии с проведением в брюшную полость «шалящего катетера» и лапароскопии.

Результаты и их обсуждение: Для лечения повреждений печени, на фоне проведения противошоковых мероприятий и возмещения кровопотери, используется оперативное вмешательство, которое необходимо выполнить в наиболее ранние сроки. В основу операций на печени положены принципы, предусматривающие радикальный гемостаз, иссечение нежизнеспособных тканей, дренирование над- и подпеченочного пространства, профилактику осложнений. Оптимальным оперативным доступом, применяемым для осмо-

тра раны печени и ревизии органов брюшной полости, является срединная лапаротомия.

Целесообразно проводить щадящую хирургическую обработку ран. Влажным марлевым тампоном очищают раневую поверхность от сгустков крови, отторгающихся участков и инородных тел. Размозженные края следует иссечь, свободно висящие куски отсекают.

Первостепенное значение при ведении больных с травмированной печенью придается эффективному гемостазу, как временному, так и окончательному. Для временного гемостаза накладывают зажим на печеночно-двенадцатиперстную связку. Прекращение артериального и портального кровотока переносится без осложнений в течение 5–20 минут. Это позволяет провести тщательную ревизию раны, иссечь нежизнеспособные ткани, прошить и перевязать сосудисто-секреторные элементы. После снятия зажима проводят контроль гемо- и холестаза. Основными показаниями к резекции печени являются ранения печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов и нежизнеспособность ее ткани при размозжении. После оперативного вмешательства по поводу травмы печени могут возникнуть ряд послеоперационных осложнений. Их можно разделить на специфические (связанные с повреждением печени) и неспецифические.

Из больных с травмами печени, находившихся на лечении в клинике, умерло 8 человек, что составило 12,7 %. Причиной смерти у 4 из них было массивное кровотечение, у 3 – перитонит, у 1 – печеночно-почечная недостаточность.

Выводы. Таким образом: Основными методами диагностики являются УЗИ, СКТ, лапароскопия или лапароскопия. Основной принцип хирургического лечения повреждений печени – это использование минимальных по объему оперативных вмешательств, но высоконадежных в плане гемостаза, с билиарной декомпрессией.

Кардаш А.М., Ващенко А.В.

ВЛИЯНИЕ ОТКРЫТИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ В СИНУСАХ МОЗГА НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность темы. После нейрохирургических вмешательств, направленных на удаление глиальных опухолей головного мозга, есть определенное количество рецидивов. Открытие лимфатических сосудов в головном мозге может ока-

зать существенное влияние на тактику лечения таких пациентов.

Цель исследования. Анализ существующей тактики лечения нейроонкологических больных с учётом последних исследований в области гисто-

логии и физиологии лимфатических сосудов головного мозга.

Материал и методы исследования. Ознакомление со статьёй “Structural and functional features of central nervous system lymphatic vessels” коллектива авторов в журнале Nature (2015 Jul 16).

Результаты. Данное исследование показало, что в синусах головного мозга присутствуют иммунокомпетентные клетки и молекулярные маркеры лимфатических сосудов. Согласно этим данным, сосудистая лимфатическая сеть начинается от каждого глаза, проходит в области обонятельной луковицы и соединяется в синусах. Кроме того,

авторам исследования удалось получить изображение функционирующих лимфатических сосудов у животных. Данная публикация меняет прежние взгляды на головной мозг как орган без лимфатических сосудов. Открытие лимфатической системы ЦНС может потребовать переоценки основных концепций в нейроиммунологии и пролить свет на этиологию нейроонкологических заболеваний, связанных с дисфункцией иммунной системы.

Выводы. Существует необходимость клинической оценки возможного влияния циркуляции лимфы на возникновение рецидивов опухолей головного мозга.

Колесникова А.Г., Остренко В.В.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ И ВАКЦИН В АРМЕЙСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ И РАЙОНАХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького

Актуальность темы. Вакцинация является неотъемлемой частью профилактики как одного из направлений противэпидемической работы в армии. Особое внимание заслуживают научные разработки, которые позволили бы нам сократить время иммунного ответа, при введении вакцин, поскольку в обычных условиях достижение защитного уровня антител происходит только через 2–3 недели. Особенно это актуально при применении бактериологического оружия и в районах катастроф, когда эпидемическая ситуация работы оценивается как неустойчивая, неблагоприятная или чрезвычайная.

Целью нашей работы было изучение иммуномодулирующих свойств препарата, полученного в ДонНМУ биологически активных комплексов из коры дуба (БАК) а.с. № 919184 и его применение на мышах.

Материалы и методы: Определяли активность в сыворотке крови лизоцима и ферментативную активность 5-нуклеотидазы перитониальных макрофагов. Лизоцим определяли нефелометрическим методом по В.Г. Дорофейчук. 5-нуклеотидазную активность определяли в суспензии неразрушенных клеток по методам Диксон и Пурдом в модификации М.А. Туманей и Г.Б. Кирилличевой. Опыты проводились на 3-х видах животных (мыши, морские свинки, крысы).

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено что на 21 день после применения БАК КД наблюдается тенденция к снижению активности макрофагов 5-нуклеотидазы, которая является одним из маркеров цитоплазматической мембраны макрофагов. На основе этого можно полагать, что изучаемые вещества взаимодействуют с клетками макрофагальной системы. Влияние БАК КД на неспецифические факторы иммунитета изучили по изменению уровня лизоцима в сыворотки крови мышей. В результате исследования можно сделать вывод, что при введении БАК КД суммарной дозы 3600 мкг/кг КД, мы получили на 7 день увеличение уровня лизоцима в 3 раза по сравнению с введением других доз.

Выводы. При исследовании были доказаны иммуномодуляторные свойства БАК КД.

При проведении экспериментальных исследований с препаратом растительного происхождения БАК КД, полученного в ДонНМУ было выявлено повышение неспецифической активности при увеличении дозы 6,0 мкг в 3 раза быстрее.

При применении БАК КД в сочетании с вакцинами приводит к более быстрому развитию иммунного ответа – в 3 раза.

Изучаемая схема может быть предложена для вакцинации воинских коллективов при экстремальных ситуациях.

Корж Е.В.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования – изучить частоту развития и морфологические характеристики туберкулеза печени у ВИЧ-инфицированных лиц.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов аутопсии 100 ВИЧ-инфицированных и 79 ВИЧ-негативных больных туберкулезом, умерших от туберкулеза в Областной клинической туберкулезной больнице г. Донецка. Установлено, что все больные ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ умирали вследствие развития острого милиарного туберкулеза с множественным поражением внутренних ор-

ганов, при этом туберкулез печени наблюдался в 76,0 % случаев. У 57,9 % умерших ВИЧ-инфицированных больных определялся полиморфизм специфических изменений, что позволяло говорить о развитии туберкулеза печени еще до момента фатальной генерализации туберкулезной инфекции. Наличие в ткани печени ВИЧ-инфицированных больных типичных туберкулезных гранулем отражало сохраненную способность организма к продуктивным реакциям.

С каждым годом в специализированные туберкулезные диспансеры поступает все больше па-

циентов с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ. У таких лиц по мере усиления иммуносупрессии туберкулез приобретает склонность к генерализации с множественным поражением внутренних органов: лимфатических узлов, легких, печени, селезенки, мягких мозговых оболочек, брюшины, кишечника, позвоночника. Туберкулез печени даже у ВИЧ-негативных лиц встречается редко, однако сведения о частоте специфического поражения органа на фоне ВИЧ-инфицирования практически отсутствуют. Чаще всего расстройства функции печени у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ связывают с сопутствующими гепатитами, токсичным действием медикаментов, непосредственным поражением гепатоцитов ВИЧ. В литературе имеются

сообщения как об отсутствии в печени специфических тканевых реакций, так и развитии типичных туберкулезных гранулем и очагов казеозного некроза. В клинических условиях достаточно часто встречаются ситуации, когда ухудшение биохимических характеристик функции печени становится основанием для отмены противотуберкулезных препаратов, что в случае специфического поражения представляется нецелесообразным. Таким образом, характер патологических изменений в печени у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ нуждается в уточнении, что представляется важным как для своевременной диагностики, так и планировании врачебной тактики ведения больного.

Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Межаков С.В., Коссе Д.М.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Больные острым панкреатитом оставляют 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15–20 % наблюдений развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15 %, при деструктивных формах летальность составляет 24–60 %, а послеоперационная достигает 70 % и выше и не имеет тенденции к снижению.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных ОП путем усовершенствования диагностики и лечебной тактики.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной его классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M. Thumshirin et al., 1994, G.G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 9 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин – 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25 %) больных, тяжелой степени – у 76 (14 %), стерильный панкреонекроз – у 69 (12 %), инфицированный панкреонекроз – у 177 (31 %), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) – 48 (8,5 %), панкреатогенный абсцесс – у 49 (9,5 %). Диагноз устанавливался в течение 24–48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5 %) больных, умерло после операции – 17 (4,7 %). Всем больным производили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства.

Результаты и их обсуждение. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J. Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5 %) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson – 0–3), тяжелый ОП был у 76 (13,5 %) больных (6 и более критериев Ranson). Чем больше критериев Ranson зарегистрировано, тем выше вероятность неблагоприятного течения заболевания

вплоть до фазы гнойных осложнений и летального исхода. Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия: анальгетики, внутривенная инфузионная терапия. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а позже – лапароскопическая холецистэктомия.

Больные с ОП тяжелой степени имели высокий риск смерти от сердечнососудистой или легочной недостаточности, что требовало проведения интенсивной консервативной терапии. Отсроченное хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания, что считается оптимальным для обеспечения необходимых условий для некрсеквестрэктомии. Это уменьшает риск кровотечения, минимизирует связанную с оперативным вмешательством потерю здоровой ткани, которая ведет к эндокринной и экзокринной панкреатической недостаточности.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных на основании клинической картины (наличие сепсиса, критерии Ranson – 9 и более) и выявленного при сонографии (КТ, МРТ) панкреатического или перипанкреатического некроза с наличием газа в пределах поджелудочной железы, забрюшинного пространства. Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы. Выполнено 207 операций (однократно оперировано 152 больных, дважды – 20, трижды – 5): вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны – 177, этапная некрэктомия – 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки –

5, илеостомия – 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия по Вельфлеру – 4.

Острая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов. Всем проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия, оперировано 28 (58 %) больных. Операцией выбора являлось перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем, которое произведено 17 (35 %) пациентам. Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. Больным проводилась стандартная (базисная) консервативная и антибактериальная терапия после дренирования абсцесса. У 28 (57 %) человек выполнено перкутанное дренирование под сонографическим контролем.

Кузьменко А.Е., Шаталов А.Д., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., С.В., Войтюк В.Н.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Применение в клинической практике ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) позволило достичь определённых успехов в диагностике опухолей печени и жёлчных протоков.

Целью работы явилось совершенствование методов диагностики очаговых поражений печени.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 49 больных мужчин – 20 (45 %), женщин – 29 (55 %)), в возрасте от 20 до 85 лет, с патологией печени и внутрипечёночных жёлчных протоков. В условиях стационара выполнены КТ и КТ с усилением печени и жёлчных протоков, чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), а также пункционная биопсия печени под сонографическим контролем.

Результаты и их обсуждение. В I группе обследованных больных, по данным, полученным в результате операций, а также при гистологическом исследовании операционного материала диагноз рак печени был выставлен у 40 % больных, саркома печени у 2 %, тератома у 10 % больных, рак жёлчного пузыря у 8 %, рак холедоха у 8 %, из доброкачественных опухолей выявлены: гемангиома – у 2,5 %, кисты – у 16 %, абсцессы – у 10 %, аденома – у 1,6 %. Во II группе были диагностированы – у 10 больных метастазы, у 6

Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показанием к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком, среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано. Этим больным должна проводиться комплексная консервативная терапия, направленная на разрыв цепи патогенеза заболевания.

больных диагностирован гепатоцеллюлярный рак и у 4 холангиоцеллюлярный рак. Проведен анализ диагностики первичных и вторичных злокачественных и доброкачественных опухолей печени. Следует отметить их разнообразие, это связано с характером поражений, стадией заболевания, морфологическими его формами. Минимальный размер выявляемых при помощи УЗИ и КТ новообразований колебался от 0,3 до 0,5 см. При КТ органов брюшной полости (печени) и особенно КТ «с усилением» при первичном раке в 4 % случаев опухоль имела неомогенную структуру, чёткие границы. Метастатические опухоли нами выявлены при УЗИ и КТ с последующей морфологической верификацией диагноза в 9 % случаев. Среди обследованных больных с заболеваниями печени, кроме злокачественных первичных и метастатических новообразований, были выявлены и доброкачественные очаговые поражения печени. В 11,5 % случаев выявлены гемангиомы печени, киста печени – в 9,2 % случаев, абсцесс печени – в 8 %, аденома – в 11,1 %.

Выводы. Таким образом, точность диагностики очаговых поражений печени при УЗИ достигает 75 %, при КТ 85 %. Совместное применение УЗИ и КТ с выполнением пункционной биопсии повышает точность диагностики до 94–96 %.

Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Зубов А.Д., Греджев Ф.А., Песчанский Р.Е., Нестеров Н.А.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

В настоящее время существует несколько подходов к лечению псевдокист поджелудочной железы (ППЖ). Наиболее распространенными из них являются: оперативное лечение, аспирация и дренирование под контролем лучевых методов визуализации (УЗИ, КТ) дренирование под контролем лапароскопии.

Целью работы явилась разработка алгоритма выбора оптимального метода (или методов) лечения ППЖ.

Материалы и методы. С 2010 г. по 2015 г. проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 жен-

щины) в возрасте 17–68 лет, с ППЖ диаметром 4–21 см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 – УЗИ-контроль, 9 – КТ-контроль), 5 – дренирование под контролем лапароскопии, 39 – лапаротомное оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам.

Для контроля чрескожных пункционных вмешательств использовался УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского картирования (ЦДК) с конвексным датчиком 3.5–5 МГц, либо компьютерный томограф. Вмешательства проводились под местной анестезией, при беспокойном поведении больного (5 пациентов) – нейролептаналгезией. Траектория доступа избиралась, исходя из безопасного акустического окна, с учетом данных ЦДК. Положение больного зависело от доступа: при внебрюшинном доступе – положение больного лежа на животе; при чресбрюшинном доступе – положение лежа на спине или правом боку; при чресбрюшинном транспеченочном или трансжелудочном доступе – положение лежа на спине.

Аспирацию выполняли полыми иглами 12–18 G. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7–9 Fg типа «свиной хвостик». Длительность стояния дренажа составила 7–90 суток. Дренирование под контролем лапароскопии выполняли под эндотрахеальным наркозом. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводили лапароскоп, выполняли ревизию брюшной полости. При отсутствии спаечного процесса обеспечивали доступ к поджелудочной железе, раскрывая сальниковую сумку. Псевдокисту пунктировали полой иглой 16 G, аспирировали жидкостный компонент и устанавливали дренаж в полость псевдокисты полихлорвиниловый дренаж. Длительность стояния дренажа в зависимости от сроков опорожнения псевдокисты составляла 7–90 суток. Динамический контроль результатов лечения проводился эхографически на протяжении 24 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Для ППЖ без признаков перитонита при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация, или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил соответственно 88,9 % и 91,5 %. Простая однокомпонентная аспирация иглой показана при наличии псевдокисты диаметром менее 7 см, дренирование – при псевдокистах больших размеров. Также возможно дренирование в остром периоде панкреатита при наличии выпота в сальниковой сумке, что существенно облегчает течение заболевания.

Противопоказаниями к чрескожной пункции являются: отсутствие безопасного доступа, выра-

женные коагулопатии; асцит; клаустрофобия (при КТ-контроле). При крупных псевдокистах (более 10 см) без специальных профилактических манипуляций процент рецидива достаточно высок – до 24 %. В данном случае перспективным является внедрение метода их склерозирования.

По нашему мнению, при выборе метода контроля пункционного вмешательства следует отдать предпочтение эхографии по следующим причинам: возможность контроля в реальном масштабе времени, отсутствие лучевых нагрузок, меньшая длительность и, как следствие, большая безопасность пункции, доступность и относительная дешевизна оборудования. ЦДК обеспечивает снижение уровня осложнений, связанных с нарушением целостности канала кровеносных сосудов по ходу пункционного канала, за счет их визуализации в цвете. Также доплерографически возможно оценить адекватность аспирации и функционирования дренажа путем визуализации тока кистозного содержимого. Бесспорно, преимущество КТ в контроле пункции псевдокист тела или хвоста поджелудочной железы по причине их четкой (в отличие от УЗИ) визуализации при положении больного лежа на животе, а также при крупных псевдокистах, не визуализируемых полностью при УЗИ.

Из осложнений при пункционных вмешательствах отмечены кратковременные болевые и температурные реакции. У 2 (9,5 %) пациентов имело место выпадение дренажа; дренаж был установлен повторно. У 4 (19,0 %) чел. наблюдалось подтекание кистозного содержимого, которое было устранено при проведении противопанкреатической терапии. У 2 больных после наружного дренирования сформировался стойкий панкреатический свищ. При повторной операции выполнена продольная панкреатоеюностомия.

Выводы. Выбор тактики лечения псевдокист поджелудочной железы следует осуществлять с учетом их размеров и расположения, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного. Оптимальным методом лечения псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация или дренирование под контролем УЗИ или КТ.

Лесниченко Д.А.

СТРУКТУРА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ ПО ТЕМЕ «ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ»

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

На кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького ведется преподавание клинической иммунологии и аллергологии на 3 курсе стоматологического факультета, 5 курсе медицинских факультетов, а также интернах различных специальностей и курсантам предаттестационных циклов и циклов специализации. При этом, тема первичных иммунодефицитов на отдельном занятии рассматривается у студентов как 3, так и 5 курса.

Подчеркивает актуальность изучения указанной темы экологическая ситуация в регионе, связанная не только с аварией на Чернобыльской АЭС, но и с загрязнением атмосферного воздуха промышленных центров, низким качеством питьевой воды, а также пищевых продуктов, что обуславливает высокий удельный вес пациентов с указанной патологией.

Иммунодефицитные состояния включают обширную группу самостоятельных заболеваний и сопутствующих синдромов, общими признаками которых являются недостаточность системы им-

мунитета, неспособность организма противостоять чужеродной антигенной агрессии. Первичные иммунодефициты по данным различных авторов встречаются у 1–2 % детей с хроническими неспецифическими процессами и 1/5 детей с рецидивами заболеваний дыхательных путей и мочевых органов. Отмечается значительная подверженность детей с иммунодефицитными заболеваниями аллергической и аутоиммунной природы, а также злокачественными новообразованиями.

Общей целью занятия является научиться диагностировать, определять тактику лечения и профилактики первичных иммунодефицитов.

Работа на занятии проходит в пять этапов. На первом этапе определяется исходный уровень подготовки студентов к занятию. Вторым этапом является самостоятельная работа студентов, которая включает в себя курацию больных аллергологического отделения, а также решение ситуационных задач по теме занятия. Студенты работают с больными (самостоятельная курация) по теме занятия. Разбор больных проводится в учебной комнате с использованием истории болезни и иммунограм. Далее, руководствуясь собранным анамнезом, данными клинических наблюдений, данными лабораторных и инструментальных обследований студенты должны установить уровень нарушений иммунной системы у больных первичным иммунодефицитом. Также студенты работают с ситуационными задачами, в которых они должны дать

конкретные ответы на конкретные вопросы, руководствуясь учебным материалом и своими знаниями. Данный этап проходит как в учебной комнате, так и в палате у постели больного. Следующим, третьим этапом, является анализ и коррекция результатов самостоятельной работы. Студенты совместно с преподавателем разбирают решенные ранее ситуационные задачи и обсуждают курируемых больных. Также разбираются ключевые моменты темы занятия. Местом проведения данного этапа является учебная комната. На четвертом этапе студенты решают тесты текущего контроля. Заключительным, пятым этапом является подведение итогов работы и оценивание студентов. Совместно с преподавателем в учебной комнате проводится разбор практических навыков и тестов текущего контроля.

При проведении занятия используется широкий спектр методических, иллюстративных материалов. Студенты используют методические рекомендации по теме занятия. Овладение темой проходит в соответствии с графом логической структуры темы.

Таким образом, на занятии используется комплексный подход к обучению, включающий в себя как использование методических материалов по теме, так и работу у постели больного, а также проверку знаний с помощью тестов и ситуационных задач, что позволяет добиться качественного усвоения материала и обеспечивает контроль над ним.

Мельник В.А., Мельник А.В.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

На базе научного кружка СНО кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО на протяжении 1 и 2 семестра 2014–15 учебного года выполнялась студенческая исследовательская работа. Был проведен анализ действующих календарей прививок Украины и Российской Федерации с целью определения вероятности появления у детей и подростков реакций и осложнений на введение современных вакцин согласно этим календарям.

В работе были проанализированы и определены как вероятные некоторые вредные экологические факторы, которые могут приводить к аллергизации и возможному развитию послевакцинальных реакций и осложнений у детей и подростков.

Согласно проведенному анализу материалов, предоставленных республиканским Центром санэпиднадзора за последние 5 лет, были выявлены некоторые закономерности относительно появления осложнений после проведения прививок у детей и подростков г. Донецкой области, которая де-факто является зоной высокого экологического риска.

Были изучены особенности иммунного состояния и аллергизация у детей и подростков, а также

риски в отношении реакций и осложнений после проведения прививок в соответствии с требованиями действующего на тот момент календаря иммунопрофилактики Украины.

По результатам проведенного исследования был предложен метод прогнозирования аллергических осложнений после прививок у детей и подростков относительно их состояния здоровья по доступному и информационному тесту – определению выделения солей оксалатов с мочой.

Также была предложена схема реабилитационных мероприятий перед прививками путем применения отвара из листа черной смородины в виде чая. Предложенный тест и схема реабилитации детей и подростков из группы риска доступны в домашних условиях и не требуют дорогостоящих лабораторных исследований и лекарств.

Выполняемую студенческую работу предполагается продолжить с учетом того, что в Донецкой Народной Республике подготовлен новый календарь профилактических прививок, что потребует проведения сравнительного анализа его с существующими календарями прививок Украины и России.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСЛЕДСТВИЕ НАХОЖДЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА (клиническое наблюдение)

ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,
Симферополь, Республика Крым

Актуальность темы. Повреждения ободочной и прямой кишки до сих пор являются актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии в связи с особенностями самой травмы, сложностью своевременной диагностики и выбором адекватной хирургической тактики. Несмотря на постоянное пристальное внимание специалистов, при колоректальной травме не снижается количество гнойно-септических осложнений, остается высокой летальность, достигающая 34,2 %. Одной из характерных особенностей ранений толстой кишки в мирное время признано значительное разнообразие этиологических факторов. Постоянный рост повреждений толстой кишки, достигающий 6–25 %, обусловлен, в числе иных причин, не только не имеющей тенденции к снижению криминогенной обстановки, но и определенной переориентировкой моральных ценностей в обществе. В связи с чем, одним из возможных механизмов повреждения толстой кишки является прободение ее инородным телом, введенным в просвет прямой кишки с целью мастурбации.

Клиническое наблюдение. Больной П., 29 лет, поступил в хирургическое отделение 29.11.2007 г. с жалобами на неотхождение стула и газов в течение последних 8 дней. Сутки назад почувствовал острые боли в животе, в основном в надлонной области с иррадиацией в крестцовую область, промежность. Холостяк, живет с матерью в одной квартире. К секс-меньшинствам себя не относит, телосложение по маскулиному типу, ближе к атлетическому. На этапе первоначального сбора анамнеза сообщил, что 20 ноября 2007 г. был избит знакомыми на общей вечеринке, при этом терял сознание. При тщательном физикальном исследовании следов побоев не обнаружено, однако выявлено исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии (подтвержденное обнаружением свободного газа под обоими куполами диафрагмы при обзорной рентгенографии органов брюшной полости), отсутствие перистальтических шумов, выраженная болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в надлонной и левой паховой областях. При ректальном исследовании на высоте пальца определяется нижний полюс инородного тела в виде твердого кольцевидного ободка, лежащего под углом к продольной оси ампулы прямой кишки. При ректоскопии, начиная с 8 см от ано-перинеального перехода, визуально определяется край инородного тела (пластмассового колпачка от спрей-баллона – лака для волос). Большая часть его плотно охвачена отечной слизистой прямой кишки. При повторном сборе анамнеза под угрозой сообщения в правоохранительные органы пациент сознался, что оговорил знакомых, (т.е. факта избиения или иных насильственных действий со стороны посторонних лиц не было). Он сам ввел себе 8 дней назад баллончик из-под лака для волос в прямую кишку колпачком вперед

с целью мастурбации. При выведении предмета (баллона) колпачок остался в просвете толстой кишки, охваченный спазмированной кишечной стенкой, и полностью перекрыл просвет кишки. Пациент, испугавшись огласки, о факте инцидента никому не сообщил. Примечательно, что к числу основных причин, побудивших больного воздержаться от своевременного обращения за медицинской помощью, сам пациент назвал боязнь потери потенциальных клиентов (т.к. больной, с его слов, является востребованным в городе специалистом по программному обеспечению). Все это время (9 дней) больной не ел плотной пищи, надеясь на самостоятельное отхождение колпачка. Однако, появившиеся признаки низкой толстокишечной непроходимости и симптомы перитонита заставили его обратиться за медицинской помощью. Учитывая длительность нахождения инородного тела в просвете толстой кишки и клинику перитонита, попытки трансанального удаления данного предмета признаны бесперспективными. Больной взят в операционную. Произведена средне-нижне-срединная лапаротомия. Выявлен диффузный каловый перитонит, обусловленный дефектом на границе верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки, который возник вследствие длительного давления на кишечную стенку изнутри. Дефект кишечной стенки занимал около половины окружности противобрыжечного края, при этом края дефекта ишемизированы, с фибринозными наложениями. Выполнены: резекция ректосигмоидного отдела по Гартману с формированием плоской сигмостомы; санация и дренирование брюшной полости. Учитывая достаточно протяженные воспалительно-некротические изменения в кишечной стенке, для формирования культи прямой кишки потребовалась мобилизация ее значительно ниже тазовой брюшины (до *m. levator ani*). Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан домой на 10-е сутки после операции. Через 3 месяца пациент госпитализирован повторно. Учитывая относительно короткую культию прямой кишки, невозможность (на тот момент времени, в силу ряда материально-экономических факторов) задействовать современные сшивающие аппараты для наложения низких колоректальных анастомозов, необходимо было выбрать наиболее адекватный метод колоректостомии. В данной ситуации, для восстановления аноректального угла и достижения наиболее приемлемого функционального результата, возобновить непрерывность толстой кишки было решено путем наложения колоректального анастомоза конец-в-бок (типа операции Дюамеля). Больной осматриван через 1 и 5 месяцев со дня выписки из стационара после восстановления непрерывности толстой кишки, – жалоб не предъявляет, диеты не придерживается. Стул регулярный, самостоятельный, без патологических примесей, 1–2 раза в сут-

ки. Колоректальный анастомоз (при ректороманоскопии) диаметром до 3-х см.

Выводы. Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует еще один возможный механизм повреждения толстой кишки инородным телом, помимо одномоментной травмы: вследствие длительного давления на кишечную стенку изнутри (по типу пролежня). Больные в таких случаях обращаются за медицинской помощью достаточно поздно, при уже развившихся осложнениях (некроз стенки кишки, перитонит). При сборе анамнестических данных сведения, сообщаемые самим пациентом, могут быть искажены, а правдивая информация, способствующая своевремен-

ной диагностике и выбору оптимальной лечебной тактики скрыта. В связи с этим возрастает роль целенаправленного сбора анамнеза и рутинных методов физикального исследования пациента. При обнаружении длительно находящегося в просвете кишки, иммобильного инородного тела следует заподозрить формирующийся дефект вследствие пролежня кишечной стенки и ставить вопрос об экстренной лапаротомии и резекции кишки. Попытки трансанального, эндоскопического удаления инородного тела в подобной ситуации, как правило, бесперспективны и приводят к еще большей травматизации кишки и потере времени.

Песчанский Р.Е., Колкин Я.Г., Хацко В.В., Нестеров Н.А., Войтюк В.Н., Бердников М.А.

СОЧЕТАННАЯ МИННО-ВЗРЫВНАЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

С началом военных действий в нашем регионе студенческое самоуправление в общежитиях, а именно студенческий совет и оперативный отряд, столкнулись с рядом проблем, которые потребовали срочных и неординарных решений. Многие студенты были очевидцами либо пострадавшими во время обстрелов городов и сел Донецкой Народной Республики, некоторые из них стали заложниками ситуации, когда были отрезаны от своей семьи линией фронта, что во многих случаях послужило фактором эмоциональной нестабильности и, как следствие, проблемой социальной адаптации к чрезвычайным условиям военного времени.

Цель. Оценить особенности организации быта и студенческого самоуправления в общежитиях ДонНМУ в условиях военного времени.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 54 протоколов заседаний студенческих советов в довоенное время (сентябрь 2013 – май 2014) и 42 протоколов заседаний студенческих советов в военное время (ноябрь 2014 – июнь 2015) с оценкой количества правонарушений в соответствующие периоды.

Результаты и обсуждение. Проведя сравнительный анализ данных протоколов до и военного времени, мы определили резкое снижение правонарушений и повышение активной жизненной позиции в военное время, а именно: уменьшение числа нарушений пропускного режима в общежития (32 человека (довоенное время) – против 15); невыполнение графика дежурств по общежитию (42 человека против 12); антисанитарное состояние комнат (42 против 11). В это же время отмечен явный прогресс по следующим критериям: заявки на конкурс «Лучшая комната общежития» (36 вместо 15 (довоенное время)); количество студентов, регулярно посещающих спортивный зал, увеличилось с 15 до 48.

Следует отметить, что силами студентов, на добровольной основе и во внеучебное время, при помощи деканатов и администрации университета были созданы бомбоубежища из подвалов общежития, которые оснащались и обеспечивались

всем необходимым для длительного пребывания в них. Для качественной и быстрой эвакуации в случае чрезвычайной ситуации, практически ежедневно проводились учебные тревоги – оттачивалось мастерство быстрой и слаженной работы в особых условиях.

Несмотря на высокий рост самосознания у студентов, необходимо отметить, что в военное время имело место чрезвычайное происшествие, а именно – наличие боеприпасов у жильца общежития № 4, чье дело было передано на ректорат с последующим отчислением из вуза.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ показывает резкое снижение правонарушений в военное время, рост самосознания студентов, проявление активной гражданской позиции. Факт наличия боеприпасов у студента говорит об отрицательном действии военного положения на сознание некоторых студентов и является сигналом для более тщательной индивидуальной работы с ними в условиях военного времени.

Торакоабдоминальные ранения относятся к числу наиболее тяжелых повреждений как мирного, так и военного времени и до сих пор составляют одну из трудных проблем неотложной хирургии. Распознавание торакоабдоминальных ранений нередко затруднено вследствие тяжелого состояния пострадавших и значительного преобладания симптомов со стороны водной из поврежденных полостей (груди или живота), что требует продолжать дальнейший поиск рациональных методов лечения на основе более углубленного изучения данного вида раневой патологии. В локальных вооруженных конфликтах подобный вид ранений встречался в 25—30 % случаях (Подолинский С.Г., 2009; Громов М.С. и соавт. 2010).

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и лечения пациентов с сочетанной минно-взрывной торакоабдоминальной травмой в условиях хирургической клиники.

Материалы и методы. Проанализировано 114 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике хирургии ДоКТМО по поводу со-

четанных огнестрельных торакоабдоминальных ранений. Среди пациентов было – 104 мужчины (91,2 %) и женщин – 10 (8,8 %). Средний возраст больных составил – 44 ± 1,8 лет. Пациентам применялись следующие методы исследования, учитывающая тяжесть состояния: обзорная рентгенография грудной клетки, живота, лабораторные методы, УЗИ, КТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароцентез, лапароскопия, торакоскопия.

Результаты и их обсуждение. При повреждениях груди ранения легкого было у 86 человек, крупных сосудов – 10, органов средостения – 15, сердца – 3. В 78 случаях у одного и того же пораженного было одновременно по 2–3 повреждения, нанесенных осколками, ударно-волновым эффектом (контузия), высокой температурой и т.д. Решающее значение имело определение ведущей по тяжести и локализации травмы для установления последовательности в выполнении оперативного вмешательства. При повреждениях груди тяжесть состояния пациентов зависела от кровопотери, болевого синдрома, гипоперфузии тканей, нервно-рефлекторных изменений, токсемии.

В клинике срочные лечебные мероприятия проводили для поддержания проходимости дыхательных путей, остановки кровотечения, борьбы с шоком, гипоксией, гипоперфузией тканей. Основным моментом являлось установление показаний к торакотомии и сроков операции на поврежденных органах. При этом показания к торакотомии были сужены, особенно у пациентов пожилого возраста. В 92 % случаев выполняли торакоцентез, дренирование плевральной полости по Бюлау. В 8 % наблюдений показаниями для торакотомии явились: обширные повреждения легкого и продолжающееся внутриплевральное кровотечение.

При осколочных ранениях живота выявлена следующая структура повреждений: печени и

желчевыводящих путей – 33, тонкой кишки – 30, толстой кишки – 26, желудка – 19, селезенки – 12, почки – 10, поджелудочной железы – 5. В большинстве наблюдений огнестрельные повреждения органов живота носили сочетанный характер. При повреждениях печени, в зависимости от характера повреждения, больным выполнялись следующие оперативные пособия: атипичная резекция доли – 5, ушивание раны печени – 7, коагуляция раны печени – 21. При ранениях тонкой кишки: убивание – 9, резекция участка кишки с анастомозом «бок-в-бок» – 21. При огнестрельном повреждении толстой кишки выполнили резекцию кишки в 22 случаях, ушивание раны кишки – в 4, сигмостомию – в 6 случаях. Рану в желудке, в основном, ушивали. При ранении селезенки, как правило, выполняли спленэктомию. Ранения почки требовало коагуляции, ушивания раны или нефрэктомии – 5. При ранении поджелудочной железы проводилось ушивание раны или резекция её хвоста, дренирование сальниковой сумки.

После торакоабдоминальных ранений и оперативного лечения различные осложнения наблюдались в 14,7 % случаев, умерли 9 (7,9 %) пациентов.

Выводы. При торакоабдоминальных минно-взрывных ранениях тяжесть состояния пораженных усугубляется повреждениями внутренних органов и тяжелым коммозионно-контузионным синдромом. Важной задачей является определение первоочередности оперативного вмешательства – торакотомия или лапаротомия. Лечение таких раненных всегда связано с большими организационными и техническими трудностями. При этом сложные и нестандартные операции требуют от хирурга опыта и знаний, которых нередко не хватает врачам гражданского здравоохранения. Операции при таких ранениях травматичны, более продолжительны по времени, в связи с чем возрастает операционный риск.

Пацкань И.И., Карпенко М.А., Скоробогатый Р.В.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ БЫТА И СТУДЕНЧЕСКОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЩЕЖИТИЯХ ДОННМУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

С началом военных действий в нашем регионе студенческое самоуправление в общежитиях, а именно студенческий совет и оперативный отряд, столкнулись с рядом проблем, которые потребовали срочных и неординарных решений. Многие студенты были очевидцами либо пострадавшими во время обстрелов городов и сел Донецкой Народной Республики, некоторые из них стали заложниками ситуации, когда были отрезаны от своей семьи линией фронта, что во многих случаях послужило фактором эмоциональной нестабильности и, как следствие, проблемой социальной адаптации к чрезвычайным условиям военного времени.

Цель. Оценить особенности организации быта и студенческого самоуправления в общежитиях ДонНМУ в условиях военного времени.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 54 протоколов заседаний студенческих советов в довоенное время (сентябрь 2013 – май

2014) и 42 протоколов заседаний студенческих советов в военное время (ноябрь 2014 – июнь 2015) с оценкой количества правонарушений в соответствующие периоды.

Результаты и обсуждение. Проведя сравнительный анализ данных протоколов до и военного времени, мы определили резкое снижение правонарушений и повышение активной жизненной позиции в военное время, а именно: уменьшение числа нарушений пропускного режима в общежитиях (32 человека (довоенное время) – против 15); невыполнение графика дежурств по общежитию (42 человека против 12); антисанитарное состояние комнат (42 против 11). В это же время отмечен явный прогресс по следующим критериям: заявки на конкурс «Лучшая комната общежития» (36 вместо 15 (довоенное время)); количество студентов, регулярно посещающих спортивный зал, увеличилось с 15 до 48.

Следует отметить, что силами студентов, на добровольной основе и во внеучебное время, при помощи деканатов и администрации университета были созданы бомбоубежища из подвалов общежития, которые оснащались и обеспечивались всем необходимым для длительного пребывания в них. Для качественной и быстрой эвакуации в случае чрезвычайной ситуации, практически ежедневно проводились учебные тревоги – оттачивалось мастерство быстрой и слаженной работы в особых условиях.

Несмотря на высокий рост самосознания у студентов, необходимо отметить, что в военное время

имело место чрезвычайное происшествие, а именно – наличие боеприпасов у жильца общежития № 4, чье дело было передано на ректорат с последующим отчислением из вуза.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ показывает резкое снижение правонарушений в военное время, рост самосознания студентов, проявление активной гражданской позиции. Факт наличия боеприпасов у студента говорит об отрицательном действии военного положения на сознание некоторых студентов и является сигналом для более тщательной индивидуальной работы с ними в условиях военного времени.

Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф.

ТРУДНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПЕРИОД АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ – ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА-ВОЛОНТЕРА

Студенты 6 группы 4 курса медицинского факультета № 1 ДонНМУ им. М. Горького, г. Донецк

С мая 2014 года на Донбассе сложилась сложная социально-политическая ситуация, обусловленная началом проведения Вооруженными Силами Украины (ВСУ) «антитеррористической операции», которая переросла в военный конфликт, вызвавший массовое поражение мирного населения и военнослужащих. В связи со сложившейся ситуацией был зафиксирован большой отток населения, и в частности – специалистов разного уровня, что затронуло, в том числе и специалистов медицинского профиля. Вследствие этого произошел дефицит кадров на местах, так как у медицинского персонала, проживающего в отдалении от города Донецка, полностью отсутствовал или был затруднен проезд.

Дальнейшая ситуация усугублялась тем, что Украина прекратила централизованное финансирование фонда заработных плат и текущих потребностей медицинских учреждений, запланированных на год. На тот период больницы были укомплектованы штатами примерно на 75 %, так же обстояли дела и с медицинскими препаратами. Учитывая то, что ВСУ применяли оружие массового поражения, в том числе – и запрещенное Женевской конвенцией 1934 г., количество пострадавших было неадекватно характеру боевых действий и исчислялось сотнями. В первый период времени, когда гуманитарная помощь не поставлялась в зону военного конфликта, были полностью израсходованы как текущие запасы, так и резервы медицинских складов. Фаза наиболее активной военной операции зимой была сильно осложнена массовыми простудными заболеваниями, отморожениями в силу ухудшения социального положения гражданского населения, недостатка обеспечения военнослужащих теплыми комплектами одежды, снижения иммунитета.

Устранения этих осложнений были крайне затратными в плане медицинского обеспечения. Большую роль сыграло то, что не была проведена иммунизация мирного населения против гриппа. Таким образом, специфические погодные условия прошлой зимы сыграли не руку инфекционным и простудным заболеваниям. Учитывая то обстоя-

тельство, что медицинское обеспечение напрямую зависело от гуманитарного конвоя, наблюдалось разрозненное и непланомерное снабжение больниц только теми препаратами, которые поступали в качестве гуманитарной помощи.

Первичные медицинские пункты на передовой работали с огромным расходом противошоковых, обезболивающих, кровоостанавливающих и перевязочных материалов, вследствие чего были обеспечены менее чем наполовину. Из этого следует, что мероприятия первичной медицинской помощи на поле боя были проведены не в полной мере, что влекло за собой предоставление дополнительной силы, средств и медикаментов в условиях городских больниц, куда были доставлены раненые и пострадавшие. Политравматический характер повреждений требовал применения дорогостоящего оборудования и медикаментов, вынуждал администрации больниц использовать самые крайние и последние резервы для спасения жизней. Несмотря на все это, медицинская помощь, оказанная раненым и пострадавшим, может считаться выполненной в достаточном и удовлетворительном объеме, так как врачебных ошибок, нетипичных осложнений в течении болезни зафиксировано не было.

Исходя из этого опыта, считаем необходимым предложить ведомственным структурам и министерствам (здравоохранения, обороны, МЧС и др.):

1. Заложить в бюджет неперемennую статью расходов на чрезвычайные ситуации по классическим мировым стандартам (в расчете на душу населения, проживающего в регионе ведения боевых действий).

2. Проведение мониторинга по заболеваемости ОРЗ и ужесточение контроля за проведением плановой иммунизации населения региона, в частности, в дошкольных, школьных и высших учебных заведениях и на государственных предприятиях.

3. Усилить контроль за ценообразованием на жаропонижающие, противовирусные, антибактериальные препараты, а также за качеством медикаментов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Тяжесть клинического течения и исходов ранений и травматических повреждений живота характеризует данную патологию как одну из трудных глав неотложной хирургии. Несмотря на последние успехи в развитии абдоминальной хирургии, летальность при лечении ранений и травм живота весьма велика и составляет около 9–18 %. Ранения печени и желчевыводящих путей при осколочных и минно-взрывных поражениях занимают одно из ведущих мест в структуре повреждений внутренних органов брюшной полости и встречаются в 8,8–16,4 % случаев (Хряков А.С. и соавт, 2005, Подолинский С.Г., 2009). Основные этапы и алгоритмы оказания помощи пациентам с указанной локализацией ранений окончательно не выяснены и требуют дальнейших разработок.

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и лечения пациентов с ранениями печени и желчевыводящих путей в условиях хирургической клиники.

Материалы и методы. Проанализированы 68 (29,4 %) историй болезни пациентов с осколочными повреждениями печени и желчевыводящих путей из 230, находившихся на лечении в клинике хирургии в период с августа 2014 по сентябрь 2015 г. Мужчин было 53, женщин – 15. Средний возраст пациентов составил $43 \pm 2,3$ лет. В качестве методов исследования для постановки диагноза использовали следующие: рентгенографию органов брюшной полости в прямой и боковой проекциях, сонографию, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароскопию.

Результаты и их обсуждение. При минно-взрывных травмах тяжелые повреждения живота характеризовались особой сложностью строения раны и обширностью разрушения тканевых структур поврежденной области. Помимо кровотечения, которое может сопровождать ранения других органов брюшной полости, при ранениях печени наблюдается желчеистечение. Ранящий снаряд (осколок) с ударно-волновым эффектом и образованием временной пульсирующей полости приводит к возникновению обширной зоны первичного некроза и распространению очагов функциональных

и морфологических изменений не только в брюшной полости, но и на значительном удалении от неё.

Ранения левой доли печени наблюдались у 43 (63,2 %) пациентов, правой – 22 (32,4 %) обеих долей – 3 (4,4 %). В зависимости от характера повреждения больным выполнялись следующие оперативные пособия: атипичная резекция доли – 7, ушивание раны печени матрасными и узловыми швами – 33, коагуляция раны печени – 28. При продолжающемся кровотечении из раны печени использовали наложение и фиксацию гемостатических губок и порошков, электрокоагуляцию печени, тампонирование раны печени. В обязательном порядке при выходе из операции выполнялось дренирование поддиафрагмального, подпеченочного пространств и полости таза с целью контроля гемостаза и предупреждения развития послеоперационных осложнений.

Всего было 9 (13,2 %) послеоперационных осложнений при осколочных ранениях печени и желчевыводящих протоков. Структура осложнений: гнойно-инфекционные – 4, кровопотеря – 2, пневмония – 1, наружный желчный свищ – 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1. Умерли 3 (4,4 %) раненых, поступивших в клинику через 11 – 23 часа после осколочного ранения.

Выводы. Осколочные ранения живота с повреждением печени и желчевыводящих протоков отличаются тяжестью, сопровождаются кровотечением, желчеистечением, развитием шока, прямой зависимостью исхода лечения от сроков оперативного вмешательства, необходимостью проведения интенсивной предоперационной подготовки и инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде. При поверхностных ранениях печени достаточно использовать электрокоагуляцию раны. При ранениях глубиной от 3 до 8 см следует производить ушивание раны. Однако при наличии размножения ткани печени и отсутствии возможности ее восстановления в пределах анатомических границ, следует прибегнуть к атипичной резекции с наложением матрасных и узловых швов, дренированием брюшной полости.

Чернецкий В.Ю., Уманский К.С., Приколота В.Д., Лобко А.Я.

ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ И ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

Введение. Проблема лечения пациентов с повреждениями акромиально-ключичного сочленения и переломами ключицы, несмотря на очевидный прогресс в современной травматологии, сохраняет свою актуальность. Вывихи акромиального конца ключицы частая патология, она составляет от 7,0 до 26,1 % всех вывихов костей и более

10 % случаев острой травмы плечевого пояса. По частоте они занимают третье место после вывихов в плечевом и локтевом суставах (Котельников Г.П. и соавт., 2003). Переломы ключицы, по данным данным, составляют 2,6–19,5 % от всех переломов костей (Бейдик О.В., Ромакина М.О., 2004, Nowak J., 2000), в том числе, до 44 % переломов костей, об-

разующих верхний плечевой пояс (Postacchini F, 2002). Чаще всего переломы ключицы происходят в средней трети, достигая по частоте 75 % (Кравченко О.Ф., 2006) всех переломов данной локализации.

Несмотря на наличие, достаточно большого количества консервативных и оперативных методик лечения вывихов и переломов ключицы, в практическом здравоохранении нет единого общепринятого надежного способа лечения травм данной локализации.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пострадавших с повреждениями акромиально-ключичного сочленения и переломами ключицы на основе использования стабильно-функционального чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации.

Материал и методы. Одним из распространенных способов оперативного лечения поврежденных акромиально-ключичного сочленения и переломов ключицы является наружный чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации различных конструкций. При разработке оптимальной методики применения чрескостного остеосинтеза для лечения указанных повреждений мы учитывали следующие требования: компактность устройства внешней фиксации, жесткость фиксации при устойчивой связи аппарата с костью, минимальная травматичность, сохранение движений в плечевом суставе в период пребывания пациента в аппарате внешней фиксации. Нами разработаны и успешно используются следующие способы чрескостного остеосинтеза для лечения указанных повреждений, которые защищены патентами: «Спосіб лікування переломів ключиці» (патент України на корисну модель №6787, 2005 р.); «Спосіб черезкісткового остеосинтезу перелому ключиці» (патент України на корисну модель №45495, 2009 р.); «Спосіб черезкісткового остеосинтезу переломів

акроміального кінця ключиці» (патент України на корисну модель №55327, 2010 р.); «Спосіб черезкісткового остеосинтезу вивиху акроміального кінця ключиці» (патент України на корисну модель №38662, 2009 р.); «Спосіб черезкісткового остеосинтезу повного вивиху акроміального кінця ключиці» (патент України на корисну модель №44252, 2009 р.); «Спосіб черезкісткового остеосинтезу переломовивиху акроміального кінця ключиці» (патент України на корисну модель №90111, 2014 р.)

На данный момент мы имеем опыт лечения 139 пациентов с переломами ключицы и 55 пациентов с вывихами акромиального конца ключицы.

Результаты и их обсуждение. У большей части пациентов, лечившихся по разработанной методике, получены хорошие результаты согласно критериям оценки, изложенным в Приказе № 41 МЗ Украины от 30.03.1994 г. (при повреждении акромиально-ключичного сочленения – 94,9 %; ключицы – 95,5 %).

Более детальная оценка клинической эффективности разработанных способов чрескостного остеосинтеза проводилась по шкале Constant Score. Средняя оценка результатов лечения в срок 2 месяца после травмы у пациентов с вывихами акромиального конца ключицы составила $87,1 \pm 2,9$ балла и $93,6 \pm 0,3$ балла у пострадавших с переломами ключицы, что соответствовало в обоих случаях показателю «отлично». Это свидетельствует о высокой эффективности применения разработанных способов лечения.

Выводы. Разработанные в НИИ травматологии и ортопедии ДонНМУ им. М. Горького способы чрескостного остеосинтеза являются эффективными и малотравматичными при лечении пострадавших с повреждениями акромиально-ключичного сочленения и ключицы. Их применение позволяет получить до 95 % положительных результатов.

Шаталов С.А., Кузьменко А.Е., Зубов А. Д., Греджев Ф.А., Песчанский Р.Е., Нестеров Н.А.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

В настоящее время существует несколько подходов к лечению псевдокист поджелудочной железы (ППЖ). Наиболее распространенными из них являются: оперативное лечение, аспирация и дренирование под контролем лучевых методов визуализации (УЗИ, КТ) дренирование под контролем лапароскопии.

Целью работы явилась разработка алгоритма выбора оптимального метода (или методов) лечения ППЖ.

Материалы и методы. С 2010 г. по 2015 г. проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17–68 лет, с ППЖ диаметром 4–21 см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 – УЗ-контроль, 9 – КТ- контроль), 5 – дренирование под контролем лапароскопии, 39 – лапаротомное оперативное лечение (наружное и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам.

Для контроля чрескожных пункционных вмешательств использовался УЗ-сканер с приставкой для цветного доплеровского картирования (ЦДК) с конвексным датчиком 3,5–5 МГц, либо компьютерный томограф. Вмешательства проводились под местной анестезией, при беспокойном поведении больного (5 пациентов) – нейролептаналгезией. Траектория доступа избиралась, исходя из безопасного акустического окна, с учетом данных ЦДК. Положение больного зависело от доступа: при внебрюшинном доступе – положение больного лежа на животе; при чресбрюшинном доступе – положение лежа на спине или правом боку; при чресбрюшинном транспеченочном или трансжелудочном доступе – положение лежа на спине.

Аспирацию выполняли полыми иглами 12–18 G. Дренирование по Сельдингеру выполняли катетерами диаметром 7–9 Fr типа «свиной хвостик». Длительность стояния дренажа составила 7–90 суток. Дренирование под контролем лапароско-

пии выполняли под эндотрахеальным наркозом. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводили лапароскоп, выполняли ревизию брюшной полости. При отсутствии спаечного процесса обеспечивали доступ к поджелудочной железе, раскрывая сальниковую сумку. Псевдокисту пунктировали полой иглой 16 G, аспирировали жидкостный компонент и устанавливали в полость псевдокисты полихлорвиниловый дренаж. Длительность стояния дренажа в зависимости от сроков опорожнения псевдокисты составляла 7–90 суток. Динамический контроль результатов лечения проводился эхографически на протяжении 24 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Для ППЖ без признаков перитонита при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация, или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил соответственно 88,9 % и 91,5 %. Простая одномоментная аспирация иглой показана при наличии псевдокисты диаметром менее 7 см, дренирование – при псевдокистах больших размеров. Также возможно дренирование в остром периоде панкреатита при наличии выпота в сальниковой сумке, что существенно облегчает течение заболевания.

Противопоказаниями к чрескожной пункции являются: отсутствие безопасного доступа, выраженные коагулопатии; асцит; клаустрофобия (при КТ-контроле). При крупных псевдокистах (более 10 см) без специальных профилактических манипуляций процент рецидива достаточно высок – до 24 %. В данном случае перспективным является внедрение метода их склерозирования.

По нашему мнению, при выборе метода контроля пункционного вмешательства следует отдать

предпочтение эхографии по следующим причинам: возможность контроля в реальном масштабе времени, отсутствие лучевых нагрузок, меньшая длительность и, как следствие, большая безопасность пункции, доступность и относительная дешевизна оборудования. ЦДК обеспечивает снижение уровня осложнений, связанных с нарушением целостности кровеносных сосудов по ходу пункционного канала, за счет их визуализации в цвете. Также доплерографически возможно оценить адекватность аспирации и функционирования дренажа путем визуализации тока кистозного содержимого. Бесспорно преимущество КТ в контроле пункции псевдокист тела или хвоста поджелудочной железы по причине их четкой (в отличие от УЗИ) визуализации при положении больного лежа на животе, а также при крупных псевдокистах, не визуализируемых полностью при УЗИ.

Из осложнений при пункционных вмешательствах отмечены кратковременные болевые и температурные реакции. У 2 (9,5 %) пациентов имело место выпадение дренажа; дренаж был установлен повторно. У 4 (19,0 %) чел. наблюдалось подтекание кистозного содержимого, которое было устранено при проведении противопанкреатической терапии. У 2 больных после наружного дренирования сформировался стойкий панкреатический свищ. При повторной операции выполнена продольная панкреатоэнтероанастомия.

Выводы. Выбор тактики лечения псевдокист поджелудочной железы следует осуществлять с учетом их размеров и расположения, особенностей течения заболевания, соматического состояния и индивидуальных особенностей больного. Оптимальным методом лечения псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация или дренирование под контролем УЗИ или КТ.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Пархоменко А.В.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Для современных огнестрельных травм характерны множественные и сочетанные ранения, которые в локальных вооруженных конфликтах составляют от 25 до 62 %. 75 % всех повреждений наносятся осколками и 25 % – пулями из стрелкового оружия. Отмечается тенденция увеличения удельного веса осколочных ранений в ходе даже непродолжительных боевых действий (Брюсов П.Г., 1996, 2004).

Цель исследования. Оценить результаты первичной хирургической обработки у пациентов с огнестрельными ранениями.

Материалы и методы. Проанализировано 192 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике хирургии ДокТМО по поводу сочетанных огнестрельных (множественных и одиночных) ранений различных областей тела (нижние конечности – 95, верхние конечности – 31, живот – 47, грудная клетка – 89, голова – 6). Среди пациентов было – 167 (87 %) мужчин и женщин – 25 (13 %). Средний возраст больных составил – 48,3 ± 2,2 лет. Пациентам применялись следующие методы исследования, учитывая тяжесть состояния: обзорная рентгенография груд-

ной клетки, живота, костей и суставов конечностей, головы, лабораторные методы, УЗИ, КТ для исключения проникающего характера раны, а также зондирование раневого канала, вульнерография.

Результаты и их обсуждение. Огнестрельные раны характеризуют следующие признаки: наличие дефекта кожи или слизистой оболочки и тканей вследствие непосредственного воздействия ранящего снаряда (пуля, осколок, вторичный снаряд) – первичный раневой канал; зона первичного травматического некроза тканей; нарушение жизнеспособности тканей в стороне от раневого канала – зона молекулярного сотрясения или вторичного некроза; микробное загрязнение; наличие в ране инородных тел.

В группе пострадавших с ранениями мягких тканей в основном, наблюдались повреждения средней и тяжелой степени. Однако в 19 случаях при множественных повреждениях мягких тканей с массивной кровопотерей состояние пострадавших расценивалось как крайне тяжелое. В клинике придерживались следующей тактики ПХО ог-

нестрельных ран: после проведения местного или общего обезболивания – санация; иссечение краёв раны, без глухого ушивания раны, предупреждая развитие анаэробной клостридиальной инфекции; наружное дренирование раны. Иссечение краев ран желательно производить в систематической последовательности, по анатомическим краям, начиная с кожи, затем – вглубь вплоть до надкостницы и кости, при необходимости. Иссечение мышц производилось обычным способом, удаляли инородные тела.

Учитывая рекомендации Красного Креста, лечили консервативными методами: сквозные огнестрельные ранения с маленьким входным и выходным отверстиями при отсутствии отека и гематомы окружающих тканей, без других признаков ранения жизненно важных структур (32 чел.); множественные поверхностные раны, нанесенными очень маленькими осколками, с малой кинетической энергией (27 чел.). К увеличению длительности операции и излишней дополнительной травматизации тканей приводят длительные

поиски мелких осколков, пуль, дроби. Особое внимание уделяли тщательному гемостазу с помощью диатермокоагулятора. По стандартной методике, в необходимых случаях, проводили профилактику столбняка. В последующем, через 4–7 дней, после утихания экссудативной фазы воспаления, и наступлении пролиферативной фазы производилось первично-отсроченное закрытие (наложение швов или аутодермопластика, хирургическое восстановление). После ПХО нагноение ран наблюдали в 15 (7,8 %) случаях. Летальных исходов не было.

Выводы. ПХО является важным элементом при огнестрельных ранениях различной локализации. Иссечение краев раны не производится при сквозных огнестрельных ранениях с маленьким входным и выходным отверстиями, множественных поверхностных ранах, нанесенных мелкими осколками. Грубейшая ошибка – ушивание огнестрельной раны наглухо, что может привести к анаэробным осложнениям. Ошибочно широкое иссечение кожи вокруг каждого видимого отверстия.